



Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit

15. Juni 2005

Stellungnahme zur Entwicklung der Pflegeversicherung Den Menschen in den Mittelpunkt der Pflegepolitik stellen: Strukturen ändern – individuelle Bedarfe besser berücksichtigen

1. Entwicklungslinien und Probleme

Der demographische und soziale Wandel stellt die Gesellschaft in den kommenden Jahren vor großen Herausforderungen. Die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen wird in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Dabei wird der Anteil der Menschen, die im Alter alleine und ohne Angehörige leben werden, weiter zunehmen.

Die Bedingungen für die Pflege älterer Menschen müssen verbessert werden. Die Sicherung einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Pflege bleibt dabei ein wichtiges Zukunftsthema. Eine zentrale Aufgabe zukünftiger Pflegepolitik muss es sein, durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen eine Ausdifferenzierung der Pflegearrangements zu ermöglichen und einen geeigneten Pflege- und Hilfemix aufzubauen und zu sichern.

Insbesondere die Kommunen stehen dabei vor demographischen Umbrüchen in den Wohnquartieren und Stadtteilen. Dies führt zu neuen Anforderungen an die Wohnungspolitik, Quartiers- und Infrastrukturplanung sowie an die Entwicklungs-

und Beteiligungsformen. Auch Wohnungswirtschaft, Dienstleister und Mittelstand stehen vor der Aufgabe, sich an der Bedarfslage eines immer größer werdenden Kundenkreises älterer und pflegebedürftiger Menschen auszurichten.

Die Pflegeversicherung ist unterfinanziert und defizitär. Die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben wurde in den letzten Jahren zunehmend grösser. Gründe dafür sind vor allem

- eine erhöhte Inanspruchnahme durch mehr Leistungsberechtigte insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und
- ein Kostenanstieg aufgrund höherer Ausgabenanteile. Denn während die Ausgaben pro Pflegebedürftige im wesentlichen stabil geblieben sind lässt sich deutlich eine Verschiebung zwischen den Versorgungsformen feststellen. Auch wenn die Mehrzahl der zu Hause versorgten Menschen weiterhin nur Geldleistungen erhalten, ist der Anteil derer, die Sach- und Kombinationsleistungen erhalten deutlich angestiegen.

Zukünftig wird die Zahl der Leistungsberechtigten wachsen. Daneben sind Strukturprobleme bislang ungelöst:

- die Leistungen sind seit 1996 konstant geblieben
- es sind mehr soziale Betreuungsleistungen notwendig
- der eingegengte Pflegebegriff der Pflegeversicherung ermöglicht insbesondere keine ausreichende Versorgung von Demenzkranken
- Leistungen sind zu wenig differenziert

Die Planung der Versorgungsstrukturen ist bislang ausschließlich auf die traditionellen Formen der pflegerischen Infrastruktur ausgerichtet

- Die Weiterentwicklung zu einem flächendeckenden, individuell ausgerichteten Wohn- und Pflegeangebot, das die Selbstbestimmung und eigene Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen sichert, wird eine wichtige Zukunftsaufgabe darstellen.

Der pflegebedürftige Mensch steht bislang nicht unbedingt im Mittelpunkt der Bemühungen, eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu organisieren. Der zugrunde gelegte Pflegebegriff ist eingegengt auf grundpflegerische und haushaltswirtschaftliche Leistungen auf der Grundlage somatischer Befunde. Bürokratische Überregulierung hemmt die wirtschaftliche und effiziente Leistungserbringung.

2. Lösungsansätze

2.1. Art der Angebote und der Infrastruktur

Neben den notwendigen Veränderungen in der Pflegeversicherung sind genauso notwendig folgende Ansätze zu verfolgen:

2.1.1. Neue Wohn- und Versorgungsformen

Die Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen muss Grundlage für die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen sein. Hierzu gehört u.a. auch die Stärkung der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Ältere Menschen wünschen eine weitgehend selbständige und zufrieden stellende Lebensführung in ihrer gewohnten Umgebung auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen müssen Grundlage für die Ausrichtung der Versorgungsstrukturen sein. Hierzu gehört es, die Orientierung an Normalität, Integration in das Gemeinwesen, Partizipation der Betroffenen, Möglichkeit die Individualität und Kontinuität der Lebensführung zu sichern. In den vergangenen Jahren hat sich eine Vielzahl an neuen Angeboten und damit auch ein breites Spektrum an Neuen Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige Menschen entwickelt. Zukünftig wird es darum gehen, flächendeckend ein differenziertes und flexibles Wohn- und Hilfeangebot für ältere und pflegebedürftige Menschen zu verankern. Ein zentrales Anliegen muss dabei die Gestaltung von Wohn-, Pflege- und Hilfsangeboten im normalen Wohngebiet sein.

Neben der Unterstützung der häuslichen Pflege bedarf es ein breites und differenziertes Angebot an Pflegediensten und -einrichtungen sowie Pflegearrangements professioneller und informeller Pflege. Der Pflege- und Hilfemix muss so gestaltet werden, dass ältere Menschen auch bei Einschränkungen oder Pflegebedürftigkeit selbstständig und selbstbestimmt in ihrer gewohnten Wohnung oder in einer individuell gestalteten gemeinschaftlichen Wohnform leben können.

Wenn es bei der Weiterentwicklung der Angebote und der Infrastruktur diesbezüglich keine Bewegung geben sollte, erstarrt die Versorgungslandschaft und es werden

keine Impulse für innovative Ansätze entstehen. In der Folge dieser Nicht-Berücksichtigung werden die Finanzierungsprobleme noch mehr wachsen. Neue Wohn- und Versorgungsformen müssen daher von den einengenden Zwängen des Heim- und Pflegerechts teilweise befreit werden. Ggf. sollten hierzu Wettbewerbe initiiert werden. Dabei sollten auch vorhandene Angebote (z.B. Heime mit weniger als 25 Plätzen) einbezogen werden können.

2.1.1.1 Entwicklung integrierter wohnortnaher Versorgungskonzepte

Die Entwicklung integrierter wohnortnaher Versorgungskonzepte stellt einen wichtigen Ansatz zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur dar. Dabei gilt es ambulante und mobile Dienste, Sozialstationen, Tages- und Kurzzeitpflege, stationäre Einrichtungen und Wohnangebote auch mit gesicherter Pflege in integrierter Weise auf den Bedarf der im Wohnquartier oder Stadtteil lebenden Bevölkerung auszurichten und zu vernetzen. Von besonderer Bedeutung ist deshalb sowohl eine enge und angebotsübergreifende Kooperation als auch die Einbeziehung informeller Hilfeleistungen. Sinnvoll ist auch die Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen und Institutionen sowie anderen zielgruppenspezifischen Angeboten und Einrichtungen.

Zur nachhaltigen Förderung von kleinen sozialen Netzen, Nachbarschaftshilfen und bürgerschaftlichem Engagement hat es sich als sinnvoll erwiesen, Angebote der offenen Altenhilfe auch mit denen anderer Generationen zu verknüpfen und zum Teil auch generationenübergreifend auszurichten (z.B. in Nachbarschaftstreffs). Hierzu ist auch eine Zusammenarbeit und Vernetzung mit Selbsthilfegruppen und Vereinen sowie die Einbeziehung örtlicher Schulen und Kinder- und Jugendeinrichtungen wichtig.

2.1.2. Pflege- und Hilfemix

Nicht nur die professionelle Pflege sowie die Pflege durch Angehörige darf allein für die Sicherstellung der Versorgung betrachtet werden. Klarer als bisher sollten Konzepte für einen Pflege- und Hilfemix in der Region und im Wohnquartier gefördert werden. Nicht das Gegenüber von professioneller und ehrenamtlicher Pflege kann weiter gepflegt werden, sondern es ist auch aus finanziellen Erwägungen unabdingbar, Settings des Miteinanders produktiv auszuprobieren und dafür klare Vorgaben zu formulieren.

Hierzu bedarf es der Entwicklung eines individuellen Pflege- und Hilfemixes aus professionellen, wie auch informellen Angeboten sowie Versorgungs- und Unterstützungskonzepte, die die Wünsche und Bedürfnissen der Menschen stärker in den Mittelpunkt stellen.

Die Kooperation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgungsgestaltung beteiligten Institutionen und Akteuren ist für die qualitative Weiterentwicklung und Nutzung der zukünftigen Angebote wichtig.

2.1.3. pflegende Angehörige und Unterstützung

70% der pflegebedürftigen Menschen werden durch Angehörige, Lebenspartner und ambulante Pflegedienste in der häuslichen Umgebung versorgt. Der Großteil der häuslichen Pflege wird dabei von Frauen geleistet.

Es ist falsch, davon auszugehen, dass es eine ausreichende Unterstützung pflegender Angehöriger gäbe. Die bisherigen Instrumente der Unterstützung durch Pflegekurse und Individuelle Schulungen sind nicht ausreichend ausgeprägt. Die vorhandenen Angebote sind zu wenig bekannt. Es fehlt zusätzlich die kontinuierliche Unterstützung der Selbsthilfe. Pflegende Angehörige sind keine homogene Gruppe. Ihre Motive sind höchst unterschiedlich. Durch die Erbringung der Pflegeleistungen sowie die gleichfalls weitergehenden Anforderungen der Familienarbeit geraten sie ohne gezielte Unterstützung in die Überforderung. Es bedarf künftig einer konkret zuzuordnenden Förderung der unterschiedlichen Personengruppen.

Die erheblichen Betreuung-, Unterstützung- und Pflegeleistungen von pflegenden Angehörigen, Wahlverwandten und Freunden müssen durch unterstützende und entlastende Angebote langfristig erhalten und gestärkt werden.

Durch geeignete Maßnahmen und Angebote wie Beratung, professionelle Unterstützung, Maßnahmen im Sozial- und Steuerrecht oder auch Pflegezeitregelungen müssen pflegende Angehörige stärker Unterstützung erhalten. Dabei muss es in Zukunft auch darum gehen Männer in gleicher Weise in die Verantwortung für die Pflege mit einzubeziehen. Hierzu ist der Aufbau des umfassenden Pflege- und Hilfemixes aus professioneller aber auch informeller Pflege notwendig. Zudem müssen die unterschiedlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer berücksichtigt und die Gleichstellung von Frauen und Männer als durchgängiges Prinzip befolgt werden.

Zur Ergänzung der familiären sowie der professionellen Pflege kann das bürgerschaftliche Engagement eine wichtige Aufgabe leisten und muss durch ein Gesamtkonzept aus Information, Beratung und der Weiterentwicklung entsprechender Netzwerke eingebunden werden.

2.1.4. Entwicklungs- und Beteiligungsformen

Die traditionell als Planung bezeichnete Vornahme von Gestaltungshandlungen auf Landesebene und kommunaler Ebene bedarf der Neudefinition. Vor dem Hintergrund der gravierenden Veränderungen sind neue Formen der Entwicklung und Beteiligung der verschiedenen Akteure von der Stadtplanung bis zur Jugendhilfe und quer zu vorhandenen Versorgungsstrukturen zu fördern. Dabei muss auch die Partizipation der betroffenen Menschen gestärkt werden.

Wir wollen erreichen, dass zur Mitgestaltung der örtlichen Pflegeplanung ein breiter Kreis von Betroffenen an diesem Prozess beteiligt wird. Dieser Beteiligungsprozess bzw. Pflegediskurs muss die älteren Menschen aber auch andere Akteure und Initiativen im Stadtteil an den Planungen und zu erarbeitenden Lösungen beteiligen. Es sind neue Zieldefinitionen zu entwickeln und umfassende Entwicklungsperspektiven für das Zusammenleben der Generationen zu implementieren.

2.1.5. stärkere Orientierung auf spezielle Zielgruppen sowie entsprechende Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Für die verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereiche ergibt sich ein erheblicher Reform- und Umgestaltungsbedarf. So ist nach dem bisher erreichten quantitativen Ausbau in der ambulanten Pflege eine qualitative Weiterentwicklung notwendig. Das Leistungsspektrum soll sich an den Anforderungen der Pflegebedürftigen orientieren und der Heterogenität der Nutzer entsprechen. Die künftig noch steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen erfordert es zwar, die Angebote und Infrastruktur der professionellen Pflege auch quantitativ auszubauen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Ansprüche an Wohn- und Versorgungsformen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren deutlich gewandelt haben. Die meisten Menschen wollen selbständig zuhause leben oder eine gemeinschaftliche Wohnform in Anspruch nehmen, die neben der eigenen Häuslichkeit auch eine

gesicherte Pflege bietet. Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung sich weiter fortsetzen wird.

Wir gehen davon aus, dass die Menschen der zukünftigen älteren Generation individuellere Lösungen einfordern werden, als sie heute überwiegend angeboten wird. Deshalb müssen wir jetzt die Weichen dafür stellen, dass die Angebote verstärkt den Bedürfnissen der betroffenen Menschen entsprechen. Statt einer Orientierung auf die traditionellen Großeinrichtungen muss die Zielsetzung darin bestehen, ein breites, differenziertes und vor allem auch flexibles Angebot für unterschiedliche Zielgruppen wie beispielsweise älter werdende und pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten, Menschen mit gleichgeschlechtlichen Lebensentwurf, Menschen mit Demenz, Menschen mit Behinderungen oder jüngeren Personengruppen zu entwickeln.

2.2. Pflegeversicherung

2.2.1. Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung

2.2.1.1. Dynamisierung der Leistungen, v.a. im ambulanten Bereich

Auch wenn die Pflegeversicherung bewusst als „Teilkaskoversicherung“ entwickelt wurde und ihre Leistungen deswegen nie als voll kostendeckend konzipiert waren, ist eine kontinuierlich erfolgende Absenkung der Leistungen nicht hinnehmbar. Der Abstand zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den tatsächlichen Pflegekosten darf nicht kontinuierlich größer werden und zu Mehrbelastungen der Versicherten, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe führen.

Die Leistungen für ambulante Pflege sind nicht ausreichend. Der Grundsatz „Vorrang von ambulanter Hilfe“ muss sich auch auf die Finanzierung im Rahmen der Pflegeversicherung nieder schlagen. Diese Leistungen der Pflegeversicherung für ambulante Pflege sind in Richtung der Leistungen für stationäre Pflege zu erhöhen. Eine Absenkung der Leistungen für stationäre Pflege ist demgegenüber wenig sinnvoll, da kaum Umsteuerungseffekte in Richtung zur ambulanten Pflege zu erwarten sind. Stattdessen wird der Sozialhilfeträger massiv zusätzlich belastet.

2.2.1.2. Erweiterter Pflegebegriff z.B. Berücksichtigung Demenz

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung ist zu somatisch ausgerichtet. Der besondere Betreuungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen wird nicht ausreichend berücksichtigt. Durch eine umfassender erfolgende Definition des ausschließlich auf körperliche Gebrechen zielenden Pflegebegriffes muss verdeutlicht werden, dass Pflegebedürftigkeit für die betroffene Person zu einem qualitativ und quantitativ weiteren Bedarfs führen kann, als dies bisher zum Ausdruck kommt.

Ein erster Schritt in Richtung der Erweiterung des Pflegebegriffes ist eine erheblich bessere Berücksichtigung von Demenz. Sofern Demenz beim Leistungsberechtigten festgestellt wurde, sind in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien 30 Minuten mehr vorzusehen. Dies würde sich nachhaltig bei der Einstufung bemerkbar machen und für eine Vielzahl von Leistungsberechtigten eine höhere Pflegestufe bedeuten. Darüber hinaus bedarf es zumindest mittelfristig auch einer Erweiterung des Pflegebegriffs, da sonst die Menschen, die einen Unterstützungsbedarf haben, aber nicht als pflegebedürftig anerkannt sind weiterhin herausfallen (Menschen mit Demenz der Pflegestufe 0).

2.2.1.2. Beratung - Verbesserung der Leistungen für komplementäre Hilfen

Mit einem umfassenden Angebot an Wohnberatung und Wohnungsanpassungsmaßnahmen kann sowohl dem Wunsch vieler älterer und pflegebedürftiger Menschen nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit vielfach entsprochen und oftmals auch höhere Pflegekosten vermieden werden. Eine Reihe von Studien weisen auf Einsparmöglichkeiten bei den Pflegekassen wie auch bei den örtlichen Sozialhilfeträgern hin, wenn eine qualifizierte Wohnberatung angeboten wird. Zur dauerhaften Absicherung der Finanzierung wollen wir uns dafür einsetzen, dass eine Mitfinanzierung der Pflegekassen im SGB XI verankert wird. Hierzu gehört eine

- Dynamisierung der Leistungen für die Wohnungsanpassungsmaßnahmen und
- Mitfinanzierung der Wohnberatung durch die Pflegekasse, Verankerung der Finanzierung in der Pflegeversicherung.

Neben der Wohnberatung ist die allgemeine Beratung der Pflegebedürftigen sowie Angehörigen von großer Bedeutung. Eine unabhängige Informations- und Beratungsarbeit ist für viele pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine wesentliche Voraussetzung, um einen Überblick über die örtlichen Angebote und

auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu erhalten. Die Transparenz der Angebote und Leistungen kann vor allem durch eine trägerunabhängige Beratung erfolgen. Erfolgreich umgesetzte Beispiele einer solchen Beratung bestehen bereits in vielen Kommunen und Landkreisen. Dieses Angebot muss flächendeckend ausgebaut werden.

Der Anteil der Menschen, die im Alter alleine und ohne Angehörige leben werden, wird weiter zunehmen. Wohn- und pflegebegleitende Hilfen und Dienstleistungen werden auch deshalb immer wichtiger, um eine selbstbestimmte Lebensführung und den Verbleib in der eigenen Wohnung aufrechterhalten zu können. Eine Weiterentwicklung dieser Angebote ist notwendig. Darüber hinaus müssen Anregungen und Impulse gegeben werden, damit in den Stadtteilen und Wohnquartieren eine Infrastruktur an Läden, Dienstleistungen und auch Hol- und Bringdiensten, entstehen können.

2.2.2. Finanzierung und Überwindung von Schnittstellenproblemen

Die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung ist zu erweitern. Wir setzen uns dafür ein, dass eine solidarische Beitragsfinanzierung nach den Prinzipien der Bürgerversicherung aufgebaut wird. Wegen des Teilkaskocharakters der Pflegeversicherung ist eine Zusammenlegung mit der Krankenversicherung nicht angezeigt. Dies würde zu viele weitere Probleme ergeben.

Ziel der *Bürgerversicherung Pflege* ist es, weitere Einkommens- und Vermögensbestandteile in die Bemessung der Beiträge einzubeziehen und somit insgesamt das Beitragsaufkommen zu erhöhen.

Durch eine bessere Verknüpfung der Pflegeversicherung mit anderen gesetzlichen Leistungsbereichen wollen wir die notwendigen Mittel zur Sicherung der Prävention, Pflege, Rehabilitation und sozialen Begleitung – auch zu Hause – besser absichern. Behandlungspflegerische Leistungen gehören grundsätzlich in die Leistungspflicht der Krankenkassen.

2.2.2.1. Schnittstellenprobleme mit anderen Leistungsbereichen

Mit dem Ziel, Lebensqualität zu sichern und Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. hinauszuschieben, bekommt pflegerische Gesundheitsförderung und Prävention eine besondere Aktualität. Hier gilt es vorhandene Potenziale besser zu nutzen. Der

Grundsatz Rehabilitation vor Pflege und der überwiegend somatisch angelegte Begriff von Pflegebedürftigkeit, begünstigt bislang ein aus GRÜNER Sicht zu einseitiges Verständnis pflegerischer Arbeit. Auch im Fall der Pflegebedürftigkeit sind Potenziale der Rehabilitation und Gesundheitsförderung vorhanden. Hier bedarf es der Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen und eines Paradigmenwechsels, auch innerhalb der Pflegeprofession, hin zur Berücksichtigung der Gesundheitsförderung als integralem Bestandteil der Arbeit.

Die Voraussetzungen zu einem eigenverantwortlichen und gesundheitsbewussten Verhalten sind sehr unterschiedlich. Dies muss bei der Entwicklung und Vermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden, indem sozialen, regionalen und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung getragen wird.

Folgende Aspekte gilt es zu regeln:

- Dem Vorrang von Prävention und Rehabilitation ist Rechnung zu tragen. Bislang ist das nicht der Fall. Dazu sind neue Ansätze zu entwickeln. Rehabilitation in der Pflege spielt bislang kaum eine Rolle, weil es keine Anreize gibt. Die Frage ist, ob Rehabilitation grundsätzlich der Krankenversicherung zugeordnet werden sollte.
- Es sollte die Möglichkeit zur Einführung sektorübergreifender Budgets eröffnet werden. Die sektorübergreifende Überleitungspflege ist in Analogie zur Integrierten Versorgung weiterzuentwickeln und die Refinanzierung der teilstationären Pflege ist zu verbessern. Die bisherigen Ansätze für ein trägerübergreifendes Budget bedürfen der Unterstützung und weiteren Präzisierung, damit dieses Instrument wirksam eingesetzt werden kann. Übergänge der Finanzierung durch Pflege- und Krankenkassen sollten fließender und flexibler gestaltet werden.
- Die Integrierte Versorgung auf der Grundlage der Krankenversicherung ist zu optimieren, damit die Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen werden können. Es sind neue Anreizformen einzufügen. Ggf. sind Kombinationen von Assessment-Systemen neu zu fördern, zu entwickeln und umzusetzen.
- Die Pflegeversicherung muss mit anderen gesetzlichen Leistungsbereichen besser verknüpft werden.

- Um die Kundensouveränität pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu stärken und gleichzeitig die Leistungen der Pflegeversicherung für ein optimales Hilfearrangement zu bündeln, sind die Ergebnisse des Modellprojektes "Persönliches Pflegebudget" bei den Initiativen um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Das persönliche Budget ist deshalb weiter zu erproben und zu stärken, damit es wirksam eingesetzt werden kann. Dabei ist die Wettbewerbsfähigkeit professioneller Anbieter von Pflegedienstleistungen zu gewährleisten.

2.2.3. Entbürokratisierung und Transparenz

Eine Vielzahl bürokratischer Anforderungen hemmen die Pflegeanbieter bei der wirtschaftlichen und ausreichenden Erbringung der Pflegeleistungen. Die Träger von Einrichtungen und Diensten sind bei ihren Bemühungen um Qualitätssicherung zu unterstützen und der damit verbundene bürokratisch-administrative Aufwand ist auf das Unverzichtbare zu begrenzen.

Auf Ebene der Bundesländer sind bereits verschiedene Initiativen ergriffen worden und es sind Vorschläge zum Bürokratieabbau entwickelt worden. Diese Vorschläge sind aufzugreifen und gezielt in die Umsetzung zu bringen. Für die Nutzerinnen und Nutzer muss gleichwohl eine höhere Transparenz über die Versorgungsleistung und Preisgestaltung hergestellt werden.

2.3. Ausbildung und Berufsfeld Pflege

Die Ausbildung in den Pflegeberufen ist nach wie vor uneinheitlich und wenig strukturiert. Die Möglichkeit der Weiterqualifizierung ist nicht immer gegeben. Die verschiedenen Berufsausbildungsgänge sind systematisch aufeinander zu beziehen und derart zu strukturieren, dass eine Weiterqualifizierung möglich wird.

Die Konzepte der Pflege müssen stärker an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet werden. Hier gilt es Ansätze zu wählen, die es ermöglichen, die Menschen in ihrer aktuellen Situation besser zu verstehen und zu begleiten und mit denen pflegebedürftige Menschen in ihrer Lebenssituation besser erreicht werden können.

Diese veränderten und erweiterten Anforderungen an die Pflege erfordern eine inhaltliche wie auch strukturelle Entwicklung des Berufsfelds Pflege und seiner Aus-

und Weiterbildung. Dies schließt auch angemessene Arbeitsbedingungen sowie eine Optimierung der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation durch die Leistungsträger und die Verantwortlichen in den Einrichtungen, ein.

Die Ausbildung für den Pflegeberuf muss sich an die sich stetig verändernden und steigenden Anforderungen in den Einrichtungen (z.B. stetig steigender Anteil von dementen und mehrfach erkrankten alten Menschen) anpassen, um hinreichend auf die Praxis vorbereitet zu sein.

Die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anerkennung des Pflegeberufes stellt zudem eine wichtige Voraussetzung für die Attraktivität der Pflegeberufe dar. Als Grundlage einer qualitativ hochwertigen Pflege ist die pflegewissenschaftliche Fundierung, orientiert an der Pflegepraxis, voran zu treiben und die pflegerische Arbeit entsprechend dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft (state-of-the-art-Prinzip) kontinuierlich weiter zu entwickeln. Der Theorie-Praxis-Transfer muss erheblich verbessert werden. Eine getrennt verlaufende Entwicklung von Erhöhung der Anforderungen der Pflegewissenschaft und umsetzbaren Möglichkeiten in der Pflegepraxis muss nach allen Kräften verhindert werden. Neue und erhöhte Anforderungen an die Pflege setzt sowohl in vielen Bereichen eine Verbesserung der Rahmenbedingungen voraus. Hierzu gehört eine entsprechende Refinanzierung der pflegerischen Arbeit. Nicht selten ist aber auch eine organisatorische Weiterentwicklung und eine Neuausrichtung der Einrichtungen und Angebote erforderlich.

Es ist erforderlich, den Pflegeberuf substantiell attraktiv zu machen. Dazu gehören gute Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Durchstieg zur Fachhochschulreife, sichtbare Karrierechancen, akzeptable Arbeitszeiten, eine leistungsgerechte Bezahlung, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und die Entlastung der Pflegekräfte von unnötiger Bürokratie. Zudem muss erlerntes Wissen in der Praxis umfassend angewandt werden können und darf nicht durch die ausschließliche Ausübung von Routinetätigkeiten verdrängt werden. Dies gilt insbesondere für die psychosozialen Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte der Pflegeberufe. All dies muss aber auch Entgelte für Pflegeleistungen durch die Einrichtungen und Dienste refinanzierbar sein.

Bündnis90/DIE GRÜNEN sprechen sich für eine integrative Pflegeausbildung aus. In dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz ist bereits eine Möglichkeit zur Initiierung von entsprechenden Modellprojekten vorgesehen. Deshalb setzen wir uns für Modellversuche ein, die insbesondere eine gemeinsame Grundausbildung vorsehen.

2.4. Veränderung des Heimgesetzes

Entsprechend den oben angesprochenen Punkten sind Veränderungen im Heimgesetz, SGB XI, SGB V und in weiteren Gesetzen und Verordnungen vorzunehmen.

Hier sind deshalb Regelungen notwendig, die die fachlichen Weiterentwicklungen von Wohn- und Pflegeformen für Pflegebedürftige nicht durch starre Vorgaben behindern sowie den Bedürfnissen nach Wohnatmosphäre und individueller Wohn- und Raumgestaltung gerecht werden und andererseits auch dem berechtigten Schutzanspruch der Bewohnerinnen und Bewohnern Rechnung tragen.

Das Heimgesetz muss überprüft und überarbeitet werden, mit dem Ziel, insbesondere die Einschränkungen von Dienstleistungsangeboten und pflegerischen Angeboten bei neuen Wohn- und Betreuungsformen zu beseitigen. Die gesetzlichen Vorgaben sollen eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen, insbesondere eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung der Wohn- und Lebensverhältnisse einnehmen.

Eckpunkte Reform der Pflegeversicherung
Büro Petra Selg, 8. Juli 2005 – Überarbeitung 24. Juli 2005 durch Harald Wölter und Uwe Clasen



**Bundesarbeitsgemeinschaft
Soziales, Arbeitsmarkt & Gesundheit
und
Arbeitsgruppe Pflegeversicherung der Bundestagsfraktion**

Juli 2005

**Positionspapier zur nachhaltigen
Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung**

**Den Menschen in den Mittelpunkt der
Pflegepolitik stellen:
Strukturen ändern – individuelle
Bedarfe besser berücksichtigen**

Für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Nicht zu übersehende Probleme haben eine gesellschaftliche und politische Debatte über die Pflege(versicherung) ausgelöst. So häufen sich in den Medien Berichte über pflegerische Missstände, das finanzielle Defizit der Pflegeversicherung, überbordende Bürokratie oder die Zunahme illegal beschäftigter Pflegekräfte. Auch die Anforderungen durch den demographischen und sozialen Wandel werden immer häufiger mit dem Thema Pflege verknüpft.

Wir GRÜNE begrüßen diese Debatte ausdrücklich. Vor allem wir waren es, die sie als politische Kraft angestoßen und in Gang gehalten haben. Pflege ist inzwischen als eigenständiges Politikfeld anerkannt und längst nicht mehr das lästige Anhängsel der Gesundheitspolitik. Wir stimmen nicht ein in den Trauergesang verschiedenster Akteure aus Wissenschaft, Verbänden oder Politik, die bereits das Scheitern der Sozialen Pflegeversicherung verkünden. Diese teilweise horrorartigen Szenarien schüren lediglich Angst und drohen das Vertrauen in eine sozialpolitische Errungenschaft zu zerstören, die 85% der deutschen Bevölkerung erstmals einen Teilschutz vor dem Lebensrisiko Pflege bietet.

Insgesamt ist die Bilanz der Pflegeversicherung seit 1994 beeindruckend:

- Pflegebedürftigkeit ist nicht mehr gleichzusetzen mit der Abhängigkeit von Sozialhilfe. Die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege konnten um rund 6 Milliarden Euro seit 1994 gesenkt werden, die Zahl der sozialhilfebedürftigen Heimbewohner ist um ca. 40% zurückgegangen.
- Die familiäre Pflege ist gestärkt worden. Rund 70% aller Pflegebedürftigen werden zuhause gepflegt. Pflegepersonen erhalten eine soziale Absicherung in der Rentenversicherung.
- Die Pflegeinfrastruktur ist breiter und professioneller geworden. Es sind rund 250.000 neue Arbeitsstellen im Pflegebereich entstanden.

Allerdings sind viele Menschen aufgrund des eingengten Pflegebegriffs bei Einführung der Pflegeversicherung aus dem Leistungsbezug herausgefallen.

Es besteht dringender Handlungsbedarf. Die Pflegeversicherung gibt seit 1999 mehr aus als sie einnimmt, und in zwei bis drei Jahren werden auch die letzten Reserven verbraucht sein. Dies ist in erster Linie der hohen Arbeitslosigkeit geschuldet, die zu einer chronischen Einnahmenschwäche führt. Weitere Gründe sind die Zunahme der Pflegebedürftigen, der Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse oder sozialrechtliche Änderungen, wie die geringeren Beitragszahlungen für EmpfängerInnen von Arbeitslosenhilfe zur Pflegeversicherung.

Die zentrale Herausforderung für die Pflege(versicherung) liegt in der demografischen Entwicklung. In den nächsten Jahrzehnten wird die Zahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen deutlich ansteigen; allein die Zahl von Menschen mit Demenz könnte sich bis 2050 verdoppeln. Zusätzliche Kosten werden dadurch entstehen, dass immer mehr Menschen im Alter alleine und ohne Angehörige leben werden. Die traditionellen Muster von Familie und familiärer Pflege verändern sich bereits sichtbar. Aktuell werden zwar noch etwa 70% aller Pflegebedürftigen zuhause versorgt. Auch wenn die Mehrzahl dieser Menschen weiterhin Geldleistungen erhalten, ist aber der Anteil derer deutlich angestiegen, die – die für die Pflegeversicherung kostenintensiveren – Sach- und Kombinationsleistungen erhalten.

Eine Perspektive für die Menschen entwickeln – Pflege neu denken

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen fordern wir GRÜNE schon seit Langem vehement eine Reform der Pflegeversicherung. Wir GRÜNE sehen darin jedoch weniger ein Problem als vielmehr die große Chance, Pflege als Gesellschaftsthema neu zu denken. Pflege ist mehr als „nur“ die Pflegeversicherung. Pflege geht in einer älter werdenden Gesellschaft uns alle an und wird zukünftig mehr als heute in der Mitte der Gesellschaft verankert sein. Hunderttausende neuer und neuartiger Arbeitsplätze werden hier entstehen. Kurzum: Pflege ist eines der zentralen politischen Zukunfts- und Gestaltungsfelder!

Die Reform der Pflegeversicherung stellt aber weiterhin ein Kernelement der Pflegepolitik dar. Für uns GRÜNE gilt dabei: **Menschenwürdige Pflege braucht Selbstbestimmung und Solidarität!** Der Mensch steht im Mittelpunkt verantwortungsvoller und zukunftsorientierter Pflegepolitik!

Die entscheidenden Fragen, die wir dafür beantworten müssen, sind:

- Was ist uns gute Pflege wert? Zu welchen Investitionen sind wir bereit?
- Wie wollen wir in einer älter werdenden Gesellschaft leben und gepflegt werden?

Wir GRÜNE plädieren für eine Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeversicherung. Sie braucht eine erweiterte Finanzierungsgrundlage und muss generationengerechter und nachhaltiger gestaltet werden. Zentraler Baustein dafür ist die solidarische Bürgerversicherung. Wir sind uns aber dessen bewusst, dass die Bürgerversicherung kein Allheilmittel ist. Es werden in einem „Reform-Mix“ weitere finanzielle Maßnahmen nötig sein, um langfristig auf die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft reagieren zu können. Wir GRÜNE sehen deshalb keinen Sinn darin, die Steigerung des bisher stabilen Beitragssatzes oder auch Elemente der *ergänzenden* Kapitaldeckung mit einem ideologischen Tabu zu belegen. Entscheidend ist, dass finanzielle Mehrbelastungen moderat, sozial gerecht und nachvollziehbar sind. Sie dürfen kein Selbstzweck sein, sondern müssen sich für die Menschen in einer besseren Pflege(versicherung) niederschlagen.

Die Probleme der Pflegeversicherung werden aber nicht gelöst, indem man einfach nur mehr Geld ins System pumpt und dann so weiter macht wie bisher. Die Pflegeversicherung wird, wie bereits heute, eine „Teilkasko-Versicherung“ bleiben. Von Pflege betroffene Menschen und Familien werden auch in Zukunft einen großen Teil der Kosten als Selbstzahler übernehmen. Auch die Kommunen und Kreise werden weiterhin über Sozialhilfeleistungen an den Pflegekosten beteiligt sein.

Für uns GRÜNE geht es daher gleichbedeutend um eine Weiterentwicklung der *Versorgungsstrukturen*, in denen sich Selbstbestimmung und Solidarität für die Menschen erfahrbar abbilden müssen. Es geht nicht immer nur um Geld, sondern auch um andere Fragen. Heute sind die Leistungen der Pflegeversicherung häufig noch zu starr, zu undifferenziert und zu bürokratisch in der Beantragung und Verwaltung. Der zugrunde gelegte Pflegebegriff ist eingeeignet auf grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen auf der Grundlage somatischer Befunde. Dies benachteiligt Menschen mit Demenz, geistigen oder psychischen Behinderungen. Die Leistungen und Strukturen der Pflegeversicherung müssen effektiver werden. Wir wollen sie besser aufeinander abstimmen, dort ausbauen, wo sie bisher zu schwach sind und dort gezielt ausweiten, wo es Absicherungslücken gibt. Dies geht über die Zuständigkeiten der Pflegeversicherung hinaus

und betrifft weitere rechtliche Leistungsbereiche, wie etwa die Gesetzliche Krankenversicherung.

Vor allem aber muss sich Pflegepolitik konsequent an den Bedürfnissen der Menschen orientieren hinaus schauen. Eine zentrale Aufgabe wird es sein, durch entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen verschiedenste Pflegearrangements zu ermöglichen und einen geeigneten individuellen *Pflege- und Hilfemix* aufzubauen. Bislang ist Pflege ausschließlich auf die traditionellen Formen der pflegerischen Infrastruktur ausgerichtet. Notwendig ist aber vielmehr ein flächendeckendes Wohn- und Pflegeangebot, das die Selbstbestimmung und eigene Häuslichkeit der pflegebedürftigen Menschen sichert. Dies umfasst auch ein stärkeres Schwergewicht auf soziale Netzwerke, Beratungs- und Betreuungsleistungen.

Auch die Kommunen sind gefragt. Sie stehen vor demographischen Umbrüchen in den Wohnquartieren und Stadtteilen. Dies führt zu neuen Anforderungen an die Wohnungspolitik, Quartiers- und Infrastrukturplanung sowie an die Entwicklungs- und Beteiligungsformen. Wohnungswirtschaft, Dienstleister und Mittelstand stehen vor der Aufgabe, sich an der Bedarfslage eines immer größer werdenden Kundenkreises älterer und pflegebedürftiger Menschen auszurichten. Die Familienpolitik ist gefordert, die Dimension Pflege stärker in ihre Konzeptionen einzubeziehen, etwa wenn es um die immer komplexer werdende Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Nicht zuletzt werden die verschiedenen sozialen Sicherungssysteme, insbesondere Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung, an ihren gemeinsamen Schnittstellen ihre Ziele und Konzepte besser abstimmen müssen. Dies betrifft etwa Bereiche wie Prävention, Rehabilitation oder Fragen der Alterssicherung.

I) Strukturen ändern – individuelle Bedarfe besser berücksichtigen

*Neue Wohn- und Versorgungsformen ausbauen,
rechtliche Hürden beseitigen*

Ältere Menschen wünschen eine weitgehend selbständige und zufrieden stellende Lebensführung in ihrer gewohnten Umgebung auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit. Hierzu gehört die Orientierung an Normalität, die Integration in das Gemeinwesen, die Partizipation der Betroffenen sowie die Möglichkeit einer individuellen und kontinuierlichen Lebensführung. In den vergangenen Jahren hat sich ein breites Spektrum an Neuen Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige Menschen entwickelt, wie etwa Betreutes Wohnen, Haus- oder Wohngemeinschaften, Gemeinschaftliches Wohnen im Alter u.a. Ziel muss ein flächendeckendes, differenziertes und flexibles Wohn- und Hilfeangebot für ältere und pflegebedürftige Menschen im normalen Wohngebiet sein. Wenn es hierbei keine Bewegung geben sollte, erstarrt die Versorgungslandschaft, und es wird keine Impulse für innovative Ansätze geben. In der Folge werden die Finanzierungsprobleme noch mehr wachsen.

Wir wollen deshalb das Heim- und Pflegerecht mit dem Ziel überarbeiten, die fachliche Weiterentwicklung von Neuen Wohn- und Pflegeformen nicht weiter durch starre, zum Teil sinnlose Vorgaben zu behindern. So brauchen wir klare, einfache Antworten auf die Fragen, wann ein Heim ein Heim ist oder wann eine Fachkraft eine Fachkraft ist. Den Bedürfnissen

der Bewohnerinnen und Bewohner nach Wohnatmosphäre und individueller Wohn- und Raumgestaltung, aber auch ihrem berechtigten Schutzanspruch muss Rechnung getragen werden.

Darüber hinaus bedarf es auch der Unterstützung der Umgestaltung und Neuausrichtung bestehender Heime zu Altenwohnhäusern und Hausgemeinschaften, in denen ein individuelles Wohnen, aber auch eine bedarfsgerechte und umfassende Pflege ermöglicht werden. Dies ist künftig in der Wohnraumförderung zu berücksichtigen.

Integration und Vernetzung für einen geeigneten Pflege- und Hilfemix

Zukünftig wird weder allein die professionelle noch die familiäre Pflege für die Sicherstellung der Versorgung ausreichen. Unser Ziel ist die Verwirklichung eines individuellen Pflege- und Hilfemix. Auch aus finanziellen Erwägungen ist es unabdingbar, dass wir professionelle, familiäre und ehrenamtliche Pflege nicht länger als Gegensätze betrachten. Die Kooperation, Koordination und Vernetzung der an der Versorgungsgestaltung beteiligten Institutionen und Akteure ist für die qualitative Weiterentwicklung und Nutzung der zukünftigen Angebote von äußerster Wichtigkeit.

Integrierte wohnortnahe Versorgungskonzepte stellen dabei einen wichtigen Ansatz zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur dar. Dabei gilt es ambulante und mobile Dienste, Sozialstationen, Tages- und Kurzzeitpflege, stationäre Einrichtungen und Wohnangebote auf den Bedarf der Menschen vor Ort auszurichten und zu vernetzen. Wichtig ist dabei soziale Netzwerke auszubauen mit informellen und ehrenamtlichen Hilfeleistungen, Nachbarschaftshilfen, örtlichen Vereinen, Selbsthilfegruppen. Insgesamt ist es wünschenswert, Angebote generationenübergreifender zu gestalten (z.B. in Nachbarschaftstreffs), etwa durch die Verknüpfung mit Schulen und Kinder- und Jugendeinrichtungen.

Ein individueller Pflege- und Hilfemix ist im Kern eine Frage der Qualitätssicherung und –steigerung. Zentral ist, dass sich das Leistungsspektrum künftig nicht nur quantitativ verändert, sondern sich vor allem stärker an den heterogenen Anforderungen der Pflegebedürftigen orientiert und auf gute Pflegeergebnisse abzielt. Statt einer Orientierung auf die traditionellen Großeinrichtungen muss die Zielsetzung darin bestehen, ein breites, differenziertes und flexibles Angebot für unterschiedliche Zielgruppen zu entwickeln, wie Migrant(inn)en, Homosexuelle, Menschen mit Demenz, Menschen mit Behinderungen oder jüngere Personengruppen.

Pflegende Angehörige besser unterstützen

70% der pflegebedürftigen Menschen werden durch Angehörige, Lebenspartner/-innen, Freunde und ambulante Pflegedienste in der häuslichen Umgebung versorgt. Diese Betreuungs-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen sind unverzichtbar. Häufig wissen aber die Angehörigen nicht, welche Pflegeleistungen es gibt, welche ihnen zustehen, wie sie die Pflege organisieren sollen. Durch die Anforderungen der Pflege, der Familienarbeit und des Erwerbslebens sind sie oftmals überfordert. Dem steht keine ausreichende und gezielte Unterstützung entgegen. Die bisherigen Instrumente, wie Pflegekurse oder individuelle

Schulungen, sind im Ansatz richtig, jedoch nicht ausreichend ausgeprägt und zu wenig bekannt. Es fehlt zusätzlich die kontinuierliche Unterstützung der Selbsthilfe. In vielen Fällen liegt in der mangelhaften Unterstützung die Ursache für die rasant zunehmende, inzwischen professionell organisierte Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege. Dieser Zustand muss klar benannt werden und ist selbstverständlich inakzeptabel. Er sollte uns aber vor allem vor Augen führen, dass bezahlbare und flexible Dienst- sowie Beratungsleistungen gerade im ambulanten Bereich entstehen müssen. Hier sind alle beteiligten Akteure gefordert.

Hierzu gehört auch die Einbeziehung der geschlechtlichen Perspektive. So sind rund 70% aller Pflegebedürftigen sowie 80-90% der (privaten wie professionellen) Hauptpflegepersonen weiblich. Zwar wächst das private pflegerische Engagement besonders älterer Männer deutlich und wird gemeinhin unterschätzt. Dennoch muss das Ziel sein, Männer in gleicher Weise in die Verantwortung für die Pflege einzubeziehen. Die unterschiedlichen Auswirkungen auf Frauen und Männer müssen berücksichtigt und die geschlechtliche Gleichstellung als durchgängiges Prinzip befolgt werden.

Es bedarf insgesamt geeigneter Angebote, wie Beratung, professionelle Hilfen, Maßnahmen im Sozial- und Steuerrecht oder auch Pflegezeitregelungen. Die frühstmögliche, allgemeine und unabhängige Information und Beratung für Pflegebedürftige und deren Angehörige ist eine wesentliche Voraussetzung, um einen Überblick über die örtlichen Angebote und auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu erhalten. Erfolgreich umgesetzte Beispiele einer unabhängigen Beratung, die wir für notwendig halten, bestehen bereits in vielen Kommunen und Landkreisen. Dieses Angebot muss flächendeckend ausgebaut werden. Das für Pflegegeldempfänger verpflichtende Beratungsgespräch allein (§ 37, Abs. 3 SGB XI) ist in der Praxis ein eher untaugliches und unterfinanziertes Instrument. Wir halten es für erforderlich, die Beratung nach den Grundsätzen der §§ 37, Abs. 3 und 45 SGB XI neu zu gestalten und weiter zu entwickeln..

Von entscheidender Bedeutung ist die Beratung auch für die Förderung Neuer Wohnformen. Mit einem umfassenden Angebot an Wohnberatung und Wohnungsanpassungsmaßnahmen kann dem Wunsch nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit vielfach entsprochen und können oftmals höhere Pflegekosten vermieden werden, wie einige Studien in diesem Bereich zeigen. Hierzu gehört eine Dynamisierung der Leistungen für die Wohnungsanpassungsmaßnahmen und die Mitfinanzierung der Wohnberatung durch die Pflegekassen.

Wir plädieren in diesem Sinne für die Einbeziehung eines professionellen „Case-Managements“ als Leistung der Pflegeversicherung. Dies ist insbesondere in komplexen Pflegesituationen sowie zur Verwirklichung des individuellen Pflege- und Hilfemix angezeigt, um Pflegebedürftige und Angehörige bei der Organisation der Pflege wirkungsvoll zu unterstützen. Wird die Pflege so von Beginn an auf den richtigen individuellen Weg gebracht, wird dies Kosten einsparen.

Entwicklungs- und Beteiligungsformen ausbauen

Die als „Planung“ bezeichnete Vornahme von Gestaltungshandlungen auf Landes- und kommunaler Ebene bedarf der Neudefinition. Vor dem Hintergrund der gravierenden Veränderungen sind neue Formen der Entwicklung und Beteiligung der verschiedenen Akteure von der Stadtplanung bis zur Jugendhilfe und quer zu vorhandenen Versorgungsstrukturen zu fördern. Dabei muss auch die Partizipation der betroffenen

Menschen gestärkt werden. Wir wollen erreichen, dass zur Mitgestaltung der örtlichen Pflegeplanung ein breiter Kreis von Betroffenen an diesem Prozess beteiligt wird. Dieser Beteiligungsprozess bzw. Pflegediskurs muss die älteren Menschen aber auch andere Akteure und Initiativen im Stadtteil an den Planungen und zu erarbeitenden Lösungen beteiligen. Dabei wollen wir das Zusammenleben der verschiedenen Generationen fördern. Ein Generationen-Mix stellt eine wichtige Voraussetzung für soziale Netzwerke im Wohnquartier dar. Deshalb sind neue Zieldefinitionen zu entwickeln und umfassende Entwicklungsperspektiven für das Zusammenleben der Generationen zu implementieren.

Pflegeberufe und Ausbildung stärker auf den Menschen ausrichten – Anerkennung und Attraktivität steigern

Schätzungen gehen davon aus, dass bereits heute ca. 40.000 Pflegekräfte mehr benötigt würden. Das geringe Ansehen des Berufs in der Gesellschaft, , fehlende Aufstiegsmöglichkeiten, Überforderung im Arbeitsalltag sind die wichtigsten Gründe, weshalb viele Menschen sich gegen den Pflegeberuf entscheiden bzw. ihn wieder verlassen. Andererseits werden in einer älter werdenden Gesellschaft im Pflegesektor hunderttausende neuer und neuartiger Arbeitsplätze entstehen und auch gebraucht. Nicht zuletzt die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs wird mit dem – erwünschten – fortschreitenden Abbau der Verweildauern für ein deutlich verändertes Anforderungsprofil hin zur teilstationären und ambulanten Pflege führen.

Dies setzt in vielen Bereichen eine Verbesserung der Rahmenbedingungen voraus. Hierzu gehört eine entsprechende Refinanzierung der pflegerischen Arbeit. In diesem Zusammenhang lehnen wir etwa die von der Union vorgeschlagene Streichung der steuerlichen Begünstigung für Wochenend- und Nachtarbeit strikt ab. Neben guten Arbeitsbedingungen ist ein hohes Erstausbildungs- und Weiterbildungsniveau anzustreben. Mit der Modernisierung des Krankenpflegegesetz im Jahr 2003 hat Rot-Grün erste notwendige Schritte getan, um die Krankenpflege-Ausbildung an die neuen Anforderungen anzupassen und attraktiver zu machen. So wird etwa die praktische Ausbildung verstärkt auch im ambulanten und teilstationären Bereich erbracht. Auch die Bereiche Prävention oder Palliativpflege nehmen nun mehr Raum im Ausbildungscurriculum ein. Die neue Berufsbezeichnung „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in“ ist Ausdruck eines sich wandelnden Selbstverständnisses. Diesen Weg wollen wir konsequent weitergehen. Wir GRÜNE sprechen uns insgesamt für ein integriertes Berufsbild Pflege aus. Entsprechende Möglichkeiten zur Initiierung von Modellprojekten im Alten- oder Krankenpflegesetz sollten genutzt werden. Zudem setzen wir uns für die Definition von der Pflege vorbehaltenen Tätigkeiten ein, um das Berufsprofil der Pflege zu schärfen. Durch die zunehmende Bedeutung informeller/ ehrenamtlicher Pflege geht es aber auch um die Schaffung niedrigschwelliger Ausbildungsangebote für Arbeitsbereiche, die nicht unbedingt von einer Fachkraft ausgeführt werden müssen.

Insgesamt müssen die Konzepte der Pflege noch stärker an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet werden. Hier gilt es Ansätze zu wählen, die es ermöglichen, pflegebedürftige Menschen in ihrer aktuellen Lebenssituation besser zu erreichen, zu verstehen und zu begleiten. Um die gesellschaftliche und gesundheitspolitische des Pflegeberufes zu steigern, muss außerdem der meist noch mangelhafte Transfer zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis erheblich verbessert werden. Erworbenes Wissen muss angewendet werden können, darf sich aber nicht als realitätsfremd entpuppen. Nicht selten ist aber auch eine

organisatorische Weiterentwicklung und eine Neuausrichtung der Einrichtungen und Angebote erforderlich.

II) Für eine bessere und nachhaltige Soziale Pflegeversicherung

A) Leistungen sinnvoll ausweiten

Durch Dynamisierung die Erosion der Leistungsfähigkeit stoppen

Den Charakter der Pflegeversicherung als „Teilkasko-Versicherung“ soll bestehen bleiben. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind jedoch die Leistungssätze (Pflegestufen) nicht erhöht worden, während die Preise für Pflegeleistungen inflationsbedingt steigen. Das hat steigende Eigenanteile für die Pflegebedürftigen zur Folge, da besonders im stationären Bereich die gesamten Pflegekosten deutlich über den Leistungen der Pflegeversicherung liegen. Können die Betroffenen diese nicht aus ihrem eigenen Einkommen bzw. Vermögen bestreiten, bleibt nur der Gang zum Sozialamt. Diese Entwicklung konterkariert das ursprüngliche Ziel der Pflegeversicherung, die Sozialhilfeabhängigkeit Pflegebedürftiger zu reduzieren. Schon heute steigen die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege wieder leicht an. Außerdem führt diese Entwicklung dazu, dass für zukünftige Generationen ein immer kleinerer Teil ihres Pflegerisikos über die solidarische Pflegeversicherung abgesichert ist. Damit wäre die Akzeptanz und Legitimation der Pflegeversicherung stark gefährdet.

Erforderlich ist deshalb eine regelgebundene Dynamisierung, das heißt eine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung mindestens an die allgemeine Preis- oder Lohnentwicklung. Eine starre Dynamisierungsrate wäre ebenfalls akzeptabel, erscheint uns jedoch weniger sinnvoll, da sie ggf. unter oder auch über dem realen Anpassungsbedarf liegen kann.

Die Pflegegeldleistungen werden ebenfalls von der Dynamisierung erfasst, um den Anreiz für die familiäre Pflege aufrecht zu erhalten. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass das Pflegegeld nicht zweckentfremdet wird, etwa durch den Einsatz illegaler Pflegekräfte. Dazu sind entsprechende rechtliche Maßnahmen erforderlich, vorrangig ist jedoch ein individueller Pflege- und Hilfemix, wie oben beschrieben.

Ambulante und stationäre Pflege gleich behandeln

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss sich auch auf die Finanzierung im Rahmen der Pflegeversicherung niederschlagen, damit neue tragfähige ambulante Strukturen wachsen können. Wir befürworten daher die Angleichung der bisher unterschiedlichen Leistungssätze. Eine Absenkung der Leistungen für stationäre Pflege, wie gelegentlich propagiert, erscheint uns diesbezüglich jedoch wenig sinnvoll, da kaum eine komplette Umsteuerung von der

stationären zur ambulanten Pflege zu erwarten ist. Stattdessen würden die Pflegebedürftigen in Heimen und der Sozialhilfeträger massiv zusätzlich belastet.

Wir schlagen vor, die ambulanten an die stationären Leistungen anzugleichen – nicht umgekehrt. Der Aufbau neuer ambulanter Strukturen muss, kann aber nur allmählich erfolgen. Wir plädieren deshalb dafür, die Leistungen für stationäre Pflege auf dem heutigen Stand einzufrieren. Die ambulanten Leistungen werden durch entsprechende jährliche Steigerungen über einen Zeitraum von 10–15 Jahren auf das Niveau des stationären Sektors angehoben. Erst nach erfolgter Angleichung werden beide Bereiche regelmäßig dynamisiert, wie oben beschrieben.

Dieser Weg ist nicht umsonst zu haben. Schätzungen zufolge wäre zur Gegenfinanzierung bis zum Jahr 2050 etwa ein zusätzlicher Beitragssatzpunkt erforderlich. Deswegen wird dieser Vorschlag intensiv zu diskutieren sein. Wer jedoch stattdessen die Leistungen für stationäre Pflege senken will, um Finanzmittel zu gewinnen, verkennt, dass so die Selbstkosten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, ebenso wie die kommunalen Ausgaben zur Sozialhilfe sowie der Druck auf die stationären Leistungserbringer enorm steigen werden. Unter diesen Umständen sind wir überzeugt, dass unser Modell letztendlich das ehrlichere und nachhaltigere ist und auf mehr Akzeptanz stoßen wird.

Pflegebegriff erweitern – Begutachtungsverfahren anpassen

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung berücksichtigt primär den Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc. Der besondere Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf, etwa von Menschen mit Demenz, geistigen oder psychischen Behinderungen, wird nicht ausreichend berücksichtigt. So erhalten diese Menschen keine oder geringere Leistungen, als es für ihre Situation angemessen wäre.

Ein erster Schritt kann der sog. 30-Minuten-Zuschlag sein. Dieser kommt bei der Einstufung zur Anwendung, sofern etwa Demenz beim Leistungsberechtigten festgestellt wird. Dies würde für viele Leistungsberechtigte eine höhere oder gar erstmals eine Pflegestufe bedeuten. Schätzungsweise bis zu 100.000 Pflegebedürftige könnten davon profitieren. Die dadurch entstehenden Mehrkosten liegen im hohen dreistelligen Millionenbereich und müssen entsprechend bei der Finanzreform berücksichtigt werden.

Der Zeitzuschlag ist jedoch keine systematische Lösung des Problems. Die bisherige Orientierung an Zeitkorridoren zur Feststellung des Pflegebedarfs ist wenig sachgerecht. Wir brauchen mittelfristig einen überarbeiteten Pflegebegriff sowie ein neues Begutachtungsverfahren (Assessment), um den realen Pflegebedarf und einen geeigneten Pflege- und Hilfemix festzustellen. Hier ist die Einbeziehung des Case-Managements zu prüfen. Wir setzen uns deshalb für verstärkte Forschung und Modellprojekte auf diesem Gebiet ein. Derzeit sind die Finanzwirkungen einer solchen Anpassung noch schwer abschätzbar. Eventuelle Mehrkosten sollten nicht über denen des Zeitzuschlages liegen.

B) Die Pflegeversicherung effektiver und effizienter gestalten

Prävention/ Gesundheitsförderung und Rehabilitation vor Pflege und in der Pflege

Analog zur Gesundheitspolitik muss es vorrangiges Ziel von Pflegepolitik sein, die Ressourcen und Potenziale der Versicherten für eine möglichst eigenständige Lebensführung so zu lange wie möglich zu erhalten, zu fördern, wiederherzustellen. Pflegebedürftigkeit soll vermieden bzw. längstmöglich verzögert werden. Auch unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten ist die bessere An- und Einbindung von Prävention und Rehabilitation zwingend.

In der Praxis ist das bisher kaum verinnerlicht. Pflege orientiert sich insgesamt zu wenig auf Ressourcen und Potenziale der Menschen als vielmehr auf ihre Defizite. Auch im Fall von Pflegebedürftigkeit sind aber Potenziale zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation vorhanden, die es zu erkennen und zu nutzen gilt.

Leistungsrechtlich stehen wir vor dem paradoxen Problem, dass sich Rehabilitation und Prävention im Pflegebereich für die Leistungserbringer nicht ausreichend „lohnen“. Es wäre aus ihrer Sicht geradezu unvernünftig, Pflegebedürftige durch Maßnahmen der Rehabilitation in eine geringer vergütete Pflegestufe „herunterzupflegen“. Ebenso wenig haben die Leistungserbringer das Interesse durch Maßnahmen der Prävention das Aufrutschen in eine höhere Pflegestufe zu verhindern. Hinzu kommt, dass die Präventions- und Rehabilitationsträger, also etwa die gesetzlichen Krankenkassen, die Maßnahmen zwar finanzieren, nicht aber unmittelbar davon „profitieren“. Nicht zuletzt erweisen sich auch die restriktiven Kriterien der Reha-Leistungsträger bei der Bewilligung von Maßnahmen als Hemmnis. Diese gegenseitigen Blockaden müssen aufhören, denn Prävention und Rehabilitation nutzt langfristig allen Beteiligten.

Es bedarf eines Paradigmenwechsels, auch innerhalb der Pflegeprofession, hin zur Berücksichtigung von „Prävention und Reha vor Pflege“ als integralem Bestandteil der Arbeit. Dabei muss individuellen, sozialen, regionalen und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung getragen werden. Die gesetzlichen Grundlagen müssen weiterentwickelt und (finanzielle) Anreize geschaffen werden. Prävention und Rehabilitation müssen als Wert an sich begriffen werden, sich aber auch für die Leistungserbringer lohnen. Denkbar wäre, dass ein Leistungserbringer bei erfolgreicher Rehabilitation für bspw. weitere 3 Monate den bisherigen höheren Leistungssatz bezieht. Zudem müssen Präventions- und Reha-Potenziale und/oder entsprechende Maßnahmen bereits bei der Begutachtung festgestellt werden. Zu überlegen wäre, die Pflegeversicherung an den Kosten der Rehabilitation zu beteiligen.

Im „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ hatte die Rot-GRÜNE Koalition vorgesehen, auch die Pflegeversicherung an der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention zu beteiligen. Wie viele weitere unserer Projekte ist das Präventionsgesetz – trotz eines vorab geschlossenen Kompromisses mit den Bundesländern! – vom Bundesrat auf Eis gelegt worden und wird voraussichtlich in dieser Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet werden können.

Strukturen vernetzen – Verschiebebahnhöfe beseitigen

Nicht zuletzt am Beispiel von Prävention und Rehabilitation wird deutlich, dass der Netzwerkgedanke nicht an den Schnittstellen verschiedener leistungsrechtlicher Bestimmungen endet. Eine bessere Verzahnung bestehender Strukturen durch Aufbau

integrativer Versorgungssektoren ist dringend notwendig. Dadurch kann die Versorgungsqualität deutlich verbessert werden. Ziel ist, Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungssektoren und zwischen den Kostenträgern zu beseitigen.

Hier gilt es, die Möglichkeit sektorübergreifender Budgets zu prüfen. Die bisherigen Ansätze für ein trägerübergreifendes Budget bedürfen der Unterstützung und weiteren Präzisierung, damit dieses Instrument wirksam eingesetzt werden kann. Übergänge der Finanzierung durch Pflege- und Krankenkassen sollten fließender und flexibler gestaltet werden.

Dazu sollten etwa Leistungserbringer aus dem Bereich der stationären Pflege die Möglichkeit erhalten, an Modellen der Integrierten Versorgung teilzunehmen, die mit der Gesundheitsreform 2003 gesetzlich verankert wurde. Dies ist bisher nicht möglich, da Pflegeheime keine Leistungen im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Im Zuge der DRG-Einführung in den Krankenhäusern ist es außerdem wichtig, schnellstmöglich vernünftige Strukturen für eine Überleitungspflege nach Entlassung aus dem Krankenhaus flächendeckend aufzubauen und gesetzlich zu ermöglichen. Dafür müssen die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege verbessert werden. Selbiges gilt für die Refinanzierung der Tages- und Nachtpflege, die derzeit im Pflegerecht noch mit der häuslichen Pflege „konkurriert“.

Um die Kundensouveränität pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu stärken und gleichzeitig die Leistungen der Pflegeversicherung für ein optimales Hilfearrangement zu bündeln, sind die Ergebnisse des Modellprojektes "Persönliches Pflegebudget" bei den Initiativen um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Das persönliche Budget ist deshalb weiter zu erproben und zu stärken, damit es wirksam eingesetzt werden kann. Dabei ist die Wettbewerbsfähigkeit professioneller Anbieter von Pflegedienstleistungen zu gewährleisten.

Ein viel diskutierter „Verschiebebahnhof“ ist die stationäre medizinische Behandlungspflege, die mit einem erheblichen Finanzvolumen von ca. 1,2 Milliarden € einhergeht. Sie ist zwar systematisch der GKV zuzuordnen, wird aber nach geltendem Recht bis Juni 2007 von der Pflegeversicherung pauschal über die stationären Leistungssätze vergütet. Tendenziell ist aus unserer Sicht der Übergang der Behandlungspflege zur GKV wünschenswert. Damit verbunden sein sollten aber neue Praxis-Konzepte zur Erbringung der Behandlungspflege, etwa über Ansätze der Integrierten Versorgung. Diese sollten vor einer abschließenden Regelung modellhaft erprobt werden.

Weniger Bürokratie – mehr Transparenz – mehr Qualität

Eine Vielzahl bürokratischer Anforderungen hemmen die Pflegeanbieter bei der wirtschaftlichen und ausreichenden Erbringung der Pflegeleistungen. Eklatant sichtbar wird dies an den Schnittstellen von Pflegeversicherung und Heimrecht, die etwa zu Doppelstrukturen bei der Qualitätsprüfung durch MDK und Heimaufsichten führen. Insgesamt scheint sich die politisch induzierte Orientierung im Pflegerecht auf Prozess- und Strukturqualität nicht vollständig zu bewähren, ohne mindestens gleichwertig die Ergebnisqualität in den Blick zu nehmen. Wir haben gelernt, dass die Träger von Einrichtungen und Diensten mehr Freiraum und Unterstützung bei der Gestaltung interner Qualitätsmanagement-Systeme gegeben werden muss. Moderne Qualitätsmanagement-Systeme orientieren sich aber auch an den Anforderungen der Pflegebedürftigen, der Beschäftigten sowie der Angehörigen. Wir unterstützen dabei Ansätze, die Beratungs- und Beschwerdeangebote vorsehen.

Auf Ebene der Bundesländer sind bereits verschiedene Initiativen ergriffen worden, und es sind Vorschläge zum Bürokratieabbau entwickelt worden. Selbiges gilt für die Vorschläge des „Runden Tisches“ Pflege, dessen Ergebnisse im Herbst dieses Jahres erwartet werden. Diese Vorschläge sind aufzugreifen und gezielt in die Umsetzung zu bringen.

Für die Nutzerinnen und Nutzer muss gleichwohl eine höhere Transparenz über die Versorgungsleistung und Preisgestaltung hergestellt werden. Den Bewohner(inne)n etwa eines Pflegeheimes muss jederzeit nachvollziehbar sein, warum welche Leistungen in welcher Höhe abgerechnet werden.

C) Finanzierung der Pflegeversicherung

Der Dreh- und Angelpunkt einer menschenwürdigen, qualitativ hochwertigen Pflege sind gesicherte finanzielle Rahmenbedingungen. Angesichts des derzeitigen Defizits und der zukünftigen finanziellen Anforderungen durch die demografische Entwicklung, steht fest, dass Reformmaßnahmen überfällig sind. Aber auch die von uns dargestellten Leistungsausweitungen, wie Dynamisierung, Angleichung der ambulanten und stationären Leistungssätze oder der Zeitzuschlag für Menschen mit Demenz, sind nicht zum Nulltarif zu haben und müssen solide gegenfinanziert werden.

Für die Finanzreform der Pflegeversicherung müssen folgende Bedingungen gelten:

- Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss sozial gerechter werden.
- Der Pflegeversicherung müssen ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, um ihre aktuell anfallenden Verpflichtungen einlösen zu können.
- Die Pflegeversicherung darf nicht mehr von der Hand in den Mund leben, da die wirklichen demographischen Herausforderungen erst noch bevorstehen.
- Es müssen zudem die Wirkungen auf den Arbeitsmarkt beachtet werden, das heißt die Lohnnebenkosten dürfen nicht über Gebühr belastet werden.

Vor diesen Herausforderungen ist klar, dass mehr Finanzmittel für die Pflegeversicherung bereitgestellt werden müssen. Ansonsten besteht die einzige Alternative darin, mittelfristig Leistungen einschränken zu müssen.

Wie in der Einleitung bereits dargestellt, sehen wir den einzigen Weg in einer Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeversicherung. Wir können hingegen keinen Sinn darin erkennen, ein im Kern erfolgreiches System dann einfach abzuschaffen, wenn es Schwächen zeigt. Diese Schwächen kann man beheben, wie unser Konzept zeigt.

Fatal wäre es, die Bevölkerung in ein gefährliches politisches Abenteuer zu schicken. So würde etwa die vollständige Umwandlung in ein kapitalgedecktes System erstens viele Jahre dauern, es würde zweitens zu hohen Doppelbelastungen vor allem sozial Schwächerer und der jüngeren Generationen führen. Drittens ließe man sich damit auf die unwägbare, nicht seriös zu prognostizierende Entwicklung auf den (internationalen) Kapitalmärkten ein. Damit wird das System letztlich komplett entsolidarisiert und „ent-sichert“. Das ist aus GRÜNER Sicht völlig inakzeptabel.

Ein steuerfinanziertes Bundes-Pflegeleistungsgesetz würde neben einem vollständigen organisatorischen Umbau vor allem bedeuten, Pflegeleistungen abhängig von der Lage

öffentlicher Haushalte zu machen. In Zeiten einer ersichtlich schwierigen Haushaltskonsolidierung erscheint uns dieser Weg nicht sinnvoll.

Wir lehnen auch die Integration der Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ab, da diese Systeme unterschiedlichen Prinzipien folgen. Hier sei nur der „Teilkasko“-Charakter der Pflegeversicherung gegenüber dem Vollversicherungsschutz der GKV genannt. Wir bezweifeln, dass durch eine Integration Schnittstellenprobleme beseitigt werden – sie würden nur besser „versteckt“. Pflege muss gesellschaftlich, politisch und versicherungstechnisch als eigenständiges Handlungsfeld anerkannt und erhalten bleiben.

Die Bürgerversicherung als Kern eines intelligenten Reform-Mix

Wir sind davon überzeugt, dass die Pflegeversicherung als solidarisch finanziertes System sinnvoll konzipiert ist und so auch in der Bevölkerung als das gerechteste akzeptiert ist. Wie auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung wollen wir die Pflegeversicherung als solidarische Bürgerversicherung ausrichten. Soziale und Private Pflegeversicherung sollen zusammengeführt werden nach dem Grundsatz: „Eine für Alle!“

Es ist nicht einzusehen, dass sich die stärksten und wohlhabendsten 10% der deutschen Bevölkerung aus der solidarischen Finanzierung der Pflege heraushalten können. Ebenso wissen wir, dass die ökonomische Bedeutung von Kapitalvermögen heute wesentlich höher ist als noch vor einigen Jahrzehnten. Deshalb sollen auch für die Pflegeversicherung alle Bürgerinnen und Bürger, gleich ob Arbeiter, Selbständiger oder Beamter, ihren solidarischen Beitrag leisten. Zugleich sollen alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Dies wird die Solidaritäts- und Gerechtigkeitslücke auch in der Pflege schließen. Da die private Pflegepflichtversicherung nach den gleichen Prinzipien wie die soziale konstruiert ist, bietet sich die Bürgerversicherung geradezu an.

Durch die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage fließen mehr Beitragsmittel in die Bürger-Pflegeversicherung. Wie auch in der Krankenversicherung gilt: Es darf nicht einfach mehr Geld ins System fließen. Die Mehreinnahmen müssen zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen verwendet werden. Die erweiterte Finanzierungsgrundlage entbindet uns zudem nicht von den wichtigen strukturellen Reformen.

Mittel- und langfristige Beitragssatzentwicklung

Angesichts der geschilderten Defizitsituation wird es bei der Umstellung auf die Bürgerversicherung keine absoluten Beitragssatzsenkungen geben können – ein weiteres Ansteigen der Beitragssätze kann aber erheblich gebremst werden.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden in einer älter werdenden Gesellschaft zwangsläufig steigen. So wurde bereits bei Einführung der Pflegeversicherung für das Jahr 2030 ein Beitragssatz von mindestens 2,4% prognostiziert. Wir werden keine Spekulationen über die Beitragssatzentwicklung in 20 oder 30 Jahren anstellen, da dies wesentlich von der

weiteren Ausgestaltung der Pflegeversicherung insgesamt abhängt. Kein Reformmodell konnte bisher glaubhaft versichern, dass es diese steigenden Kosten komplett abfedern kann. Die Ehrlichkeit gebietet es festzustellen, dass auch eine Bürgerversicherung die steigenden Kosten nicht mit einem stabilen Beitragssatz gegenfinanzieren kann.

Das ist für uns kein Grund, von unseren Forderungen nach Leistungsverbesserungen abzusehen. Deshalb sind wir der Meinung, dass sich das „Dogma“ des stabilen Beitragssatzes von 1,7% überlebt hat. Wir sind des Weiteren überzeugt, dass die Bürgerinnen und Bürger sehr wohl bereit sind, steigende Beiträge zu tragen, wenn es dabei sozial gerecht und nachvollziehbar zugeht. Wir wollen vor allem eine *bessere* Pflege(versicherung)!

Stabilisierung der Lohnnebenkosten

Wir sind der Ansicht, dass auch die Arbeitgeber weiterhin einen Anteil zur Pflegeversicherung leisten müssen. Pflege ist durchaus keine reine Privatangelegenheit. Deswegen halten wir eine Beteiligung der Arbeitgeberseite auch weiterhin für sinnvoll, damit auch sie einen Beitrag zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit leisten.

Wir dürfen jedoch auch nicht die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt ignorieren. Wir können uns eine weitere Belastung der Lohnnebenkosten über Gebühr nicht leisten, um die Schaffung neuer Arbeitsplätze nicht zu behindern. Andererseits ist festzustellen, dass die Arbeitgeber durch die Abschaffung des Buß- und Bettages nur scheinbar mit dem häufigsten Beitrag zur Pflegeversicherung belastet werden. Sie sollten sich daher vor übereiligen Abwehrreflexen und Jammervesen etwas bescheiden.

~~Wir sind offen für eine Diskussion über die Einfrierung des Arbeitgeberanteils, zum Beispiel auf einem Maximalniveau von 1,0%. Alle weiteren Kostensteigerungen wären einseitig von den Arbeitnehmern zu tragen, verbleiben aber im sozial gerechten System der einkommensabhängigen Beiträge.~~ Von den Arbeitgebern erwarten wir, dass sie ihre Verantwortung auch für die Pflegeversicherung anerkennen und sich im Rahmen ihrer betrieblichen Gestaltungsmöglichkeiten vor allem im präventiven Sinne für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einsetzen.

Comment [MSOffice1]: Dazu gibt es keinen Konsens.

Intergenerativer Lastenausgleich – Für die Schaffung einer Demographiereserve

Etwa ab den Jahren 2025-2030 werden hohe Kostensteigerungen auf die Pflegeversicherung zukommen, die wir auch mit den besten Struktur- und Leistungsverbesserungen nicht werden vermeiden können. Die Pflegeversicherung muss gewappnet sein für diese demografische Herausforderung. Dies ist nicht zuletzt eine Frage der Generationengerechtigkeit. Wir halten es für angebracht, für eine Art „Sparbuch“ anzulegen, um bereits jetzt für die kommenden Anforderungen vorzusorgen und steigende Beitragssätze in der Zukunft besser abfedern zu können.

Mit der Dynamisierung der Leistungssätze zielen wir zwar darauf, die Balance von Teilkasko-Schutz der Pflegeversicherung sowie Selbstkosten der Betroffenen stabil zu halten. Dennoch belasten diese Selbstkosten und (steigende) Beitragssätze die Betroffenen und Versicherten weiterhin. Deshalb geht bei der Idee der Demografie-Reserve also zum anderen darum, eine

Möglichkeit zu schaffen, diese Belastungen besser ausgleichen zu können. So hat auch das Bundesverfassungsgericht jüngst festgestellt, dass etwa die Unterhaltspflicht von Kindern gegenüber ihren pflegebedürftigen Eltern Grenzen hat – spätestens dann, wenn ihre Altersvorsorge herangezogen werden soll.

Hierbei sind diverse Optionen der Ausgestaltung denkbar, z.B. als ergänzende(!) individuelle Zusatzversicherung, deren Mittel teilweise oder komplett in einen Kapitalstock fließen. Skeptisch betrachten wir dabei die ungeheuren Summen, die auf einem Kapitalmarkt angelegt würden, dessen Entwicklung wir heute kaum seriös prognostizieren können. Zudem ist dies in den bekannten Modellen eine für den Einzelnen teure Form einer prämiengestützten einheitlichen Zusatzbelastung.

Des Weiteren ist die Anlage eines solidarisch finanzierten, gemeinschaftlicher Kapitalstocks in Form eines geschützten Sondervermögens denkbar. Dieser wäre über einen einheitlichen Zusatz-Beitrag aller Versicherten anzulegen und dürfte erst in den 2020er oder 2030er Jahren entspart werden. Das angesammelte Vermögen würde zur Vermeidung weiterer Beitragssatzsteigerungen eingesetzt. Kritisch betrachten wir die Meinung der SPD, die davon ausgeht, dass dafür ohne Weiteres die gesammelten Altersrückstellungen der Privaten Pflegeversicherung verwendet werden könnten. Dies ist verfassungsrechtlich ungeklärt und sollte unseres Erachtens mit größter Vorsicht behandelt werden. Wir hielten deshalb einen höheren Zusatzbeitrag als 0,1% für notwendig.

Im Sinne einer engeren Kopplung an das System der Altersvorsorge ist nicht zuletzt eine obligatorische individuelle Reserve nach dem Modell der steuerlich geförderten Riester-Rente („Pflege-Riester“) zu nennen. Diese würde als Leibrente ausbezahlt und könnte zur Abfederung der steigenden Belastungen verwendet werden. In diesem Falle wäre jedoch über einen Solidarzuschlag für Rentnerinnen und Rentner zu entscheiden, für die die Anlage eines Pflege-Riester sinnvollerweise nicht in Frage kommt.

Weitere Reformschritte

Wie oben dargestellt lehnen wir eine steuerfinanzierte Pflegeversicherung als Bundes-Pflegeleistungsgesetz ab. Allenfalls die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern könnte unseres Erachtens als „versicherungsfremde Leistung“ oder gesamtgesellschaftliche Aufgabe deklariert werden. Daher wäre eine Steuerfinanzierung durchaus erwägenswert. Die Ersparnisse müssten entsprechend in der Bürgerversicherung zur Dämpfung des Beitragssatzes bzw. zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen eingesetzt werden.

[Kosten???

Derzeit können nach 1957 geborene Bürgerinnen und Bürger private Pflegezusatzversicherungen bis zu einem Höchstbetrag von 184 € pro Jahr steuerlich geltend machen. Um zusätzlich zur privaten Vorsorge anzuregen, wollen wir diesen Betrag deutlich anheben. **[Auf wie viel? Kosten???**

Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW"

Bericht der Arbeitsgruppe Wohnen

Stand: September 2004

Mitglieder:

Barbara Steffens
Günther Garbrecht
Angelika Gemkow
Gabriele Gorcitza
Ursula Monheim
Helmut Wallrafen-Dreisow

Referenten & Assistenten:

Harald Wölter
Sabine Reißberg
Elaine Reynolds
Jörg Haslbeck
Andreas Kocks

Inhalt

1	EINFÜHRUNG	5
2	DARSTELLUNG DER WOHNFORMEN	9
2.1	ENTWICKLUNG DES WOHNBEDARFS ÄLTERER UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN	9
2.2	WOHNWÜNSCHE UND WOHNMOBILITÄT ALTER MENSCHEN	10
2.3	WOHNFORMEN IM ALTER - EINE ÜBERSICHT	13
2.3.1	<i>Normale Wohnung</i>	14
2.3.2	<i>Betreutes Wohnen</i>	16
2.3.3	<i>Wohnformen im Wandel (Neue Wohnformen)</i>	18
2.3.4	<i>Alten- und Pflegeheime (Sonderwohnformen)</i>	22
2.3.5	<i>Kategorisierung von Wohnmöglichkeiten nach Entscheidungssituationen</i>	25
2.4	DARSTELLUNG DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN	27
2.5	KOSTENNIVEAUS	32
3	ZUR SITUATION ALTENGERECHTEN WOHNENS IM NORMALEN WOHNUNGSBAU	38
3.1	BARRIEREFREIER WOHNBESTAND - SITUATION, ENTWICKLUNG UND HERAUSFORDERUNGEN	38
3.2	ENTWICKLUNG UND ANPASSUNG DES WOHNUNGSBESTANDES AUS SICHT DER WOHNUNGSWIRTSCHAFT ..	40
3.3	AUSSAGEN ZU RAHMENBEDINGUNGEN & STANDARDS	42
3.4	WOHNFORMEN, KOOPERATIONSMODELLE UND PROJEKTE	43
3.5	REFINANZIERUNGSPROBLEME UND ÄNDERUNGSBEDARF BEI ALTENGERECHTEN UND BARRIEREFREIEN WOHNRAUM- UND QUARTIERSGESTALTUNGEN	46
4	SITUATION UND ENTWICKLUNG BEIM AMBULANTEN UND STATIONÄREN WOHNEN	47
4.1	AMBULANT BETREUTES WOHNEN	47
4.2	WEITERENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN VON HEIMEN (SONDERWOHNFORMEN)	48
4.2.1	<i>Ausgangsfragestellungen und Grundsätze</i>	48
4.2.2	<i>Leistungsdifferenzierung in der stationären Pflege</i>	50
4.3	WOHN- UND HAUSGEMEINSCHAFTEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ	51
4.4	WOHNGRUPPEN FÜR DEMENZIELL ERKRANKTE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN	53
4.4.1	<i>Wohngruppenkonzepte in der stationären Pflege</i>	53
4.4.2	<i>Wohngruppen als sozialtherapeutische Intervention</i>	54
4.4.3	<i>Baulich-räumliche Voraussetzungen</i>	54
4.4.4	<i>Bedeutung und Rolle von Angehörigen in den Wohngruppen</i>	55
4.4.5	<i>Perspektive</i>	55
4.5	NEUE VERSORGUNGSFORMEN UND -STRUKTUREN	58
4.5.1	<i>Vom Pflegeheim zum Altenwohnhaus</i>	58
4.5.2	<i>Anforderungen an die Weiterentwicklung</i>	60
4.5.3	<i>Dienstleistungszentren – Normalität erhalten und Hilfe im Ort leisten</i>	61
4.6	SPEZIFISCHE BEDARFE AN DIE WOHN-SITUATION	62
4.6.1	<i>Ältere Menschen mit Migrationshintergrund</i>	62
4.6.2	<i>Wohnen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen</i>	64
4.6.3	<i>Ältere und Pflegebedürftige Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebensentwurf</i>	68
4.6.4	<i>Wohnen und Leben im Hospiz</i>	69
4.6.5	<i>Wohnungslose ältere und pflegebedürftige Menschen</i>	70
4.7	QUALITÄTSENTWICKLUNG UND -SICHERUNG	71
5	BERATUNGSFELDER UND PLANUNG QUARTIERSNAHE BEI WOHNRAUM- UND WOHNUMFELDGESTALTUNG	74
5.1	PFLEGEBERATUNG - QUALITÄT IN DER PFLEGE DURCH BERATUNG	74
5.2	WOHNBERATUNG UND WOHNUNGSANPASSUNG	76
5.3	WOHNPROJEKTBERATUNG	81

5.4	SOZIALRÄUMLICHE UND INTEGRIERTE PLANUNG UND VERNETZUNG IM STADTTEIL - ALTENGERECHTE SIEDLUNGS- UND QUARTIERSENTWICKLUNG	82
6	„GUTE BEISPIELE“	89
6.1	MEHRGENERATIONENWOHNEN	89
6.2	GRUPPENWOHNFORMEN	90
6.3	INTERGENERATIVE HAUS- UND WOHNGEMEINSCHAFTEN	92
6.4	DEZENTRALE WOHNGRUPPEN (HAUSGEMEINSCHAFTEN)	93
6.5	HAUSGEMEINSCHAFTEN IN DER STATIONÄREN PFLEGE	95
6.6	WOHNSIEDLUNG / ALTENWOHNDORF	96
7	INTERNATIONALER VERGLEICH VON WOHNFORMEN ÄLTERE UND PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN	99
7.1.	NIEDERLANDE	99
7.2.	DÄNEMARK	100
7.3.	SCHWEDEN	101
7.4.	GROßBRITANNIEN	102
7.5.	USA	103
7.6.	THEMENBEZOGENER VERGLEICH	105
8	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE ENQUETEKOMMISSION	109
8.1.	EMPFEHLUNGEN FÜR EIN BEDARFSGERECHTES ANGEBOT AN ALTERSGERECHTEN WOHN- UND PFLEGEFORMEN	109
8.2.	WOHNEN IN DER „NORMALEN“ WOHNUNG	109
8.3.	WOHNRAUMANPASSUNG, WOHN- & PFLEGEBERATUNG	112
8.4.	ERHÖHUNG DER TRANSPARENZ UND INFORMATION	113
8.5.	VORPFLEGERISCHE UND PFLEGEBEGLEITENDE DIENSTE	113
8.6.	WEITERENTWICKLUNG INDIVIDUELLER WOHN- UND PFLEGEANGEBOTE	114
8.7.	WEITERENTWICKLUNG UND UMGESTALTUNG DER STATIONÄREN PFLEGE	115
8.8.	WOHNANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ	116
8.9.	ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE AUSRICHTUNG DER VERSCHIEDENEN WOHN- UND BETREUUNGSFORMEN	117
8.10.	ENTWICKLUNG SOZIALER NETZWERKE	120
8.11.	WEITERENTWICKLUNG DER RECHTLICHEN RAHMENBEDINGUNGEN	121
8.12.	QUALITÄTSENTWICKLUNG UND -SICHERUNG	121
9	ANHANG	123
9.1	FRAGEBOGEN EINER UMFRAGE UNTER WOHNUNGSWIRTSCHAFTSUNTERNEHMEN	123
9.2	AUSWERTUNG EINER UMFRAGE UNTER WOHNUNGSWIRTSCHAFTSUNTERNEHMEN	124
9.2.1	<i>Zusammenfassung der Umfrage</i>	<i>125</i>
9.2.2	<i>Aussagen zu Rahmenbedingungen & Standards</i>	<i>127</i>
9.2.3	<i>Wohnformen, Kooperationsmodelle und Projekte</i>	<i>129</i>
9.2.4	<i>Zusammenfassung und Handlungsempfehlung</i>	<i>133</i>
9.2.5	<i>Rahmenbedingungen & Standards</i>	<i>134</i>
9.2.6	<i>Wohnformen, Kooperationsmodelle und Projekte</i>	<i>135</i>
9.2.7	<i>Probleme und Änderungsbedarf</i>	<i>137</i>
9.2.8	<i>Handlungsempfehlungen für die Enquete-Kommission</i>	<i>137</i>
	LITERATURVERZEICHNIS	139

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: VORSTELLBARE WOHNFORMEN FÜR DAS ALTER	10
ABBILDUNG 2: INANSPRUCHNAHME UND SUBJEKTIV EINGESCHÄTZTER ZUKÜNFTIGER BEDARF AN HILFEN	11
ABBILDUNG 3: BEREITSCHAFT ZU AUSGABEN FÜR WOHNBEGLEITENDE DIENSTLEISTUNGEN	12
ABBILDUNG 4: ANTEIL UMGEZOGENER HAUSHALTE NACH ALTER UND WOHNSTATUS.....	13

TABELLEN

TABELLE 1: MONATLICHES KOSTENNIVEAU ALTERSGERECHTEN WOHNENS	33
TABELLE 2: MONATLICHES KOSTENNIVEAU ALTERSGERECHTEN WOHNENS II	33
TABELLE 3: KOSTEN HAUSGEMEINSCHAFT, BEISPIEL VILLA MAURITZ (MÜNSTER).....	34
TABELLE 4: GESAMTENTGELTE STATIONÄRER HAUSGEMEINSCHAFTEN.....	34
TABELLE 5: KOSTENVERGLEICH AMBULANTER UND STATIONÄRER VERSORGUNG.....	37
TABELLE 6: ANPASSUNGSMÄßNAHMEN AN DIE WOHNBEDÜRFNISSE DEMENZKRANKER	57
TABELLE 7: ERGEBNISSE VON UNTERSUCHUNGEN ZUR WIRKSAMKEIT VON WOHNRAUMANPASSUNGSMÄßNAHMEN	79
TABELLE 8: EINSPARPOTENTIALE BEI DEN AUSGABEN FÜR STATIONÄRE PFLEGE PRO FALL UND MONAT	79
TABELLE 9: EINSPARPOTENTIALE BEI DER PFLEGE PRO FALL UND MONAT (VERBLEIB IN BISHERIGER PFLEGESTUFE).....	81
TABELLE 10: ÜBERSICHT KOOPERATIONSPROJEKTE.....	87
TABELLE 11: KOSTENRECHNUNG FÜR BETREUTE WOHNGRUPPEN.....	91

1 Einführung

Das Thema Wohnen ist eines der zentralen Themen zukunftsorientierter Pflege- und Altenpolitik. Mit dem sich vollziehenden Struktur- und Wertewandel der Gesellschaft und dem damit verbundenen Wandel des Sozialstaates rücken auch das Wohnen und die Weiterentwicklung der Hilfeinfrastruktur ins Zentrum der Betrachtung.

Wohnen hat eine besondere Bedeutung für das körperliche und psychische Wohlergehen sowie für die soziale Integration des Menschen. Wohnen ist mehr, als die räumliche Ausgestaltung und Anbindung in einem Wohnumfeld. Wohnen ist geprägt von der eigenen Biografie und Lebensgestaltung. Ältere und pflegebedürftige Menschen formulieren zunehmend den Wunsch nach Überschaubarkeit, der Möglichkeit zur Gestaltung einer eigenen Häuslichkeit und häufig auch nach einem Zusammenleben mit anderen Generationen und zur Sicherung der Selbstbestimmung. Die Wohnbedingungen sind auch von großer Bedeutung für die Erfüllung der Grundbedürfnisse, für Integration und Eingebundensein in die eigene Generation, für generationsübergreifende Netzwerke und die Integration in das Wohnumfeld. Die Wohnsituation wirkt sich auf die Pflegequalität aus und hat Auswirkungen auf Krankheitsbilder und auf Krankheitsverläufe.¹ Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen, welche für beide Geschlechter, für alle Altersgruppen und soziale Milieus, unterschiedliche Kulturen, für die verschiedenen Grade der Hilfebedürftigkeit und in allen Regionen ein sinnerfülltes Leben ermöglichen.²

Die meisten älteren Menschen möchten so lange wie möglich selbstbestimmt – allein oder in Gemeinschaft mit anderen – wohnen. Das Heim als institutionalisierte Wohnform stößt mittlerweile auf eine erheblich geringere Akzeptanz als noch vor einigen Jahrzehnten. Nach Ansicht von Experten/innen können sich 80 Prozent der Pflegebedürftigen heute ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen, und die meisten Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind faktisch unfreiwillig im Pflegeheim.³ Leitbild der Wohnpolitik für ältere Menschen ist deshalb das Ziel, Wohnung und Wohnumfeld so zu gestalten, dass ältere Menschen auch bei gesundheitlichen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt in ihrer Wohnung leben können.

Ausgangssituation und Entwicklungen

In den vergangenen 20 Jahren ist eine Vielfalt von Modellen an Wohnformen für pflegebedürftige und ältere Menschen entstanden. Neben dem Wohnen in der angestammten Wohnung und dem Wohnen in Institutionen, wie Wohn- oder Pflegeheimen, haben sich in den letzten Jahren zunehmend Angebote des selbstständigen Wohnens mit einer bedarfsgerechten Hilfe entwickelt. Dazu gehören integriertes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen, gemeinschaftliches Wohnen (wie selbstorganisierte oder betreute oder beschützte Wohngemeinschaften) oder Pflegewohnungen im Quartier. Trotz einer Vielzahl von Einzelprojekten ist die quantitative Gesamtzahl der Angebote nach wie vor sehr gering. Die Weiterentwicklung dieser Wohnformen zu einem „Normalangebot“ scheitert

¹ BMFSFJ, 1998

² vgl. Kommission für das Älterwerden und Altsein in unserer Gesellschaft

³ Große Anfrage der CDU. Wohnen im Alter in NRW, S.50

bislang daran, dass diese nicht als Regelangebot bei der Infrastrukturplanung, sei es Stadtplanung oder der Planung für die pflegerische Infrastruktur, betrachtet werden. Vielmehr ist die Schaffung dieser Angebote nach wie vor von dem hartnäckigen Engagement einzelner betroffener Menschen oder einzelner Träger, die neue Wege gehen wollen, abhängig. Träger von Heimen, die ihre bestehenden stationären Einrichtungen in Häuser des Wohnens mit Pflege und in überschaubarer Größe wandeln wollen, stehen oft vor systemimmanenten Refinanzierungsproblemen.

Bedeutung der Wohnsituation für ältere und pflegebedürftige Menschen

Die Wohnumwelt und das eigenständige Wohnen bieten drei Benefits, um einer Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.⁴ Hierzu gehören

- Unterstützung in der Lebensführung durch eine Ausstattung der Wohnung, die die körperlichen Beeinträchtigungen kompensieren, z. B. Aufzug, Beseitigung von Türschwellen oder Einbau einer bodengleichen Dusche.
- Aufforderung zu bestimmten Handlungen und Stärkung der Eigeninitiative im Rahmen der täglichen Selbstversorgung und Aktivierungen.
- Beibehaltung von Lebenskontinuität und Selbstwirksamkeit durch Reflektion der individuellen Lebensgeschichte. Hierzu gehört beispielsweise die Möglichkeit in der eigenen Wohnung Möbel, Bilder, Fotos und andere persönliche Gegenstände täglich erfahren zu können.

Die Möglichkeiten, entsprechende Wohnungsanpassungen durchführen zu können, bieten der Bewohnerin oder dem Bewohner die Möglichkeit zu einer aktiveren Rolle und zu einer größeren Eigenständigkeit. Eigenständiges Wohnen hat damit sowohl präventive, rehabilitative als auch humane Motive.⁵

Anforderungen

Die Hauptanforderungen und Weiterentwicklungen für das Wohnen bei Pflegebedürftigkeit und im Alter liegen nicht im Bereich Sonderwohnformen, sondern in der entsprechenden Ausgestaltung "normaler Wohn- und Lebenswelten", um damit ein differenziertes und flexibles Angebot zu schaffen, das auf die individuelle Lebens- und Bedürfnislage der betreffenden Menschen ausgerichtet ist, beziehungsweise flexibel ausgerichtet werden kann. Zukünftig wird es deshalb wichtig sein, neue und zusätzliche Wohn- und Hilfeangebote für pflegebedürftige und/oder ältere Menschen wesentlich stärker im normalen Wohnungsbau zu verankern und Wohnraum für alle Lebenslagen zu schaffen, so dass sie den Bedürfnissen von Alt und Jung gerecht werden. Gerade bei den Umstrukturierungsaufgaben im Wohnungsbestand gilt es Angebote zu schaffen, die in ihrer Wohn- und Nutzungsqualität dem zunehmenden Anteil älterer und pflegebedürftiger Menschen in der Bevölkerung Rechnung tragen.

Hierbei gilt es auch die technischen Hilfsmittel im Haushalt für ältere und pflegebedürftige Menschen zur Unterstützung des selbstständigen Wohnens weiter zu optimieren. Die Wohnungs- und Siedlungsstrukturen sind so zu gestalten, dass sie der Bedürfnislage in jeder

⁴ BMFSFJ, 2001 in: Braubach, 2003

⁵ Kliemke, 1989 in: Braubach, 2003

Lebensphase entsprechen und der sozialen Isolation entgegenwirken bzw. eine Integration fördern. Dabei gilt es, in einem größeren Umfang Wohn- und Pflegeangebote über Kooperationen von Wohnungswirtschaft, sozialen Trägern, Betroffeneninitiativen etc. zu schaffen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Wohninfrastruktur liegt in der Weiterentwicklung der ambulanten Pflege- und Hilfestrukturen. Die Häuslichkeit älterer Menschen hat sich zunehmend als Ort der Dienstleistungserbringung entwickelt. Ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen haben zu unterschiedlichen Hilfesettings in und um die Häuslichkeit älterer Menschen geführt. Der Wunsch nach dem Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit stößt derzeit in der Praxis oftmals noch an Grenzen. Die Grenzen zeigen sich bislang insbesondere bei der Finanzierung pflegeergänzender Dienstleistungen und dem zunehmenden Verlust familiärer und ehrenamtlicher Hilfpotentiale. Probleme bestehen auch in Bezug auf die Qualität und die Koordinierung von verschiedenen Dienstleistungsangeboten.

Bezahlbarer und altengerechter Wohnraum und ambulant entwickelte Dienstleistungsstrukturen sind die Voraussetzungen für einen lebenslangen Verbleib in einer eigenen Wohnung und im vertrauten Wohnumfeld. Auch die Herausbildung neuer Zielgruppen - wie beispielsweise älter werdende und pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten - stellen neue Anforderungen an die Altenhilfe, insbesondere aber auch an eine Weiterentwicklung der Wohn- und Hilfeinfrastruktur, die die spezifischen Belange und Bedürfnisse berücksichtigt.

Die Sachverständigenkommission der Bundesregierung hat im Zweiten Bericht zur Lage der älteren Generation darauf hingewiesen, dass bestehende Wohnungen schneller an altersspezifische Bedürfnisse angepasst werden sollen und weitere rechtliche und sozial verträgliche Voraussetzungen für Um- und Neugestaltungen zu schaffen sind. Außerdem sind Formen des Betreuten Wohnens weiterzuentwickeln und in den "normalen" Wohnungsbau einzugliedern. Bei der Gestaltung vorhandener und neu zu planender Wohnungen muss es gelingen, diese auf die Alltagsressourcen und -kompetenzen von pflegebedürftigen und/oder älteren Menschen auszurichten. Die Wohnwelten und das Umfeld müssen darauf ausgerichtet werden, die Selbstständigkeit und Kompetenz der Menschen zu erhalten und zu fördern. Hierzu gehören die Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung, das barrierefreie Bauen, die Schaffung von Normalwohnformen für Alt und Jung sowie der Auf- und Ausbau von Infrastruktur und Wohnraumanpassungsmaßnahmen, die es älteren und pflegebedürftigen Menschen ermöglicht, in ihrem angestammten Wohnquartier zu verbleiben.

Aufgaben für die Weiterentwicklung der sozialen und pflegerischen Infrastruktur:

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung bei zunehmendem Hilfebedarf müssen die Angebote weiterentwickelt werden. Hierbei gilt es auch, Rahmenbedingungen zu schaffen, die berücksichtigen, dass zukünftig u. a. der Anteil der allein lebenden älteren Menschen weiter steigen wird. Hilfe- und Unterstützungsangebote müssen so gestaltet werden, dass sie unabhängig von dem Vorhandensein pflegender Angehöriger eine Pflege und Begleitung in der eigenen Häuslichkeit sicherstellen können. Dies wird Änderungen sowohl bei den bundespolitischen/gesetzlichen Rahmenbedingungen

als auch bei der pflegerischen und sozialen Arbeit erforderlich machen. Nicht zuletzt der Alterungsprozess der Gesellschaft wird dazu führen, dass die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur und die Wohnsituation älterer und pflegebedürftiger Menschen in den Kommunen und Kreisen ein herausgehobenes Thema sein wird. Aus den Bedürfnissen nach einer Häuslichkeit und Normalität – auch bei Pflege- und Hilfebedürftigkeit – ergeben sich sowohl neue Anforderungen an die Weiterentwicklung der Wohnquartiere, wie auch an die Pflege selbst.

2 Darstellung der Wohnformen

2.1 Entwicklung des Wohnbedarfs älterer und pflegebedürftiger Menschen

Nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes kann davon ausgegangen werden, dass ein sehr großer Teil der Bevölkerung im Jahr 2040, 65 Jahre und älter sein wird. In absoluten Zahlen werden es vorwiegend die jüngeren Alten sein, die bei weitem überwiegen. Die Lebensphase des höheren Alters wird sich in ein höheres kalendarisches Alter verschieben. Das hat zur Folge, dass eine große Zielgruppe, die in Zukunft stärker beachtet werden muss, die Personengruppe zwischen Berufsleben und hohem Alter sein wird. Weiterhin kann prognostiziert werden, dass die so genannte „Feminisierung“ des Alters sich in Zukunft wesentlich abmildern wird. So kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2040 der Frauenanteil bei der älteren Bevölkerung bei ca. 52 Prozent liegen wird, im Gegensatz zum heutigen prozentualen Frauenanteil von 61 Prozent. Auch bei den Hochaltrigen wird der hohe Frauenanteil zurückgehen von 73 Prozent 1995 auf 63 Prozent im Jahr 2040.⁶

Eichener (2004) differenziert Wohnbedarf im Zusammenhang mit den verschiedenen Altersklassen:

1. Die Früruheständler (etwa 55 bis 70 Jahre), die körperlich und geistig aktiv sind: Soziale Altenarbeit für diese Gruppe bedeutet im wesentlichen Freizeitbeschäftigung, Animation, Bildungsangebote für Alte, Förderung von sozialen Kontakten und Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements. Die Wohnbedürfnisse sind in dieser Phase durch Komfort- und Freizeitorientierung geprägt.
2. Die Ruheständler (etwa 70 bis 80 Jahre), die noch relativ selbstständig ihren Lebensalltag bewältigt: Diese Gruppe kann aufgrund ihrer teilweise reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit weniger aktiv auftreten und wird u.U. mit längeren Krankheitsphasen konfrontiert. Die Pflegefallwahrscheinlichkeit liegt allerdings noch unter 5 Prozent. In dieser Gruppe entstehen die ersten Bedarfe für vorpflegerische Hilfeleistungen, die häufig noch Komfortcharakter haben, aber dazu beitragen, eine selbstständige Lebensführung aufrecht erhalten zu können. In dieser Altersgruppe wird dementsprechend Betreutes Wohnen bzw. Service-Wohnen aktuell, die vorpflegerische Hilfen bieten, außerdem infrastrukturelle Angebote der Altenhilfe.
3. Die Gruppe der Hochbetagten (über 80 Jahre), bei denen die Pflegefallwahrscheinlichkeit überproportional ansteigt: In dieser Altersgruppe gewinnt die aufsuchende Betreuung an Bedeutung (z. B. „Essen auf Rädern“), ebenso die ambulante und auch die stationäre Pflege.

Die unterschiedlichen Bedürfnisse in den verschiedenen Lebensphasen und im Lebensalter spielen eine große Rolle in Bezug auf den sich weiterentwickelnden Bedarf nach

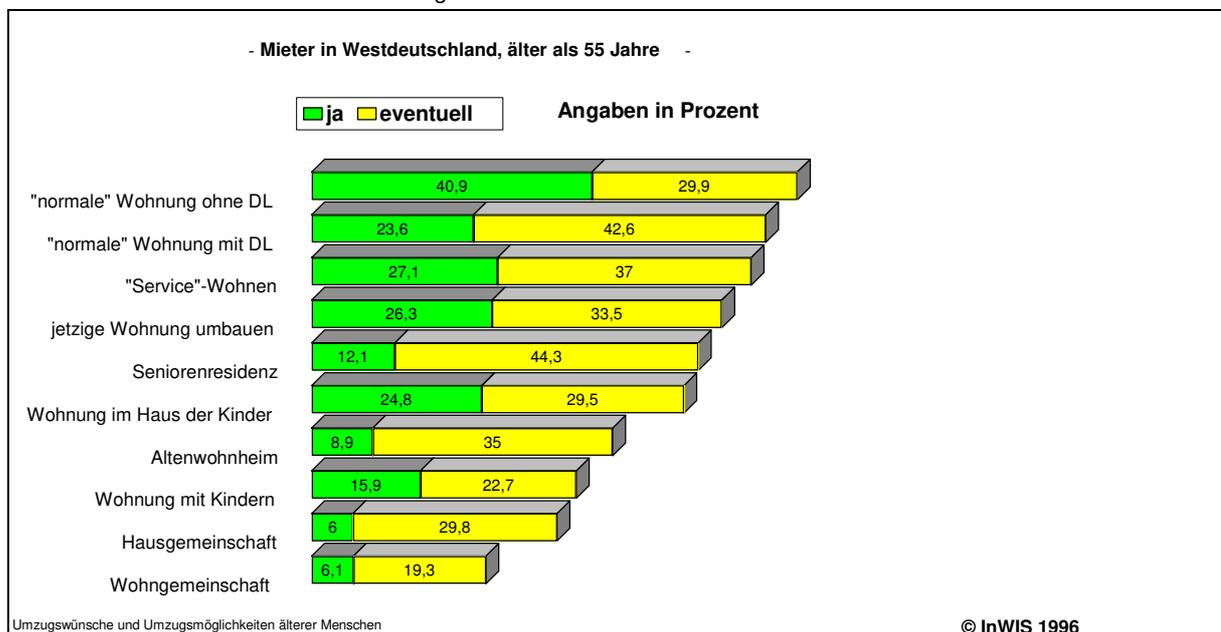
⁶ vgl. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter 1998

entsprechenden Wohnformen. Bezogen auf die Darstellung unterschiedlicher Wohnformen und die notwendigen Empfehlungen für eine Weiterentwicklung in der Schaffung von altersgerechtem Wohnraum, müssen die Bedürfnislagen und die Bedarfe der einzelnen Personengruppen beachtet werden. Eine Veränderung der Wohnwünsche tritt besonders bei denjenigen Personen auf, die sich in der nachberuflichen Phase befinden, deren Kinder mittlerweile aus dem Haus sind und die in guten wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Hier gibt es eine Präferenz für komfortables, freizeitorientiertes Wohnen im suburbanen Raum. Ein Risiko besteht allerdings dadurch, dass gerade bei Umzügen in den suburbanen Raum Versorgungsprobleme im hohen Alter vorprogrammiert sind. Die Chance liegt darin, dass die in dieser Lebensphase auftretende Wohnmobilität dazu genutzt werden könnte, vorsorgend eine altersgerechte Wohnsituation aufzubauen.

2.2 Wohnwünsche und Wohnmobilität alter Menschen

In einer bundesweiten Repräsentativbefragung von über 1000 älteren Menschen, die im Auftrag der Schader-Stiftung⁷ und des Bundesbauministeriums durchgeführt wurde, haben Heinze et al. (1997) nach vorstellbaren Wohnformen für das Alter gefragt. Auch der Bericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Bertelsmann Stiftung vom August 2003 nennt diese Studie als zentrale Referenz für die aktuellen Erwartungshaltungen an das Wohnen im Alter.⁸

Abbildung 1: Vorstellbare Wohnformen für das Alter



Quelle: Eichener 2004: 26

In dieser Studie wurde von den Befragten die normale Wohnung ohne begleitende Dienstleistungsangebote an erster Stelle als die vorstellbarste Wohnform für das Alter genannt. Dies ist nicht überraschend, denn erstens ist das die vorwiegend bekannteste Wohnform und zweitens war die befragte Zielgruppe – ab 55 Jahren – noch relativ jung und

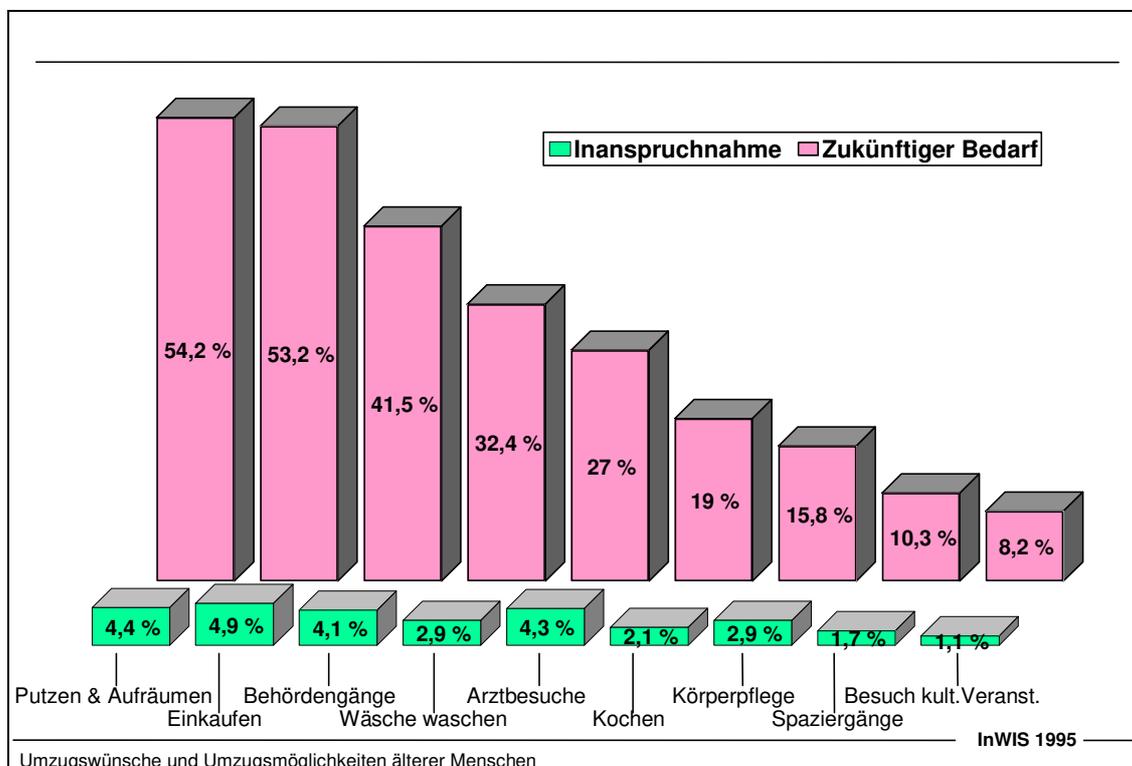
⁷ Heinze et al. 1997

⁸ Kremer-Preiß & Stolarz, 2003

vielfach von der Betreuungsbedürftigkeit weit entfernt. Das auffällige Ergebnis ist, dass Formen des Service-Wohnens, nämlich eine normale Wohnung mit integriertem Dienstleistungsangebot bereits an zweiter und dritter Stelle genannt werden. Die Wohnungsanpassung folgt an vierter Stelle. Danach wird die Seniorenresidenz genannt, wobei vielen Befragten bewusst ist, dass sie Schwierigkeiten haben würden, solche hotelähnlichen Anlagen zu finanzieren. Die Wohnung im Haus der Kinder liegt keineswegs auf den vorderen Rängen, und das Altenwohnheim wird heute nur noch von einer geringen Zahl älterer Menschen - knapp 9 Prozent - akzeptiert. Gleichfalls rechnen allerdings viele Befragte damit, möglicherweise später keine andere Alternative zu haben. Kollektive Wohnformen wie die Hausgemeinschaft und die Wohngemeinschaft, die in den letzten Jahren intensiver diskutiert worden sind, spielen in Deutschland erst eine untergeordnete Rolle.

Ergebnis der Studien: Die älteren Menschen möchten, auch wenn erste körperliche und/oder geistige Einschränkungen auftreten, so lange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt wohnen. Die vollständig ausgestattete, abgeschlossene Wohnung mit einem ergänzenden Betreuungs- und Dienstleistungsangebot wird eindeutig präferiert. Der nachwachsenden Generation der Älteren ist bewusst, dass sie später einmal auf Hilfs- und Betreuungsleistungen angewiesen sein wird. Von den 55- bis 75jährigen gaben 8 Prozent an, derzeit Hilfeleistungen im Alltag in Anspruch zu nehmen. Über 90 Prozent der gleichen Gruppe rechnen jedoch damit, in Zukunft auf Hilfeleistungen angewiesen zu sein.

Abbildung 2: Inanspruchnahme und subjektiv eingeschätzter zukünftiger Bedarf an Hilfen



Quelle: Eichener 2004: 27

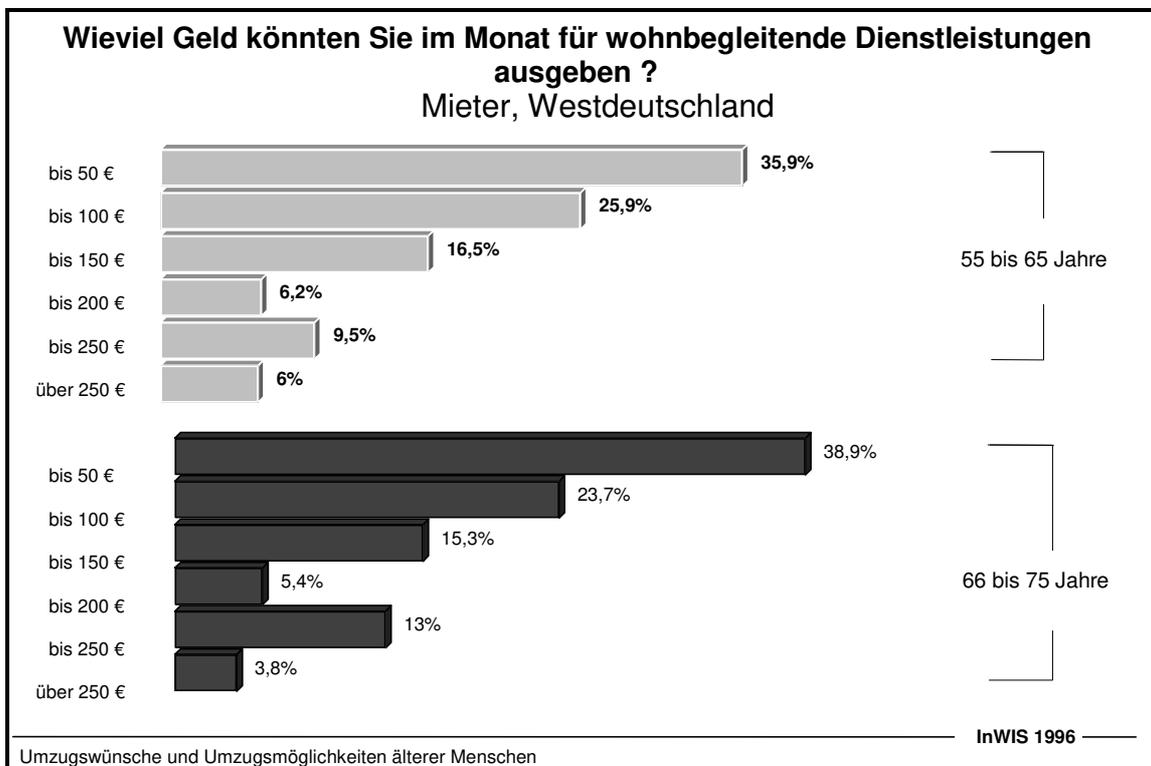
Die vorstehende Abbildung stellt die gegenwärtige Inanspruchnahme und den zukünftigen Bedarf an Hilfeleistungen differenziert gegenüber. In dieser Gegenüberstellung wird deutlich,

dass vor allem der Bedarf an vorpflegerischen und wohnbegleitenden Dienstleistungen immens ansteigen wird. Es sind gerade solche Dienstleistungen, wie Putzen, Einkaufen, Behördengänge etc, die die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung in der eigenen Wohnung ermöglichen, wenn erste körperliche oder geistige Einschränkungen eintreten. Solche vorpflegerischen Hilfen machen dann einen Umzug in die stationäre Pflege häufig überflüssig.

Die Mehrzahl der Hilfeleistungen erfolgt durch Kinder, Ehepartner, Verwandte, Freunde, aber auch mit 25 Prozent zu einem beträchtlichen Teil durch Nachbarn. Professionelle soziale Dienste werden von 11 Prozent, Pflegestationen von 10 Prozent und private Dienste von 4 Prozent in Anspruch genommen. Über ein Viertel der Befragten ist ohne weiteres dazu bereit, für wohnbegleitende Dienstleistungen Geld zu zahlen, über 70 Prozent können sich dies zumindest vorstellen, wenn es notwendig sein sollte.

Es bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Altersgruppen bezogen auf die Bereitschaft, Geld für professionell erbrachte Dienstleistungen auszugeben. Dies deckt sich mit Befunden anderer Untersuchungen. Unter den jüngeren Älteren wächst das Bewusstsein, dass die Familie nicht mehr in der Lage ist, die Betreuung im Alter zu übernehmen und dass man auf professionelle Dienste angewiesen sein wird, für die man im wachsenden Maße aber auch bereit ist Geld auszugeben.

Abbildung 3: Bereitschaft zu Ausgaben für wohnbegleitende Dienstleistungen



Quelle: Eichener 2004: 29

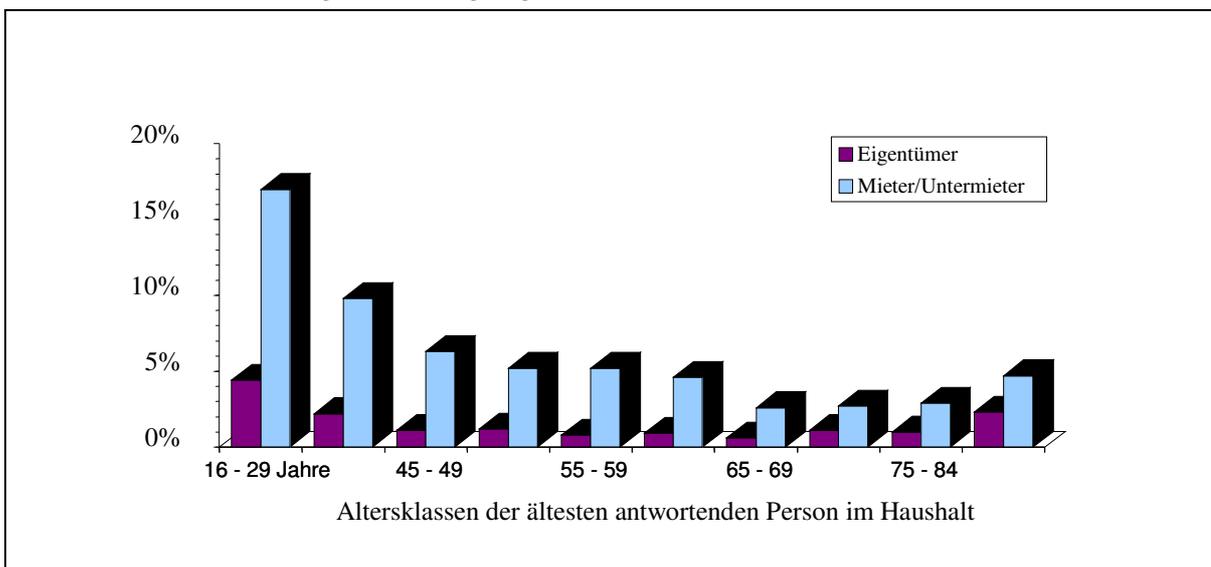
Bei den Beträgen, die für wohnbegleitende Dienstleistungen aufgewandt werden können, zeigen sich einerseits durchaus beachtliche ökonomische Potentiale, wenn immerhin fast 40 Prozent über 100 € pro Monat ausgeben könnten. Andererseits gibt es aber auch eine große Gruppe, die nur bis zu 50 € pro Monat ausgeben kann. Wohnbegleitende Dienstleistungen

bzw. Service-Wohnen für diese Gruppe anbieten zu können, ist die zentrale Herausforderung, mit der das altersgerechte Wohnen konfrontiert ist.

Ein großer Teil der altersgerechten Wohnformen, insbesondere das betreute Wohnen/Service-Wohnen, setzt einen Umzug im hohen Alter voraus. Das durchschnittliche Einzugsalter in das Betreute Wohnen liegt bei 78 Jahren. Ältere Menschen sind jedoch nicht bereit, noch einmal umzuziehen. Nach einer Untersuchung von Friedrich⁹ ist die Mobilität Älterer dreimal geringer als bei jüngeren Haushalten. Die Umzugsquote bei jüngeren Haushalten lag seinerzeit bei ca. 7 Prozent per anno. Im Schnitt wechselt ein Haushalt alle 14 Jahre einmal seinen Wohnsitz. Die Umzugsquote bei älteren Haushalten beträgt im Durchschnitt 2,5 Prozent p. a., wobei die Quote bei den Mietern mit 3,6 Prozent p. a. deutlich höher ist als bei Eigentümerhaushalten mit rund 1 Prozent.

Bei den Einpersonenhaushalten sinkt zudem die Umzugswahrscheinlichkeit mit dem Alter zunächst und steigt erst ab dem 75. Lebensjahr wieder an - ein Effekt der „Notumzüge“ bei eintretender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in Pflegeheime. Einer sekundärstatistischen Auswertung des SOEP zufolge ziehen nur 1 Prozent der Eigentümer – und 3,6 Prozent der Mieterhaushalte über 55 Jahren per anno noch einmal um. Die Wahrscheinlichkeit für einen heute 55-Jährigen eines Ein- oder Zweipersonenhaushalts, bis zum Alter von 75 Jahren noch mindestens einmal umzuziehen, liegt bei erstaunlichen 52,23 Prozent.

Abbildung 4: Anteil umgezogener Haushalte nach Alter und Wohnstatus



Quelle: vgl. SOEP, gepoolter Längsschnitt 1984-1994 (n=47211) in: Eichener 2004.: 30

2.3 Wohnformen im Alter - eine Übersicht

Von den über 65-jährigen Deutschen leben bundesweit ca. 93 Prozent in privaten Haushalten, ca. 5 Prozent in Heimen und knapp 2 Prozent in Altenwohnungen. Nach Schätzungen leben bundesweit zur Zeit 2 Prozent der über 65-Jährigen in Angeboten des „neuen“ Wohnens.

⁹ Friedrich 1993

Von den rund 460.000 pflegebedürftigen Menschen in NRW leben 323.000 in der eigenen Häuslichkeit und werden dort pflegerisch von Angehörigen oder einem Pflegedienst betreut. 92.000 Menschen nehmen professionelle Pflegedienste für die Pflege nach SGB XI in Anspruch. Das sind rund 3 Prozent der über 65-Jährigen in NRW.

Die Zahl der älteren Menschen, die in alternativen Wohnformen leben, wird bundesweit bis auf 250.000 geschätzt. Es wird davon ausgegangen, dass hiervon bis zu 230.000 Personen im Betreuten Wohnen, ca. 8.000 in Angeboten des gemeinschaftlichen Wohnens und ca. 1.000 in betreuten Wohngemeinschaften wohnen.¹⁰ Zahlen zu den alternativen Wohnprojekten liegen für NRW ausgewiesen noch nicht vor.

Rund 140.000 Pflegebedürftige - 5 Prozent der über 60-Jährigen - leben in NRW in stationären Einrichtungen. Dies entspricht dem Bundesdurchschnitt. Bei den Personen die nach dem SGB XI pflegebedürftig sind, beträgt der Anteil 29 Prozent.

Tabelle: Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Alter und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht

----- Alter	Stationär			Ambulant/ Pflegegeldempfänger Pflege zu Hause		
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
unter 60 Jahren	2.539	2.017	4.556	31.770	27.641	59.411
Über 60 Jahren	24.144	106.752	130.896	84.557	179.951	264.508
Insgesamt	26.683	108.769	135.452	116.327	207.592	323.919

Quelle: Pflegestatistik 2001

Das Wohnangebot für ältere Menschen hat sich in den vergangenen zehn Jahren verändert. Die Wahlmöglichkeiten, im Alter „zu Hause“ zu bleiben oder in eine der traditionellen Sonderwohnformen wie z. B. das Heim oder eine Altenwohnung umzuziehen, haben sich durch ein breites Spektrum an zusätzlichen Wohnangeboten bzw. -alternativen für Senioren erheblich erweitert. Auch die Möglichkeiten, das eigene Zuhause altersgerecht zu gestalten, sind in den vergangenen Jahren verbessert worden. Eine Typisierung der Wohnformen kann nach unterschiedlichen Gesichtspunkten erfolgen. Während Eichener (2004) eine Einteilung nach bautechnischen Aspekten und nach Dienstleistungsaspekten vornimmt, nennt der zweite Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung¹¹ vier Kategorien von Wohnformen, an denen sich die folgende Darstellung orientiert: Normale Wohnung, Betreutes Wohnen, Wohnen im Wandel (Neue Wohnformen) und Sonderwohnformen.

2.3.1 Normale Wohnung

Die **Normalwohnung** ist in der Regel nicht altersgerecht ausgestattet, kann aber mit ambulanten Diensten versorgt werden. Sie ist häufig nur über Treppen und Stufen zu erreichen und ist auch im Inneren oft mit Barrieren („Stolperkanten“) versehen. Insbesondere

¹⁰ Kremer-Preiß & Stolarz, 2003

¹¹ BMG, 1998

in Altbauwohnungen sind an vielen Stellen, namentlich in den besonders unfallgefährdeten Badezimmern, die Bewegungsflächen zu klein und die Türbreiten zu gering. Es fehlen Haltegriffe, Bodenbeläge sind häufig rutschig, Installationen (wie Spiegel, Toilettensitze etc.) sind teilweise schlecht zu erreichen und zu bedienen. Kritisch ist vielfach auch die als mangelhaft empfundene Sicherheit.

Altersgerecht angepasste Wohnungen sind Bestandswohnungen, die bei besonders kritischen Punkten individuell an die Bedarfe der Bewohner angepasst werden. Ergänzende Dienstleistungen werden – je nach Hilfenotwendigkeit oder Bedürfnissen – ambulant organisiert. Die Standards der Barrierefreiheit dienen als Orientierung, und die Wohnungsanpassung wird durch die öffentlich geförderte Wohnberatung unterstützt. Die vertraute Wohnung des älteren Menschen soll so umgebaut oder umgestaltet werden, dass möglichst keine Barrieren oder sonstigen Gefahrenquellen die Nutzung einschränken. Durch eine angepasste Wohnung kann häufig eine selbstständige Lebensführung im Alter erhalten bleiben. Für eine derartige individuelle Wohnungsanpassung ist oft eine Wohnberatung erforderlich. Im Unterschied dazu werden bei einer sog. strukturellen Anpassung die Wohnungen einer oder mehrerer Wohngebäude im Zusammenhang angepasst.¹²

Barrierefreie Wohnungen: Hier werden Wohnungen im Bestand – überwiegend aber neu errichtete Wohnungen – so gestaltet, dass ihrer Nutzung keine Hindernisse oder Barrieren für ältere oder behinderte Menschen entgegen stehen. Die Standards des barrierefreien Bauens sind in der DIN-Norm 18025 Teil 1 und Teil 2 festgeschrieben und umfassen im wesentlichen Empfehlungen zu den notwendigen Bewegungsflächen, zur Vermeidung von Stufen und Schwellen beim Zugang zur und innerhalb der Wohnung sowie notwendige Türbreiten und Höhen von Bedienungselementen. Teil 2 der DIN 18 025 setzt deutlich niedrigere Standards als Teil 1 sie an Anforderungen für behindertengerechte Wohnungen aufstellt. Beispielsweise sind Wohnungen nach Teil 1 mit Elektrorollstühlen befahrbar, während Teil 2 lediglich auf normale Rollstühle ausgerichtet ist. DIN 18 025 Teil 2 hat sich rasch nach ihrer Einführung zum Standard für altersgerechtes Bauen entwickelt, der bei Neubauten Mehrkosten in einer Größenordnung von rd. 5 Prozent erfordert. Barrierefreie Wohnungen lösen nach und nach die speziell für ältere Menschen gestalteten Altenwohnungen ab. Es wird auch der Begriff altersgerechtes Wohnen verwandt

Die **(reine) Altenwohnung** ist eine Wohnung, die zwar in baulich-technischer Hinsicht altersgerecht und in der Regel dementsprechend gefördert worden ist, aber nur ambulante Dienstleistungen bietet.¹³ Es handelt sich um Miet- oder Genossenschaftswohnungen, die nach Art, Lage, Größe (40-60 qm, Ein- oder Zweipersonenhaushalt) und Ausstattung für ältere Menschen (über 60 Jahre) bestimmt sind. Gefördert wurden eingestreute Altenwohnungen, in einem Altenwohnhaus zusammengefasste sowie heimverbundene Altenwohnungen mit räumlicher Nähe zu einem Alten- oder Pflegeheim. Außerdem erhielten altengerechte Wohnungen in landwirtschaftlichen Betrieben unter Nutzung vorhandener Baussubstanz Fördergelder.¹⁴ Bis 1988 war im jährlich aufgestellten Wohnungsbauprogramm ein Kontingent für Altenwohnungen vorgesehen. Ab 1989 entschieden die Kommunen und Kreise eigenständig über die Zahl an entsprechenden

¹² Kremer-Preiß & Stolarz, (2003)

¹³ Eichener, (2004)

¹⁴ vgl. 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen

Wohnungen aus dem ihnen zugeteilten Kontingent aus dem Wohnungsbauförderungsprogramm. Die Förderung spezieller Altenwohnungen wurde schließlich zu Gunsten des barrierefreien Bauens im geförderten Wohnungsbau eingestellt. Seit 2000 ist das barrierefreie Wohnen in der Landesbauordnung verankert.

2.3.2 Wohnen mit Betreuung zu Hause

Ein weiteres Angebot stellt das Betreute Wohnen zu Hause dar. Wesentliches Merkmal bei Projekten des „Betreuten Wohnens zu Hause“¹⁵ ist, dass die älteren Menschen in ihrer angestammten Wohnumgebung bleiben können. Sie schließen mit ambulanten Diensten, einer Sozialstation, einem Betreuungsverein oder einer Beratungsstelle einen Betreuungsvertrag und erhalten regelmäßig Betreuungsleistungen in ihrer Wohnung. Der Betreuungsvertrag umfasst neben allgemeinen Informations- und Beratungsleistungen vor allem einen regelmäßigen Hausbesuch. Hierdurch sollen weitere Hilfebedarfe besser eingeschätzt und entsprechende Hilfemaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.¹⁶ Es gibt Bemühungen der Wohnungswirtschaft, Betreuungsleistungen für ihre älteren Mieter anzubieten, wie sie sonst nur in betreuten Wohnanlagen zur Verfügung stehen. Hier werden jedoch in der Regel keine gesonderten Betreuungsverträge zwischen den Senioren und den Dienstleistern abgeschlossen. Die Finanzierung der Beratungsleistungen wird über Mitgliedsbeiträge oder über die Mietnebenkosten durch alle Mieter mitfinanziert.¹⁷

2.3.3 Betreutes Wohnen

Das **betreute Wohnen bzw. Service-Wohnen**,¹⁸ bietet selbstständiges Wohnen in abgeschlossenen, altersgerecht ausgestatteten Wohnungen, die sich häufig in Wohnanlagen befinden und zusätzliche Gemeinschaftseinrichtungen und integrierte Betreuungsangebote bieten. Hier werden in sehr unterschiedlicher Form altersgerechte Wohnangebote und Betreuungsleistungen miteinander gekoppelt. Im Idealfall mietet die Bewohnerin oder der Bewohner eine zentral gelegene barrierefreie und altengerechte Wohnung. Sie zeichnet sich durch Gewährleistung von Versorgungssicherheit bei gleichzeitiger selbstständiger Lebens- und Haushaltsführung aus. In Großstädten hat sich dieses Wohnkonzept eher etabliert als in ländlichen Regionen.¹⁹ Die Wohnprojekte differieren nach Angebot mit unterschiedlichen Leistungen und Qualität. Das Basisangebot an Betreuung umfasst in der Regel Beratungs- und Informationsleistungen sowie die Notrufsicherung. Zusätzlich werden Wahlleistungen – wie Mahlzeiten, Reinigungs- und Pflegeleistungen – angeboten, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können und extra bezahlt werden müssen. Pflege ist in den meisten Fällen kein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes. Die Leistungsgrenzen werden von den Einrichtungen sehr deutlich definiert. Typische Leistungsbestandteile betreuter

¹⁵ auch „Betreutes Wohnen im Quartier“, „Betreutes Wohnen im Bestand“, „Betreutes Wohnen ohne Umzug“ oder „Dezentrales Betreutes Wohnen“

¹⁶ Kremer-Preiß & Stolarz, (003)

¹⁷ Kremer-Preiß & Stolarz, (2003)

¹⁸ Die Begriffe werden heute synonym verwandt. „Service-Wohnen“ gilt als modernerer Begriff, der die Selbstständigkeit der Bewohner stärker betont.

¹⁹ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz, (2003), S.73.

Wohneinrichtungen sind individuelle Einzelfallbetreuung, wie Beratungs-, Informations-, Organisations-, und Vermittlungsleistungen. Zusätzlich zu dieser individuellen Einzelfallbetreuung bieten viele Einrichtungen weitere Dienstleistungspakete an. Zu den Standardleistungen gehören hier soziale Betreuung und Freizeitangebote und die Notrufsicherung. Weitere Wahlleistungen sind beispielsweise kleine technische Hilfen, hauswirtschaftliche Hilfen, wie Essendienste, Reinigungsdienste, Wäschedienste, aber auch pflegerische Hilfen und Fahrdienste.

Rechtlich unklar ist, ob die betreuten Wohnformen nur unter die Schutzbestimmungen des Mietrechts bzw. Wohneigentums fallen oder ob es Altenhilfeeinrichtungen sind, die sich an den Bestimmungen des Heimgesetzes zu orientieren haben. Von den meisten Betreibern werden die betreuten Wohneinrichtungen als ganz normale Wohnungen eingestuft, so dass sie zumeist nicht dem Heimgesetz unterliegen. Die Betreiber schließen in der Regel mit den Bewohnern einen Miet- und einen Betreuungsvertrag ab, in dem die Leistungsansprüche geregelt sind. Beide Verträge werden rechtlich aneinander gekoppelt, d. h., der eine Vertrag kann nicht ohne den anderen Vertrag aufgelöst werden. Eine Behandlung nach dem Heimgesetz ist dann notwendig, wenn zur Sicherstellung der Betreuungsleistung Kooperationsverträge mit Betreuungsgebern unterhalten werden, so dass die Bewohner verpflichtet sind, die Betreuungsleistungen von einem Dienstleister abzunehmen.²⁰ Unterschiede existieren nicht nur in Bezug auf die unterschiedlichen Leistungsangebote, sondern auch bezogen auf die Finanzierung und die Kosten.²¹

Die ungenaue Definition, welche Leistungen eine betreute Wohneinrichtung umfassen muss, hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass es immer wieder rechtliche Unklarheiten gab. Lange juristische Auseinandersetzungen hat es über die Frage gegeben, wo die Einrichtungen des betreuten Seniorenwohnens sozial- und ordnungsrechtlich zu verorten sind. Sind betreute Wohneinrichtungen normale Wohnungen, die unter die Schutzbestimmungen des Mietrechtes/des Wohneigentumsgesetzes fallen, oder sind es Altenhilfeeinrichtungen, die unter die Bestimmungen des Heimgesetzes fallen? ²² In der Konzeption des Betreuten Wohnens wird davon ausgegangen, dass durch dieses Wohnangebot Heimunterbringungen ganz verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Bereits zum Zeitpunkt des Einzugs in Betreutes Wohnen haben viele Bewohner einen angeschlagenen Gesundheitszustand. Altersstruktur und Hilfebedarf scheinen beim Betreuten Wohnen zurzeit der klassischen Wohnbevölkerung des ehemaligen Altenheims zu entsprechen. Durch die Unklarheit in der Definition von Betreutem Wohnen kam es in der Vergangenheit dazu, dass eine Reihe von Einrichtungen und Angebote entstanden sind, die am Bedarf der älteren Menschen vorbei geplant wurden. Teilweise wurden auch Leistungen versprochen, die nicht gehalten und zu völlig überhöhten Preisen angeboten wurden. Das hat zu einer breiten Diskussion über mögliche und notwendige Qualitätsstandards für Betreutes Wohnen geführt. In einigen Bundesländern wurden Qualitätssiegel konzipiert. In Nordrhein-Westfalen sind mittlerweile Standards für ein Qualitätssiegel entwickelt worden.

Wohnresidenzen bzw. Wohnstifte sind hochpreisige (ab 2.000 Euro pro Monat), luxuriöse betreute Wohnanlagen mit hotelähnlichem Service. Auch bei diesem Wohnkonzept sind

²⁰ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz, (2003), S.93.

²¹ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz, (2003), S.89.

²² BIVA, 1999; Klie (2001).

Wohn- und Betreuungsangebote aneinander gekoppelt. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben eine eigene abgeschlossene Wohnung in einer Wohnanlage. Im Unterschied zum oben dargestellten Betreuten Wohnen sind sie verpflichtet, nicht nur Betreuungsleistungen, sondern weitere Dienstleistungen, wie z. B. die Versorgung mit Mahlzeiten oder Reinigung der Wohnung, abzunehmen. Die vertraglichen Vereinbarungen sowie die Betreuung und Pflege sind so geregelt wie in einem Alten- und Pflegeheim und unterliegen dem Heimgesetz. Es wird jedoch eine Vielzahl von zusätzlichen Leistungen angeboten. Insgesamt handelt es sich hierbei um einen Alterswohnsitz für gehobene Ansprüche.

2.3.4 Wohnformen im Wandel (Neue Wohnformen)

Selbstorganisierte und gemeinschaftliche Wohnprojekte

Gemeinschaftliche Wohnprojekte, die das Ziel selbstbestimmt zu leben und zu wohnen haben, haben sich in den letzten 20 bis 30 Jahren als Wohnform für ältere Menschen entwickelt. Die Bewohnerinnen und Bewohner bestimmen selbst, wie sie wohnen und leben möchten. Vielfach werden solche Wohnprojekte deshalb auch selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen genannt. Diese Selbstorganisation bezieht sich in den meisten Fällen nicht nur auf die Gestaltung eines gemeinsamen Alltags, sondern auch auf die Planung des Wohnprojektes. Alle BewohnerInnen haben ihren eigenen Wohnbereich. Bei Bedarf werden ambulante Dienste wie im „normalen“ Wohnen in Anspruch genommen. Ein gewisses Maß an Gemeinschaftsleben ist zwar Bestandteil aller Wohnformen für ältere Menschen, angefangen von Anlagen des Betreuten Wohnens bis zum traditionellen Pflegeheim. In beiden Wohnformen ist aber die Gemeinschaft eher ein Nebenprodukt des Zusammenwohnens älterer Menschen in einem Gebäude oder einer Wohnanlage. Auch im Unterschied zu betreuten Wohngemeinschaften und KDA-Hausgemeinschaften, bei denen das gemeinschaftliche Zusammenleben wesentlicher Bestandteil des Betreuungskonzeptes ist, ist die Gemeinschaft in selbstverwalteten Wohngemeinschaften eher aus einer Notlage heraus gewählt worden. Gemeinschaftliche Wohnprojekte charakterisieren u. a. die besondere Qualität des Zusammenlebens, die Verwirklichung gemeinschaftlicher Baukonzepte, die Mitwirkung der Bewohner bei der Projektentwicklung, das Selbstverständnis gegenseitiger Hilfe und die Integration in umgebende Wohnquartiere.²³

Integriertes Wohnen

In integrierten Wohnformen leben verschiedene Bewohnergruppen meist in größeren Wohnkomplexen zusammen, die von speziellen Trägern initiiert und nicht von den Bewohnern selbst ins Leben gerufen werden. Hier wird das Ziel verfolgt, nachbarschaftliche Hilfen zwischen verschiedenen Generationen (Mehrgenerationenwohnen) und Bewohnergruppen mit unterschiedlichen Bedarfslagen zu verbessern. Der Austausch gegenseitiger Unterstützungsmaßnahmen soll das Leben mit den jeweiligen gruppenspezifischen Handicaps erleichtern und Vereinsamungstendenzen entgegenwirken. Um das gemeinschaftliche Zusammenleben zu fördern, gibt es Begegnungsräume und teilweise Unterstützung durch Fachpersonal.

²³ MFJFG, 1999.

Mehrgenerationenwohnen

Hierbei handelt es sich um Service-Wohnen, das nicht auf alte Menschen fokussiert ist, sondern wo alte und junge Menschen miteinander wohnen. Die Dienstleistungen können rein auf Gegenseitigkeit oder wie beim Service-Wohnen, professionell organisiert sein.²⁴ Zusätzlich zu den dargestellten Kategorien ist es möglich, Kategorien von Wohnformen aufzuzeigen, die darüber hinausgehen bzw. mehrere Komponenten aus diesen Kategorien miteinander verbinden. Beispiele aus der Praxis haben zum großen Teil Projektcharakter und es ist schwierig, Aussagen zur Quantität zu treffen. Ursprünglich wurde der Begriff Mehrgenerationenwohnen vor allem für Wohngebäude verwandt, in denen mehrere Generationen einer Familie in jeweils eigenen Wohnungen in räumlicher Nähe zusammen wohnten. Inzwischen wird dieser Begriff ebenso für das nicht-familiäre Zusammenwohnen eingesetzt, bei dem neben verwandtschaftlich verbundenen Haushalten auch befreundete oder nachbarschaftlich verbundene Haushalte zusammen wohnen.

In NRW gibt es derzeit rd. 50 fertig gestellte Wohnprojekte für Alt und Jung, weitere 38 sind in Planung oder bereits im Bau. Es handelt sich um Haus-, Wohn- und Siedlungsgemeinschaften mit mehr oder weniger Betreuung. Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung sind in den letzten Jahren auch einige Wohnungsbauprojekte zum Mehrgenerationenwohnen gefördert worden. Hierzu gibt es seit Jahren ein Förderangebot in den Wohnraumförderungsbestimmungen für einen Gemeinschaftsraum in Wohnanlagen mit mehr als 20 Wohneinheiten. Insbesondere für ältere Menschen ist das Angebot zum gemeinschaftlichen Wohnen in kleineren Wohngruppen nach einer Experimentierphase im Jahre 2003 mit den Wohnraumförderungsbestimmungen des Jahres 2004 deutlich ausgebaut worden.

Altendorf

Beim Modell Altendorf werden auf einem separaten Areal altersgerechte Wohnmöglichkeiten nur für ältere Menschen geschaffen. Ein auf die Bedarfslagen der Senioren abgestimmtes Betreuungs- und Freizeitangebot ist im Wohnbereich verfügbar, so dass auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kein weiterer Ortswechsel erforderlich ist. Nach diesem Prinzip arbeiten die amerikanischen „sun cities“ bzw. „sun-belts“. Hier leben ältere Menschen ganz unter sich und gehen ihren Freizeitbeschäftigungen und ehrenamtlichen Tätigkeiten nach. Diese Rentnerstädte in Amerika werden eher von rüstigen und aktiven Älteren dominiert, während hilfe- und pflegebedürftige Menschen weitgehend verdrängt und ausgegrenzt werden.²⁵

Betreute Wohngemeinschaften

Die Betreuten Wohngemeinschaften bestehen aus einer kleinen Gruppe pflege- bzw. hilfebedürftiger älterer Menschen, die in einer Wohnung oder in einem Haus zusammen leben. Jeder Bewohner, jede Bewohnerin hat einen eigenen Wohn-/Schlafbereich. Das Alltagsleben findet weitgehend in einem oder mehreren Gemeinschaftsräumen und einer dazugehörigen Küche statt. Die Betreuung wird stundenweise oder rund um die Uhr durch Betreuungspersonal sichergestellt, das die Haushaltsführung und die Organisation des Gruppenlebens je nach Bedarf unterstützt oder übernimmt. Weitere individuelle Hilfe- und Pflegeleistungen werden durch ambulante Dienste erbracht. Diese wohngruppenorientierte

²⁴ vgl. Eichener 2004, S.13ff.

²⁵ Kremer-Preiß & Stolarz, 2003.

Betreuungsform wird in der Regel im Rahmen der ambulanten Versorgung praktiziert und unterliegt nicht dem Heimrecht.²⁶

KDA-Hausgemeinschaften

Auch hierbei handelt es sich um eine wohngruppenorientierte, gemeindenahere Betreuungsform für pflegebedürftige ältere Menschen. Sie wurde vom KDA vor allem als Alternative zum traditionellen Pflegeheim entwickelt und wird mehrheitlich im Rahmen der stationären Versorgung praktiziert. In diesem Fall unterliegt sie dem Heimrecht. KDA-Hausgemeinschaften stehen für eine Abkehr vom institutionalisierten, vordergründig auf Pflegequalität ausgerichteten Anstaltsmodell und für eine Hinwendung zu einem den individuellen Lebenswelten pflegebedürftiger Menschen orientiertem Normalitätsprinzip.²⁷ Zentrale Versorgungseinrichtungen werden z. B. zugunsten einer dezentralen Hauswirtschaft abgeschafft, hierarchische Strukturen – auch konzeptionell gewollt unter Einbeziehung von Angehörigen – weitgehend abgebaut. Zur Sicherstellung der Nachtbetreuung werden häufig mehrere solcher kleinen Hausgemeinschaften auf einem Grundstück angeordnet. Überwiegend handelt es sich um Neubauten. Wie bei den betreuten Wohngemeinschaften steht der Wohnalltag in einem Gemeinschaftsraum mit Küche im Mittelpunkt. Die KDA-Hausgemeinschaft wird von einer hauswirtschaftlichen Präsenzkraft unterstützt. Pflegekräfte werden nach Bedarf zusätzlich eingesetzt. Eine Variante ist die Hausgemeinschaft mit Mieterstatus (Typ M), die wie die betreuten Wohngemeinschaften im Rahmen der ambulanten Versorgung betrieben wird.

Siedlungsgemeinschaften

Gemeinschafts- und Hilfeangebote werden für die Bewohner einer bestehenden Siedlung organisiert. Ausgehend von der Erfahrung, dass ganze Siedlungen altern, werden in bestehenden Wohnquartieren, z. T. von Wohnungsbaugesellschaften oder Selbsthilfe-Initiativgruppen, Unterstützungsleistungen für ältere Menschen angeboten und ein Netz von Gemeinschaftsaktivitäten unter allen Bewohnern organisiert. Im Mittelpunkt steht die Förderung des generationsübergreifenden Zusammenlebens und der Nachbarschaftshilfe.

Weitere Wohn- und Betreuungsformen für Seniorinnen & Senioren

Eine eher unbedeutende Wohnform stellt bislang das **virtuelle Altenheim** dar: In Bestandswohnungen wird Betreuung über Multimedia angeboten. Die Idee basiert auf dem Projekt „Haus-Tele-Dienst der Nassauischen Heimstätte“ (Frankfurt am Main). In NRW hat es mit TESS, Bielefeld, einen inzwischen allerdings gescheiterten Versuch gegeben. Ziel des Projektes war es, ältere Menschen beim Verbleib in der eigenen Wohnung mit Hilfe eines erweiterten Dienstleistungs-, Beratungs- und Kommunikationsangebotes zu unterstützen und damit deren Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Ausschlaggebender Grund für das Scheitern war vor allem, dass nicht genügend Teilnehmerinnen und Teilnehmer für einen kostendeckenden Betrieb gefunden worden sind.

Insbesondere für Stadtteile mit ausgewiesenen Einfamilienhausstrukturen aus den 50er, 60er und 70er Jahren sind städtebauliche Gesamtkonzepte für die demographische und

²⁶ Kremer-Preiß & Stolarz, 2003 Für diese Wohnform werden auch Begriffe wie Pflegewohngruppen, Pflegewohnungen oder begleitete Wohngruppen verwendet.

²⁷ BMG, 2002.

soziale Entwicklung im Wohnquartier notwendig. Hier ist eine Generationsmischung nur unzureichend gelungen, nachdem die erwachsen gewordene Kindergeneration selbst eigene Hausstände an anderen Orten gegründet hat und die älteren Menschen oft nur noch alleine die Einfamilienhäuser bewohnen. Deshalb müssen auf diese spezifische Situation ausgerichtete Lösungen angeboten werden, beispielsweise Umzugshilfen, Umzugsmanagement und Wohnungstausch sowie Beratung und Unterstützung bei der Gründung einer Wohn- oder Hausgemeinschaft, der Gestaltung des Eigenheims für gemeinschaftliche Wohnformen und Maßnahmen zur Stärkung der Infrastruktur im Quartier.²⁸

Netzwerke und kleine soziale Netze

Im Wohnungsbestand besteht nicht selten das Problem, dass sich wohnbegleitende Dienstleistungen im notwendigen Umfang nicht finanzieren lassen. Andererseits bietet der Wohnungsbestand die Chance einer gemischten Altersstruktur. Netzwerke im Bestand stellen eine Alternative dar. Sie sind stadtteil- oder interessengruppenbasiert und bieten Betreuungsleistungen nach unterschiedlichen Organisationsformen.²⁹

Die Düsseldorfer Netzwerke sind, ähnlich wie ZWAR³⁰, ein Beispiel für den Zusammenschluss von aktiven Bürgern und Bürgerinnen im (Früh-)Ruhestand auf Stadtteil- oder Stadtbezirksebene. Sie verfolgen das Ziel, auf der Basis von bürgerschaftlichem Engagement Dienstleistungen für Seniorinnen und Senioren im jeweiligen Quartier zu erbringen und gleichzeitig für die eigene dritte Lebensphase ein tragfähiges soziales Netz an Bekanntschaften und Freundschaften aufzubauen und zu erhalten, um soziale Vorsorge für das Alter zu betreiben.

Die Netzwerkarbeit ist u. a. charakterisiert durch:³¹ junge, aktive Vorruheständler und ältere Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren, als Zusammenschluss ohne Rechtsform (z. B. Verein), mit niederschwelligem Zugang, der durch hauptamtliche Mitarbeiter initiiert und begleitet wird. Das Netzwerk ist an einen oder mehrere Träger angegliedert, der/die die notwendigen Ressourcen beispielsweise Räumlichkeiten oder professionelle Begleitung bereitstellen. Man versteht sich als freiwillige Dienstleistungsunternehmen in den jeweiligen Quartieren, dessen Basis ehrenamtliches Engagement mit sozialen und vorpflegerischen Dienstleistungen das Ergebnis ist. Netzwerke stellen einen neuen Typus freiwilliger Tätigkeit, ein modernes ehrenamtliches Engagement dar, bei denen Selbstbestimmung und Selbstorganisation der Seniorinnen und Senioren im Vordergrund steht.

ZWAR steht den Selbsthilfegruppen lediglich beratend mit seiner Infrastruktur zur Seite; auf die Themen- und Arbeitsbereiche, mit denen sich die einzelnen Gruppen beschäftigen, nimmt man keinen Einfluss. Zur Zielgruppe gehören vor allem „bildungsungewohnte“ Menschen, die von den klassischen Bildungseinrichtungen nicht erreicht werden. ZWAR

²⁸ siehe u. a. Krings-Heckemeier (2003).

²⁹ z.B. auf direkter Gegenseitigkeit (z. B. gegenseitige Unterstützung bei Krankheit, gegenseitige Hilfeleistungen), auf indirekter Gegenseitigkeit (Tauschringprinzip) oder auf generationsübergreifender Gegenseitigkeit (jüngere und rüstige helfen älteren und gebrechlichen). Beispiele für solche Netzwerke sind die Düsseldorfer Netzwerke (stadtteilbasiert), Zwischen Arbeit und Ruhestand ZWAR (interessengruppenbasiert), Tauschringe (z. B. in Lünen-Brambauer) oder Seniorengenossenschaften (in Köngen/Baden-Württemberg, in Köln gescheitert).

³⁰ "Zwischen Arbeit und Ruhestand"

³¹ vgl. Eichener (2004, S. 38)

versucht, diesen Menschen eine neue Perspektive zu geben, ohne ihnen dabei ein klassisches Altenhilfeangebot zu unterbreiten und setzt aus diesem Grund auf eine aktive, stadtteilbezogene Strategie.

Über Freiwilligenzentralen bestehen beispielsweise vielfältige Möglichkeiten des freiwilligen Engagements. Dabei ist es wichtig, dass die AnsprechpartnerInnen der Freiwilligenzentralen dafür geschult sind, auch ältere Menschen mit Behinderungen bezüglich freiwilliger Tätigkeiten beraten, vermitteln und weiterbilden zu können. Ein generationsübergreifender Ansatz ist erforderlich, um soziale Netze, Nachbarschaftshilfe und bürgerschaftliches Engagement zu fördern.³² Die Verknüpfung von Altenhilfe mit generationsübergreifenden Angeboten, ist ein Ansatz bei dem mehrere Zielgruppen angesprochen werden. Hierzu gehören hilfebedürftige ältere Menschen, ältere Menschen, die auch ohne Hilfe auskommen sowie auch jüngere Menschen.

Die Entwicklung entsprechender Selbsthilfe- und Nachbarschaftshilfe wird vor allem durch Gemeinschafts- und Freizeitangebote gefördert, die dem Eigeninteresse sowohl der älteren wie auch der jüngeren Bewohnerinnen und Bewohner dienen. Insbesondere Bildungs- und Freizeitangebote, die über das Angebot der herkömmlichen Altentreffs hinausgehen, gehören hierzu. Ein Beispiel hierfür stellt das Nachbarschaftszentrum dar, das von der Wohnungsgenossenschaft „Freie Scholle“ in Bielefeld mit getragen wird. Hier finden generationsübergreifende Angebote, wie z.B. Sprechstunden zur Altenbetreuung, Kindernachmittage, Kaffeetreffs, Angebote zur Fußpflege aber auch Bildungskurse statt.

2.3.5 Alten- und Pflegeheime (Sonderwohnformen)

Alten- oder Pflegeheime bieten unselbstständiges Wohnen mit intensiven Betreuungsmöglichkeiten und stationärer Pflege.³³ Unter stationären Einrichtungen werden sowohl Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie die sog. vollstationären Einrichtungen – die Pflegeheime – subsumiert. Auch stationäre Hospize zählen zu den stationären Einrichtungstypen im Feld der Pflege und Betreuung. Das gleiche gilt für stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Einrichtungsbegriff

In dem für stationäre Einrichtungen relevanten Ordnungs- und Sozialrecht befindet sich kein einheitlich geltender Einrichtungsbegriff. Im Heimgesetz etwa existiert der potentiell weiteste Einrichtungsbegriff, der ggf. auch sog. Einrichtungen des Betreuten Wohnens miteinbeziehen kann, wenn diese die im Übrigen höchst unklar geregelten Voraussetzungen des § 1 Abs. 2 HeimG, die zur Nichtanwendbarkeit des Heimgesetzes führen sollen, nicht erfüllen.³⁴ Der Einrichtungsbegriff des Heimgesetzes dient dazu, Einrichtungen insbesondere stationärer Art zu identifizieren, in denen potentiell Interessen und Bedürfnisse von Heimbewohnern beeinträchtigt werden könnten und diese des besonderen Schutzes durch staatliche Aufsichtsinstanzen bedürfen.

³² vgl. Kremer-Preiß & Stolarz (2003, S.137).

³³ Eichener, 2004

³⁴ vgl. ausführlich zur heimrechtlichen Problematik des Betreuten Wohnens : Klie 2001a.

Anders der Einrichtungsbegriff im BSHG bzw. SGB XII, der im wesentlichen die Kostenträgerzuständigkeit des örtlichen/überörtlichen Trägers markiert. Hier können als Einrichtungen auch Altenheime und Behindertenheime fungieren, wenn den dort lebenden Personen neben der Hilfe zum Lebensunterhalt auch andere Hilfen in besonderen Lebenslagen gewissermaßen aus einer Hand angeboten und diese auch von einem Träger verantwortet werden. Es können auch ausgelagerte Wohngemeinschaften von Behinderten- und Pflegeheimen dazu zählen. Durch die Einführung des § 69 Satz 3 BSHG hat der Einrichtungsbegriff des BSHG eine leistungseinschränkende Funktion erhalten. Danach erhält der, der in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung lebt oder dort versorgt wird, keine Hilfen zur häuslichen Pflege.

Den engsten Begriff stationärer Einrichtungen kennt das SGB XI. Hier fallen Kurzzeitpflegeeinrichtungen und vollstationäre Pflegeeinrichtungen unter den Einrichtungsbegriff im Sinne von stationären Einrichtungen, §§ 42, 43 SGB XI. Andernorts, insbesondere in ordnungsrechtlichen Vorschriften, findet sich ein wiederum spezifischer Einrichtungsbegriff, etwa im Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, im Infektionsschutzgesetz und im landesrechtlichen Brandschutzrecht. Gerade für Einrichtungen, die sich konzeptionell zwischen ambulant und stationär ansiedeln wollen und Mischformen in den Versorgungsleistungen und der Art ihrer Erbringung anstreben, stellt sich das uneinheitliche und segmentierend wirkende "Recht der Einrichtungen" als problematisch dar.

Zum Begriff der Pflegeeinrichtungen

Für den engeren Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI bestehen zunächst die ordnungsrechtlichen Vorgaben des Heimgesetzes, die den gesamten Bereich der stationären Pflege unter staatliche Aufsicht stellen (Heimaufsicht). Die Heime sind verpflichtet, personelle und bauliche Mindeststandards einzuhalten, die jedoch hinsichtlich der Präzisierung der personellen Anforderungen nicht in jeder Hinsicht eindeutig sind (Fachkraftthematik, Personalschlüssel, Anteil von Fachkräften). Die stationären Einrichtungen haben aber darüber hinaus einen Katalog von Qualitätsanforderungen zu erfüllen, der im Heimgesetz nunmehr in § 11 HeimG geregelt ist und insbesondere dazu verpflichtet, den jeweiligen "state of the art" der angesprochenen Fachdisziplinen für die infrage stehenden Dienstleistungen einzuhalten.

Darüber hinaus sind die Heimträger verpflichtet, die vertraglichen Beziehungen zu den Bewohnern durch transparente und aussagekräftige Heimverträge zu regeln. Auch hinsichtlich der Binnenorganisation enthält das Heimgesetz Vorschriften, die in etwa Vorschriften des Betriebsverfassungsrechtes nahe stehen. So sind Heimbeiräte zu bilden, ersatzweise Heimfürsprecher einzusetzen oder andere Formen der Mitwirkung der Heimbewohner sicher zu stellen. Das Heimgesetz versucht schließlich Heimbewohner vor finanzieller Übervorteilung zu schützen, einerseits durch relativ dezidiert niedergelegte Entgelterhöhungsverfahren, zu denen auch Heimbewohner/Heimbeiräte zu beteiligen sind, sowie durch besondere Schutzvorkehrungen für den Fall, dass Heimbewohner dem Heimträger Darlehen gewähren oder Finanzierungsbeiträge, etwa zum Bau, zur Verfügung stellen, § 14 HeimG. Das Heimwesen steht insgesamt unter staatlicher Aufsicht, die mit weitgehenden Kontrollrechten ausgestattet ist und über ein breit gefächertes

ordnungsrechtliches Interventionsinventar verfügt. Die eher polizeirechtlichen Aufgaben sind in einem weit verstandenen Beratungsauftrag der Heimaufsichtsbehörden und in Kooperationsverpflichtungen, etwa mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, eingebunden. Neben dem Heimgesetz existieren zahlreiche andere ordnungsrechtliche Vorschriften, die für den Heimbereich gelten und ihn regulieren. In Nordrhein-Westfalen existieren überdies besondere Richtlinien, etwa die Einbeziehung der nur in NRW bei den Gesundheitsämtern angesiedelten Amtapotheker in den Aufgabenbereich der Heimaufsicht.

Unter sozialleistungsrechtlichen Gesichtspunkten ist für den vollstationären Bereich insbesondere das SGB XI aber auch das BSHG maßgeblich, letzteres insbesondere dort, wo es sich um Einrichtungen der Eingliederungshilfe handelt. Zu den (teil-)stationären Einrichtungen gehören zunächst die Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen gem. § 42 SGB XI. Das SGB XI geht in seiner Konzeption gem. § 71 SGB XI davon aus, dass es sich bei den jeweiligen Einrichtungen um selbstständig wirtschaftende handelt. Auch von Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen ist daher im Prinzip zu verlangen, dass sie zumindest über eine eigenständige Kostenstellenrechnung verfügen. Auch der gesonderte Abschluss von Versorgungsverträgen auf der Grundlage von Rahmenverträgen wird im SGB XI vorgesehen und mit der fachlichen Erwartung verbunden, dass die Besonderheiten der Kurzzeitpflege sich auch in Konzeption und Leistungsinhalt widerspiegeln. In der Praxis, und dies auch in Nordrhein-Westfalen, hat sich allerdings durchgesetzt, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen i. S. des § 43 SGB XI eingestreute Kurzzeit-Pflegeplätze akzeptiert werden, zumeist mit dem identischen Pflegesatz. Solitäre Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen, auch wenn sie fachlich besonders gefordert werden bzw. ihre besonderen Qualitäten aufweisen (etwa rehabilitativer Art), sind in der bundesdeutschen Pflegelandschaft genauso die Ausnahme wie in Nordrhein-Westfalen.

Die bisherige Praxis, dass in den Rahmenverträgen gem. § 75 SGB XI für alle Einrichtungen die gleichen Qualitäts- und Leistungsanforderungen aufgestellt werden, entspricht nicht dem differierenden Anforderungsprofil, das sich für Heime ergeben kann. Praktisch sind die Rahmenverträge und die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gem. § 80 a SGB XI, so sie denn mit Leben gefüllt werden können, in hohem Maße relevant, da sie das Spektrum der jeweils geschuldeten Leistungen festlegen. Die Qualitätsvereinbarungen im stationären Bereich enthalten mehr oder weniger dezidierte Anforderungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Für den Bereich der Eingliederungshilfen ergibt sich ein etwas anderes Bild als für den Kernbereich der vollstationären Pflege. Auch für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe gilt das Heimgesetz, allerdings mit dort auf die besondere Zielgruppe und die Aufgaben der Heime auch in personeller Hinsicht anzupassenden Verantwortungen. Was die sozialleistungsrechtliche Seite anbelangt, so dominiert im Bereich der Eingliederungshilfe der Sozialhilfeträger als Kostenträger. Er handelt mit den Einrichtungsträgern in den Verträgen gem. § 93 ff. BSHG Inhalt, Vergütung und Qualitäts-, Prüfaufgaben und -rechte aus. Dabei fehlt es im BSHG an Vorschriften hinsichtlich besonderer Aufgaben und Befugnisse im Feld der Qualitätssicherung, denen das PQsG entsprechen würde. Andererseits hat das PQsG

bestimmte Regelungstechniken, etwa der § 93 d BSHG (Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen), aufgenommen.

In Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhalten pflegebedürftige Behinderte in aller Regel nur die pauschalierten Leistungen gem. § 43 a SGB XI, die gegenüber den Leistungen für andere Pflegebedürftige, bei denen der Pflegebedarf im Vordergrund steht und die in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, deutlich herabgesetzt werden. In diesem Zusammenhang wurde sowohl von Seiten der Kostenträger z.T. aber auch seitens der Einrichtungsträger der Versuch unternommen, Teile von Heimen der Eingliederungshilfe in solche der Pflege umzuwandeln, mitunter auch mit dem Konzept der eingestreuten oder situativen Pflegeplätze. Auf diese Weise sollte pflegebedürftigen Behinderten der Zugriff auf die vollen vollstationären Leistungen gem. § 43 SGB XI eröffnet werden.³⁵

Hospize

Auch Hospize im Sinne des § 39 a Abs. 1 SGB V zählen zu vollstationären Einrichtungen und werden gewissermaßen mischfinanziert aus Leistungen der Krankenkassen, der Pflegekassen sowie durch ehrenamtliche Mitarbeit erbracht. Letztere kommen insbesondere der psychosozialen Begleitung der Hospizgäste zu Gute. Die Hospize unterliegen neuerdings der Anwendung des Heimgesetzes und damit den für vollstationäre Einrichtungen geltenden ordnungsrechtlichen Vorgaben. Die Finanzierung der Hospize soll verhindern, dass Hospize als unselbstständige Teile etwa von Krankenhäusern oder Pflegeheimen betrieben werden und dies im wesentlichen noch unter Gewinnerzielungsabsichten. Durch die notwendige Beteiligung von Freiwilligen und ihre Berücksichtigung im Finanzierungskonzept wird der Bereich der stationären Hospize gemeinnützigen Einrichtungen vorbehalten. Durch die Einfügung des § 39 a Abs. 2 SGB V wurde nun auch der ambulante Bereich der Hospizarbeit sozialrechtlich geregelt.

2.3.6 Kategorisierung von Wohnmöglichkeiten nach Entscheidungssituationen

Kremer-Preiß und Stolarz (2004) haben in ihrem Projektbericht für die Bertelsmann-Stiftung eine Typologisierung der Entscheidungssituationen vorgenommen und versucht, das Spektrum an Wohnformen, das älteren Menschen zur Zeit zur Verfügung steht, anhand von Entscheidungssituationen der Betroffenen zu systematisieren. Im Vordergrund einer solchen Typisierung steht die „**Passung**“ der Merkmale und Wohnwünsche älterer Menschen in einer bestimmten Entscheidungssituation einerseits mit dem Unterstützungsprofil der räumlichen und sozialen Wohn- und Betreuungsrealität bei unterschiedlichen Wohnformen andererseits³⁶. Die Typisierung der Wohnformen nach Entscheidungssituationen hat den Orientierungsbedarf der Betroffenen im Blick, die sich für solche Wohnformen interessieren, die ihrer jeweiligen Entscheidungssituation entsprechen. In allen drei Grundtypen ist Betreuung und Pflege möglich. Die Typen unterscheiden sich nicht nach dem Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen sondern im Hinblick auf die selbstständigkeitsfördernde räumliche Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld, die Sicherstellung von Normalität oder

³⁵ vgl. ausführlich zu dieser Problematik: Klie & Leonhard (2001).

³⁶ vgl. Saup 2003.

den Erhalt von sozialen Kontakten sowie die Mitwirkung der Betroffenen. Die drei Grundtypen lassen sich wie folgt beschreiben:³⁷

- a) **So lange wie möglich zu Hause bleiben:** Der ältere Mensch will in seinem vertrauten Wohnumfeld verbleiben und seine angestammte Wohnung so lange wie möglich behalten. Im Rahmen dieser Entscheidungssituation ist Normalität und räumliche Integration weitgehend gegeben. Die Hauptprobleme in der Gestaltung einer bedarfsgerechten Wohnsituation im Alter bestehen hier vor allem darin, Versorgungssicherheit, soziale Kontakte und Integration in die soziale Umwelt sowie eine selbstständigkeitsfördernde räumliche Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld sicherzustellen. Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Wohnsituation im Rahmen dieses Entscheidungssettings werden in Maßnahmen zur Anpassung der Wohnungen und der räumlichen Umwelt in Verbindung mit Betreuungs- und Gemeinschaftsangeboten gesehen. Diese Entscheidung der Betroffenen ist in barrierefreien und angepassten Wohnungen, in Siedlungsgemeinschaften, in Betreutem Wohnen zu Hause, sowie in quartiersbezogenen Wohn- und Betreuungskonzepten umsetzbar.
- b) **Wohnsituation selbst verändern:** Hier steht der Wunsch im Vordergrund, Mängel der „normalen“ Wohnsituation bezüglich der räumlichen Wohnverhältnisse, der sozialen Kontakte und der Versorgungssicherheit durch einen Wohnungswechsel auszugleichen. Der Wohnungswechsel wird bewusst in einer Phase geplant, in der eine selbstständige Haushaltsführung weitgehend möglich ist. Wesentliche Motive für einen Umzug sind Vorsorge zu treffen für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, aber auch bewusst und aktiv eine neue Lebensform zu gestalten und auszuprobieren oder gezielt den Standort zu wechseln, z. B. in eine Gegend mit hoher Freizeitqualität umzuziehen. Entsprechend sind Merkmale wie Selbstständigkeit, Individualität, Gemeinschaft und häufig die Vorhaltung von Dienstleistungsangeboten typisch für Wohnformen, die in einer solchen Entscheidungssituation favorisiert werden. Bei solchen Angeboten ist insbesondere eine selbstständigkeitsfördernde räumliche Gestaltung der Wohnung weitgehend gegeben. Hauptprobleme und Unterschiede bestehen dagegen in der Gewährleistung der gewünschten Versorgungssicherheit bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit, der Transparenz von Betreuungsleistungen und der Mitwirkung der Bewohner bei der Projektentwicklung. Wohnformen, die dann in Anspruch genommen werden, sind Altenwohnungen, Selbstorganisierte Wohn- oder Hausgemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen bzw. integrierte Wohnprojekte, Betreutes Wohnen oder Wohnstifte (Seniorenresidenzen).
- c) **Wohnsituation verändern, weil es nicht mehr anders geht** - Hier steht die Notwendigkeit im Vordergrund, die bisherige Wohnform zu verlassen, weil der selbstständige Haushalt aufgrund von Pflegebedürftigkeit, Mangel an informellen Hilfestrukturen, sozialer Isolation, Wohnungsmängeln oder wegen unzureichender formeller Hilfeangebote nicht mehr bewältigt werden kann. Bei dieser Entscheidungssituation ist das Auswahlpektrum für Wohnalternativen deutlich eingeschränkt. Die zur Verfügung stehenden Wohnformen - Alten- und Pflegeheime,

³⁷ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz, 2003, S.20.

KDA-Hausgemeinschaften und betreute Wohngemeinschaften - sind darauf ausgerichtet, das fehlende Hilfeangebot zu sichern. Hierzu gehören ein individuelles Pflegeangebot, hauswirtschaftliche Versorgung und teilweise soziale Kontakte. Zudem wird eine barrierefreie Wohnumwelt bereitgestellt. Im Unterschied zu den anderen beiden Typen ist bei Wohnformen, die in dieser Entscheidungssituation angeboten werden, gerade die Versorgungssicherheit weitgehend gewährleistet. Hauptproblem ist hier die Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner, die Erhaltung des möglichen Maßes an Selbstständigkeit und sozialer Integration. Neue Wohnformen für diese Entscheidungssituation versuchen deshalb gezielt Institutionalisierungseffekte zu vermeiden: Durch „Normalisierung“ des Alltags (kleine Gruppen - nicht die Pflege, sondern das Wohnen steht im Mittelpunkt), Einbeziehen der normalen sozialen Umwelt (z. B. Angehörige, Nachbarn), Integration in das vertraute Wohnquartier und Mitwirkung der Bewohner bei der Alltagsgestaltung.

Die Zuordnung der vielfältigen Wohnformen zu nur drei Idealtypen ist dabei nicht immer eindeutig. So gibt es gerade bei gemeinschaftlichen Wohnformen Beispiele, welche zwar (auch) für ältere Menschen gedacht sind, die keinen eigenständigen Haushalt führen können. Dennoch erfolgt der Einzug freiwillig nach eigenen Vorstellungen. In Hinblick auf die angestrebte Vielfalt von unterschiedlichen Wohnformen werden solche Zwischenformen nicht als Problem gesehen, sondern eher für wünschenswert gehalten. Die bislang übliche scharfe Trennung zwischen Wohnformen, die entweder im Rahmen der ambulanten oder der stationären Versorgung angeboten wird, ist in dieser Typisierung gar nicht mehr angelegt. So können z. B. betreute Wohngemeinschaften und KDA-Hausgemeinschaften innerhalb des gleichen Typs einmal als Ergänzung der ambulanten und zum anderen als Weiterentwicklung der stationären Versorgung verstanden werden.

2.4 Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Abhängig von der Wohn- bzw. Lebensform kommen auf der Objektseite die Bestimmungen des Heimgesetzes inkl. der jeweiligen Verordnungen, die Landespflegegesetze inkl. der jeweiligen Verordnungen sowie zusätzliche kommunale Bestimmungen, das Mietrecht sowie bei öffentlich geförderten Pflegeplätzen bzw. Wohnungen die Bestimmungen der jeweiligen Förderbestimmungen zum Tragen. Auf Seiten der Nachfrager sind - abhängig von den jeweiligen individuellen Lebensbedingungen - die Bestimmungen des SGB XI, bei Vorliegen einer Behinderung das SGB IX sowie das BSHG, hier insbesondere die Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 11ff), die Eingliederungshilfe (§39ff), die Hilfe zur Pflege (§68ff), die Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes (§70ff) sowie die Altenhilfe (§75) zu berücksichtigen. Grundsätzlich steigt die Regulierungsdichte mit steigender Betreuungsintensität und Institutionalisierung der Wohnform.

Der Bereich der stationären Pflege ist am stärksten reguliert. Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft gelten hier nur sehr eingeschränkt. Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) hob zwar die privilegierte Stellung der frei-gemeinnützigen bzw. wohlfahrtsverbandlichen Träger auf und signalisierte so eine gewisse Marktöffnung. Eine Fülle von sozialrechtlichen Regulierungen hat jedoch weiterhin Bestand. Hierzu gehören.

- das Heimgesetz (HeimG), mit den entsprechenden Verordnungen (Heimpersonalverordnung, Heimmindestbauverordnung, Pflegebuchführungsverordnung, Heimmitwirkungsverordnung),
- die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) selbst und die über Änderungsgesetze zum SGB XI, wie dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) und Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG) vorgenommenen Novellierungen
- bisher das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und nun das neue SGB XII sowie
- das Landespflegegesetz, hier insbesondere die Regelungen zur Investitionskostenförderung.

Das Heimgesetz, mit seinen verschiedenen Durchführungsverordnungen - zuletzt 2001 novelliert - regelt den Betrieb von stationären Einrichtungen u. a. der Altenpflege. Die entsprechenden Verordnungen enthalten weitreichende Bestimmungen zur Qualifikation des Personals, der architektonischen Gestaltung und baulichen Ausstattung der Immobilie sowie zum Management im engeren Sinne. Das Heimgesetz beinhaltet insofern eine hohe Regulierungsdichte. Seine Regelungen müssen von jedem Heimbetreiber in Deutschland eingehalten werden. Die Einhaltung dieser Bestimmungen wird durch eine staatliche Aufsichtsbehörde überprüft (die Heimaufsicht), deren Kompetenzen im Rahmen der letzten Novellierung des Heimgesetzes erweitert wurden.

Neben dem Heimgesetz ist für den Betrieb von Einrichtungen der stationären Pflege insbesondere das Gesetz zur Sozialen Pflegeversicherung bzw. das SGB XI von Bedeutung. Hier ist festgehalten, welche Kosten von dem Heimbetreiber, dem Versicherten bzw. anderen Kostenträgern berechnet werden dürfen. Darüber hinaus enthält das Gesetz differenzierte Angaben zur Personalstruktur etc.

Die Aufgabe der Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur wurde im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) auf die Bundesländer und Pflegekassen übertragen. Dieser gesetzgeberische Auftrag wurde von den Bundesländern in den folgenden Jahren in unterschiedlicher Weise umgesetzt: Während die überwiegende Mehrheit der Bundesländer das vorher geltende Prinzip der Objektförderung (Förderung von baulichen Investitionen) weitergeführt hat, wurde in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen zusätzlich zur Investitionskostenförderung eine Subjektförderung in Form von Pflegewohngeld eingeführt. Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes, die zum 1. August 2003 in Kraft getreten ist, hat die Landesregierung Nordrhein-Westfalens einen Strategiewechsel vollzogen. Das Land hat sich vollständig aus der objektbezogenen Investitionskostenförderung zurückgezogen und mit der einkommens- und vermögensabhängigen Subjektförderung, die in Form des Pflegewohngeldes von den örtlichen Sozialhilfeträgern übernommen wird, die öffentliche Förderung stärker an der Bedürftigkeit der Heimbewohner orientiert.

Die Gewährung von Pflegewohngeld in NRW ist an die Einhaltung von gewissen Standards bezüglich der Einrichtungsgröße, Ausstattung ... (max. Größe von 80 Plätzen, dezentrale Ausrichtung etc.) gebunden. Darüber hinaus sind die förderfähigen Gesamtkosten pro Platz auf 76.700 EUR beschränkt worden. Bis zur Novellierung des Landespflegegesetzes 2003 wurde allen Pflegebedürftigen Pflegewohngeld gewährt, deren Einkommen nicht über eine bestimmte Einkommensgrenze hinausreichte. Eventuell vorhandenes Vermögen und das Einkommen von Angehörigen wurde bei der Bemessung des Pflegewohngeldes nicht

berücksichtigt. Seit dem 1. August 2003 wird das Vermögen Pflegebedürftiger oberhalb eines Schonbetrages von 10.000 Euro in die Einkommensberechnung miteinbezogen. Angehörige werden jedoch weiterhin nicht zur Finanzierung des Investitionskostenanteils herangezogen. Das Ziel der öffentlichen Förderung war es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit der entsprechenden pflegerischen Infrastruktur sicherzustellen. In zunehmendem Maße wurde jedoch deutlich, dass die öffentliche Förderung dieses Ziel nicht erreicht hat. Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes und der Konzentration auf die Subjektförderung hat die nordrhein-westfälische Landesregierung in NRW nicht nur auf einschlägige Rechtssprechung zur Rechtmäßigkeit der an die Bedarfsbestätigung gebundenen Investitionskostenförderung reagiert, sondern auch der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die für die Investitionskostenförderung zuständigen Landschaftsverbände sukzessive aus der Finanzierung zurückgezogen hatten.

Die Pflegeversicherung möchte Wettbewerb auf dem Pflegemarkt, um die Stellung der Nachfrager von Pflegeleistungen zu stärken und auch unter ökonomischen Gesichtspunkten einen Wettbewerb der Pflegeanbieter auszulösen. Diese Marktorientierung der Pflegeversicherung wird durch zwei Faktoren relativiert. Der erste findet sich unmittelbar im SGB XI selbst: Die Zuständigkeit der Länder über die Beteiligung an den Investitionskosten. Man hatte sich im Gesetzgebungsverfahren nicht auf ein echtes duales Finanzierungssystem verständigen können. Man wollte Marktelemente im Pflegesektor implementieren, gleichwohl aber den Ländern in einer recht ungenauen rechtlichen Aufgabenbeschreibung³⁸ Aufgaben der Objektfinanzierung belassen, für die die ersparten Mittel der Sozialhilfe eingesetzt werden sollten. Dabei wurden eher politische Erwartungen an die Länder gerichtet als rechtlich verbindliche Verpflichtungen niedergelegt. § 9 SGB XI geht zwar recht eindeutig von der Obliegenheit zur Objektfinanzierung der Länder aus, gibt aber keinen Hinweis darauf, dass die Aufgaben der Beteiligung an den Investitionskosten auch im Wege der Subjektförderung erfüllt werden können. Gleichwohl ergibt sich keine in irgendeiner Weise einklagbare Verpflichtung der Länder, überhaupt Investitionskostenförderungen vorzunehmen. Durch die Objektförderung der Länder war und ist es diesen möglich, je nach Haushaltslage, ihre bisherige Pflegeinfrastrukturplanung modifiziert fortzusetzen.³⁹ In § 6 des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen ist die kommunale Pflegebedarfsplanung als Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte festgeschrieben. Sie sollen unter Beteiligung der Pflegekonferenzen Pflegebedarfspläne aufstellen. Die Verordnung über kommunale Pflegebedarfspläne nach dem Landespflegegesetz von 1996 gibt den Kreisen hierfür nähere Spezifizierungen, wie und in welchem Turnus diese Pflegebedarfsplanung zu erfolgen hat. Die Pflegeinfrastrukturplanung nach nordrhein-westfälischem Muster stellt sich im wesentlichen nicht als eine in einem umfassenden Alten(hilfe)planungskonzept integrierte dar.⁴⁰ Die Pflegeinfrastrukturplanung führt, je nach Haushaltslage, zur Investitionsförderung, die sich unmittelbar niederschlägt in dem Preis der Pflegeeinrichtung auf dem Markt. Insofern stellt sich die objektorientierte Investitionsförderung als Markteingriff dar und steht insofern im Widerspruch zum Prinzip der Wettbewerbsneutralität des Pflegeversicherungsrechtes.

³⁸ vgl. Kraemer in LPK-SGB XI § 9 Rz 4 ff.

³⁹ vgl. hierzu im Landesüberblick: Pfundstein, (2002).

⁴⁰ vgl. Blaumeiser H. et al., (2002).

Insbesondere im stationären Sektor findet sich eine in doppelter Hinsicht verfälschte "Preislandschaft" auf dem Pflegemarkt: Einerseits durch die Investitionskostenförderung und zum anderen durch die prolongierten, kostenbasierten Pflegesatzgestaltungen. Durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 5.12.2000 wird die Objektfinanzierung grundsätzlich in Frage gestellt. Sie stelle potentiell einen unzulässigen Markteingriff dar, der zur Ungleichbehandlung der Marktanbieter führe, die sowohl verfassungsrechtlich als auch in Anlehnung der Prinzipien des Pflegeversicherungsrechtes als problematisch erscheine. Dass mit der Rechtsprechung des BSG jegliche Objektförderung der legitimatorische Boden entzogen wäre, darf allerdings nicht als Schlussfolgerung gezogen werden. Dort, wo durch Marktmechanismen nicht Bedarfslücken geschlossen werden können, etwa in ländlichen Bereichen und für möglicherweise unterversorgte spezifische Zielgruppen von Pflegebedürftigen, kann eine Objektförderung im Rahmen einer fachlich fundierten Pflegeinfrastrukturplanung korrigierend eingreifen und mit der Objektförderung Unterversorgungssituationen vermeiden.

Mit der Pflegeinfrastrukturplanung ist aber nicht nur versucht worden, für eine ausreichende quantitative Versorgung mit Pflegeeinrichtungen und -diensten, sondern auch für eine bestimmte qualitative Infrastruktur, etwa was Ausstattungen angeht (Ein- und Zweiplatzräume in Pflegeheimen, Platzzahl von Einrichtungen usw.) Sorge zu tragen. Mit dem Verzicht auf eine Objektförderung ist schnell auch der Verzicht auf Einfluss hinsichtlich qualitativer Niveaus in der Pflegeinfrastruktur verbunden. Im modernen Planungsverständnis, das eher prozesshaft angelegt ist und versucht, in breitem Umfang Bevölkerungskreise und Akteure aus dem Pflegesektor in einem Diskurs über die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur zu beteiligen, muss der Ausstieg aus der Objektförderung allerdings keineswegs mit dem Verzicht auf eine Planungszuständigkeit, etwa auf kommunaler Ebene, verbunden sein.⁴¹

Das Landespflegegesetz NRW zeichnet im Zusammenhang mit der Pflegeinfrastrukturplanung auch durch ein aus § 8 Abs. 2 SGB XI abgeleitetes Innovationsprogramm aus, das auf die Etablierung neuer Konzepte, neuer Wohn- und Pflegeformen abzielt. Die Förderung steht aber jeweils unter Haushaltsvorbehalt und ist insofern für die einzelne Pflegeeinrichtung nicht kalkulierbar. Beim Ausstieg aus der Objektförderung auf der Basis einer Pflegeinfrastrukturplanung ergibt sich für die Marktanbieter eine zumindest mittelfristig schwierige Übergangssituation dadurch, dass Pflegeanbieter mit sehr unterschiedlichen Preisen derzeit auf dem Markt sind: Diejenigen, die in den Genuss einer Objektförderung gekommen sind, deutlich billiger auf dem Markt ihre Angebote anbieten können und neue Anbieter, die schwer in der Lage sind, qualitativ ebenbürtige Pflegeangebote auf dem Markt zu platzieren. Sie müssten die gesamten Investitionskosten in die Pflegesätze einrechnen, was nicht nur für den einzelnen Bewohner die Preise deutlich anheben würde, sondern auch für den Sozialhilfeträger, der sich dann ggf. nicht mehr bereit findet, die Kosten für teurere Pflegeeinrichtungen zu übernehmen.⁴²

Der Bereich des Betreuten bzw. Service-Wohnens war lange Zeit in einer unsicheren rechtlichen Position. Ein Teil der Betreiber von betreuten Wohnanlagen stellte sich freiwillig

⁴¹ vgl. hierzu ausführlicher: Blaumeiser et al. (2002).

⁴² vgl. zur Problematik der Kostentragungspflicht der Sozialhilfeträger bei nicht geförderten Pflegeeinrichtungen OVG Lüneburg, Urteil vom 14. März 2001; Az. 4 L 2155/00

unter die Bestimmungen des Heimgesetzes, andere sahen in betreuten Wohnungen normale Wohnungen, die nicht unter das Heimrecht mit seinen detaillierten Bestimmungen fallen sollten. Wie bereits dargestellt, ist die Bandbreite der Wohn- und Lebensformen, die unter dem Titel „Betreutes bzw. Service-Wohnen“ firmieren, erheblich. In der Vergangenheit hat es aufgrund dieser rechtlich unsicheren Situation immer wieder Gerichtsurteile gegeben, die betreute Wohnanlagen nicht als normale Wohnungen, sondern als Altenhilfeeinrichtungen charakterisierten. Als Konsequenz hat der Gesetzgeber durch die zum 1.1.2002 in Kraft getretene Novelle zum Heimgesetz versucht, eine trennscharfe Abgrenzung zwischen dem Betreuten Wohnen einerseits und stationären Einrichtungen andererseits zu schaffen. In § 1 der Neufassung heißt es:

(1) Dieses Gesetz gilt für Heime. Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.

(2) Die Tatsache, dass ein Vermieter von Wohnraum durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung angeboten werden, begründet allein nicht die Anwendung dieses Gesetzes. Dies gilt auch dann, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und das Entgelt hierfür im Verhältnis zur Miete von untergeordneter Bedeutung ist. Dieses Gesetz ist anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, Verpflegung und weitergehende Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen.

Der Gesetzgeber hat sich trotz mehrjähriger Diskussionen und mehrerer anhängiger Streitfälle immer noch nicht zu einer eindeutigen Abgrenzung durchringen können, so dass das Gesetz immer noch mit unbestimmten Rechtsbegriffen, z.B. „untergeordnete Bedeutung“, operiert. Die Auslegung lautet, dass an das Betreute Wohnen folgende Anforderungen zu richten sind, damit es nicht unter das Heimgesetz fällt:⁴³

- Wenn BewohnerInnen vertraglich zur Abnahme bestimmter Grundleistungen verpflichtet werden, so darf der Preis dafür nicht erheblich über 20 Prozent der Mietkosten inklusive Nebenkosten liegen.
- Die Höhen der Miete, der Nebenkosten und der Kosten für eine Grundleistungspauschale sind im Vorfeld vertraglich zu regeln.
- Es dürfen keine Leistungen doppelt über die Nebenkosten und die Grundleistungspauschale finanziert werden. Die Kosten müssen jeweils klar zuzuordnen sein.
- Allein ein bestimmtes Angebot an Räumlichkeiten (z. B. Gemeinschaftsräume) und/oder sozialer Gestaltung des Zusammenlebens der Bewohner ist nicht ausreichend, um eine Einrichtung unter das Heimgesetz zu stellen.

⁴³ vgl. Ziesche & Epp,(2002, S. 33 ff.).

Bisher fehlt es an geeigneten Verbraucherschutzregeln zur Kontrolle angemessener Preise für Betreuungsangebote. Bei der Förderung von Sozialwohnungen, die für Senioren oder Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, setzt das Land NRW deshalb auf Projekte des Betreuten Wohnens mit geringen Vorhaltekosten für die Betreuung. Bis zum Inkrafttreten des Wohnraumförderungsgesetzes (WoFG) am 01. Januar 2002 durfte für Sozialwohnungen nur die Kostenmiete erhoben werden. Dies ist der Mietbetrag, der zur Deckung der laufenden Aufwendungen (Kapital- und Bewirtschaftungskosten) erforderlich ist. Daneben konnte nach § 9 Abs. 6 WoBindG eine Vereinbarung zwischen Vermieter und Mieter über Leistungen zur persönlichen Betreuung und Versorgung zugelassen werden, wenn die hierfür zu entrichtende Vergütung nicht offensichtlich unangemessen hoch war.

Im nunmehr geltenden WoFG ist keine Aussage zur zulässigen Höhe von Betreuungs- oder Versorgungskosten enthalten. Deshalb bestand Handlungsbedarf, die Höhe der Betreuungspauschale einzugrenzen. In NRW dürfen daher neben der Miete pro Haushalt monatlich maximal 30 € für das Vorhalten von Dienstleistungen (Notruf, ständiger Ansprechpartner etc.) in Rechnung gestellt werden. Darüber hinausgehende Betreuung vereinbaren die Mieterinnen und Mieter bei Bedarf individuell mit einem ambulanten Dienstleister ihrer Wahl. Die Höhe der Pauschale von 30 € geht auf Erfahrungswerte der Kommunen und Betreiber zurück.

Nicht in allen anderen Bundesländern existieren spezielle Konzepte zur Förderung des altengerechten Wohnens in Verbindung mit Betreuungsleistungen. In den meisten Ländern, in denen es entsprechende Fördermodelle gibt, ist - wie in NRW - zuzüglich zur Miete eine Pauschale für den Grundservice zu zahlen, daneben ist die Inanspruchnahme zusätzlicher Wahlleistungen gegen weitere Zuschläge möglich.⁴⁴

Ebenso wie die betreuten Wohnungen unterliegen auch altersgerechte Wohnungen dem allgemeinen Mietrecht, welches das Verhältnis von Mieter und Eigentümer weitgehend regelt. Im Rahmen der letzten Mietrechtsänderung im Jahr 2001 wurden die Rechte älterer und behinderter Mieter gegenüber dem Vermieter dahingehend gestärkt, dass ein Vermieter Umbaumaßnahmen, die aufgrund von körperlichen Einschränkungen erforderlich sind, nur in begründeten Ausnahmen untersagen kann. Unbenommen bleibt jedoch dem Vermieter das Recht, auf den Rückbau dieser Maßnahmen nach Auszug zu bestehen. Diese Rückbaupflicht wirkt sich weiterhin restriktiv auf Umbaumaßnahmen aus, da viele Ältere angesichts der zu erwartenden Kosten für einen evtl. erforderlichen Rückbau, für den es keinen Kostenträger gibt, vor einer altersgerechten Anpassung ihrer Wohnung eher zurück schrecken.

2.5 Kostenniveaus

Das Kostenniveau altersgerechten Wohnens variiert sehr stark. Unterschieden wird zwischen niedrigem Niveau (fast ausschließlich öffentlich gefördert), mittlerem Niveau (entspricht etwa dem freifinanzierten Wohnungsbau zusätzlich 20 bis 30 Prozent für altersgerechte Ausstattung und Gemeinschaftseinrichtungen), gehobenem Niveau, das sich

⁴⁴ Antwort auf die Große Anfrage der CDU, Drs. 13/5406, Wohnen im Alter in NRW, S.61.

durch großzügigere Gemeinschaftseinrichtungen und umfangreichere Dienstleistungen auszeichnet, sowie dem Luxusniveau der hotelähnlichen Residenzen und Stifte. Die Wohnkosten setzen sich in der Regel aus der Nettokaltmiete, der Betreuungspauschale und den Betriebskosten zusammen. Die Unterschiede innerhalb der Niveaus resultieren aus den Wohnungsgrößen und aus den regionalen Preisniveaus. Darüber hinaus variieren die Preise aber auch sehr stark, ohne dass sich dies auf objektive Merkmale zurückführen ließe. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Preisniveaus altersgerechten Wohnens und die Anteile älterer Haushalte, die das jeweilige Niveau zu finanzieren vermögen (unter Berücksichtigung, dass Einpersonenhaushalte überproportional vertreten sind):

Tabelle 1: Monatliches Kostenniveau altersgerechten Wohnens

Niveau	Miete/qm	Miete/ges.	Betreuungs- pauschale	Wohnkosten gesamt	Anteil
niedriges Niveau	4-5 €	150-300 €	10-60 €	200-450 €	28 Prozent
mittleres Niveau	5-10 €	200-700 €	25-150 €	300-1.000 €	46 Prozent
Gehobenes Niveau	10-15 €	400-1.500 €	100-250 €	650-2.000 €	22 Prozent
Luxusniveau	15-60 €	750-6.000 €	250-750 €	1.250-8.000 €	4 Prozent

Quelle: Eichener (2004, S. 19).

Während die voran gegangene Tabelle von der Verteilung der Nachfrage ausgegangen ist, hat empirica die Verteilung des Angebots untersucht und ist dabei zu einer fast identischen Verteilung gekommen: Im Ergebnis zeigt sich, dass das mittlere Preisniveau bei der Nachfrage nach altersgerechtem Wohnen dominiert. Dagegen haben sich die ersten altersgerechten Wohnformen – insbesondere die Seniorenresidenzen – im Luxusniveau entwickelt, das aber inzwischen aufgrund seines geringen Umfangs deutliche Sättigungserscheinungen zeigt

Tabelle 2: Monatliches Kostenniveau altersgerechten Wohnens II

Niveau	Miete/qm	Betreuungspauschale	Anteil
niedriges Niveau	4,10-6,70 €	5-59 €	25 Prozent
mittleres Niveau	6,70-9,70 €	59-138 €	75 Prozent
Gehobenes Niveau	9,70-34,80 €	138-920 €	25 Prozent

Quelle: Eichener (2004, S. 19).

Die durchschnittlichen Betreuungskosten für das Betreute Wohnen variieren und sind sowohl vom Wohnkonzept als auch von den unterschiedlichen Vorgaben, u.a. bezüglich der Mietkosten oder der Serviceintensität bzw. des Leistungsangebot, abhängig. Die Fixkosten für Miete, Betriebs- und Nebenkosten liegen zwischen 6,65 € und 9,70 Euro pro qm. Bei der

Grundpauschale schwanken die Kosten zwischen 76,70 € und 92,00 €. ⁴⁵ Untersuchungen haben allerdings auch ergeben, dass die Höhe der Kosten nicht immer auf die Qualität und den Umfang des Leistungsspektrums schließen lässt. So werden für identische Leistungen mitunter sehr unterschiedliche Preise verlangt.

Kostensituation stationärer Einrichtungen und Hausgemeinschaften

Datenmaterial zu den Heimentgelten in Pflegeheimen (Pfleagesätze, Unterkunft und Verpflegung, in Rechnung gestellte Investitionskosten) liegt für Nordrhein-Westfalen getrennt nach beiden Landesteilen vor. Für Westfalen-Lippe betrug beispielsweise das durchschnittliche Heimentgelt im Jahr 2001 2.688,00 €. Hierbei entfielen auf die Pflege in der Klasse III 1.591,00 € und auf die Unterkunft und Verpflegung 726,00 €.

Am Beispiel der Villa Hittorfstraße in Münster, wird für eine ambulant betreute Hausgemeinschaft folgende Kostenrechnung zugrunde gelegt: Insgesamt leben zehn ältere Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz unter Beibehaltung des Mietrechts in der Hausgemeinschaft. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben jeweils einen Mietvertrag und getrennt davon mit einem ambulanten Pflegedienst einen Betreuungsvertrag. Bei Bedarf werden darüber hinaus – auf den individuellen Bedarf zugeschnitten und einzeln abgerechnet – weitergehende Pflegeleistungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohner und ambulantem Dienst vereinbart. Private Hauswirtschaftsleistungen werden privat erbracht bzw. privat finanziert.

Tabelle 3: Kosten Hausgemeinschaft, Beispiel Villa Mauritz (Münster)
 Hittorfstraße (ohne individuell erbrachte Pflegeleistung)

	Pflegestufe 0 / 1 / 2 / 3
Miete für 14-40 qm	173,33 – 383,47 €
Betriebskosten pro Kopf	76,69 – 127,82 €
Haushaltsgeld	200,00 €
Betreuungspauschale (inkl. 230,08 € Nachtbereitschaft)	912,66 €
Eigenanteil je Bewohner	1.319,22 – 1.580,49 €

Quelle: BMG (2002)

Für stationäre Hausgemeinschaften hat das KDA ein Berechnungsmodell auf der Grundlage von je acht Hausgemeinschafts-Plätzen erstellt, wobei in jeder Hausgemeinschaft hypothetisch je zwei Bewohnerinnen oder Bewohner in Pflegestufe 1 und 3 sowie vier weitere Personen in Stufe 2 eingruppiert sind. Zudem wird eine Belegung mit 95 Prozent angenommen. Exemplarisch liegen der Berechnung die Kennzahlen des Landes Nordrhein-Westfalen zugrunde. ⁴⁶ Die sich ergebenden Gesamtentgelte sind wie folgt gestaffelt (in Euro, ohne Investitionskosten):

Tabelle 4: Gesamtentgelte stationärer Hausgemeinschaften

	Gesamtentgelt	Pfleagesatz	Entgelt U+V
--	---------------	-------------	-------------

⁴⁵ vgl Große Anfrage „Leben im Alter“ DS 13/2726, S.39f.

⁴⁶ vgl. Winter et al. (2002).

Pflegestufe 1	59,11	31,97	27,14
Pflegestufe 2	73,82	46,68	27,14
Pflegestufe 3	88,84	61,70	27,14

Die Berechnungen und Darstellungen lassen als zusammenfassendes Ergebnis erkennen, dass die Beibehaltung bereits verhandelter Heimentgelte durch die Einhaltung vorgegebener Personalschlüssel sowie Personal- und Sachkostenanhaltswerte auch im Hausgemeinschafts-Modell möglich ist. Als abschließendes Ergebnis der Modellrechnungen kann festgehalten werden, dass unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften (Pflege-Versicherungsgesetz), inklusive der von den Pflegekassen und überörtlichen Kostenträgern der Sozialhilfe vorgegebenen Personenanhaltszahlen und unter Zugrundelegung von Erfahrungswerten für Personal- und Sachkosten, die Gesamtentgelte ohne Investitionskosten den Rahmen der zurzeit berechneten Beträge nicht überschreiten müssen. Es erfolgt lediglich eine „kostenneutrale“ Verlagerung vom Bereich Pflege in den Bereich Unterkunft und Verpflegung.⁴⁷

In einer Studie zum Kostenvergleich ambulanter und stationärer Versorgung wurden die Kosten von Wohnprojekten in Bielefeld, die eine „Rund-um-Versorgung“ bieten mit den eines Heimes aus der Region verglichen. Untersucht wurde, wie sich bei einer identischen Bewohnerstruktur die ambulante oder stationäre Versorgung in Bezug auf notwendige Leistungen, zeitlicher Bedarf und Finanzierung der Leistungen auswirkt. Die Struktur der Leistungen in der ambulanten und stationären Pflege unterscheiden sich grundlegend. Während in der ambulanten Pflege konkret für einzelne Verrichtungen bzw. Leistungen abgerechnet wird, kennt die stationäre Pflege nur pauschale Pflegesätze, die den durchschnittlichen Aufwand einer Pflegeklasse in einer Einrichtung bemisst. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass die ambulante Versorgung mit gesicherter Pflege im Durchschnitt über alle Pflegestufen kaum mehr über den Kosten der stationären Pflege liegt, aber deutlich mehr Pflege- und Betreuungszeit bietet (mindestens 24 Prozent), als stationäre Einrichtungen. Als ein weiterer Aspekt kommt hinzu, dass ambulante quartiersbezogene Wohnprojekte ihre Leistungen nicht nur auf die konkrete Wohnanlage beschränken müssen, sondern ihre Leistungen auch für BewohnerInnen in der Nachbarschaft anbieten können. Anders als ambulante Wohnprojekte können Heime nicht auch im Umfeld ambulante Hilfe und Pflege anbieten.

Im Rahmen einer Pilotstudie zu neuen Wohnformen im Alter wurden auch Kostenvergleiche mit der stationären Pflege vorgenommen.⁴⁸ Dabei wurde festgestellt, dass die Kosten in den Wohnprojekten die Sätze, wie sie für die stationäre Pflege üblich sind, nicht übersteigen. Dennoch liegen „zwei Drittel der Wohnprojekte unter bzw. in den Margen, wie sie durchschnittlich auch für Heimaufenthalte zu zahlen sind“.⁴⁹ Ersichtlich wurde auch, dass ein Teil der Heime deutlich höhere Kosten als die durchschnittlichen Pflegesätze erhebt. Zudem leben in den untersuchten Wohngruppen Menschen mit einem Bedarf an besonders intensiver Betreuung, die in diesem Umfang in der Regel in stationären Einrichtungen nicht

⁴⁷ vgl. Winter et al. (2002).

⁴⁸ Kremer & Preiß/Narten, 2004.

⁴⁹ Pro Alter, 20/04, S.33.

geleistet werden kann. Zukünftig sind Berechnungssysteme erforderlich, die eine vergleichbare Bewertung unterschiedlicher Betreuungskonzepte und hieraus resultierender Kosten vornehmen.

Eine weitere Studie, bei der Wohnprojekte in Ostwestfalen untersucht wurden, kam zu dem Ergebnis, dass rund 84 Prozent der BewohnerInnen sich für eine gemeinschaftliche Wohnform – allen voran für die Hausgemeinschaft – entschieden haben. Über 43 Prozent der BewohnerInnen dieser Wohnprojekte sind den beiden höchsten Pflegestufen zugeordnet, lediglich 40 Prozent der dort lebenden, älteren Menschen sind noch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI.⁵⁰

⁵⁰ Deskriptive Studie zur Weiterentwicklung von Wohn- und Pflegestrukturen am Beispiel von Wohnprojekten in Ostwestfalen, Berlin/Bielefeld

Tabelle 5: Kostenvergleich ambulanter und stationärer Versorgung

Kostenstruktur pro Monat	ambulant (Oktober)	stationär (Oktober)
	Pro Kunde	Pro Kunde
Leistungen der Grundpflege	1.304,58 €	
Leistungen der Behandlungspflege	435,57 €	
Andere Verrichtungen	481,72 €	
Pflege Gesamt	2.221,87 €	
Hausbesuchspauschale	6,13 €	
Gesamtkosten Pflege	2.228,00 €	1.692,82 €
Hauswirtschaftliche Leistungen	326,44 €	
Nahrungsmittel/Warmmiete	309,36 €	
Hotel Gesamt	635,80 €	756,09 €
Miete/Investitionskosten	223,91 €	532,37 €
Gesamt	3.147,72 €	2.980,98 €

Quelle: Heiber (2004)

3 Zur Situation altengerechten Wohnens im normalen Wohnungsbau

Die Hauptanforderungen für das Wohnen bei Pflegebedürftigkeit und im Alter liegen nicht im Bereich Sonderwohnformen, sondern in der entsprechenden Ausgestaltung „normaler Wohn- und Lebenswelten“. Zukünftig wird es wichtig sein, neue und zusätzliche Wohn- und Hilfeangebote für pflegebedürftige und ältere Menschen wesentlich stärker im normalen Wohnungsbau zu verankern und Wohnraum für alle Lebenslagen zu schaffen. Genauso wird die Bedeutung eines altengerechten Wohnumfeldes zunehmen.

Akteure der Wohnungswirtschaft spielen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen. Im Rahmen einer nicht-repräsentativen Umfrage wurden Unternehmen der Wohnungswirtschaft zu ihren praktischen Erfahrungen bzgl. der Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen befragt. Die Wohnungsunternehmen erhielten 17 Fragen⁵¹ mit der Bitte, diese zu beantworten und ggf. entsprechendes Material zur Verfügung zu stellen.

3.1 Barrierefreier Wohnbestand - Situation, Entwicklung und Herausforderungen

In Nordrhein-Westfalen besteht ein Angebot von rd. 42.000 Wohneinheiten im Betreuten Wohnen bzw. im Service-Wohnen. In den Jahren 1980 bis 1997 sind in NRW mit Landesmitteln 35.000 barrierefreie Mietwohnungen für Seniorinnen und Senioren entstanden. 1996 wurde erstmals vorgegeben, dass mindestens 20 Prozent aller geförderten Miet- und Genossenschaftswohnungen als barrierefreie Wohnungen errichtet werden müssen. Hiervon ist mindestens die Hälfte als Altenwohnungen zu fördern. Seit 1998 erfolgt wegen der Einführung des allgemeinen Standards der Barrierefreiheit in der Landesbauordnung und der Aufhebung der besonderen Bestimmungen für Altenwohnungen keine Förderung von Altenwohnungen mehr. Allerdings wird 2002 durch die Landesbauordnung festgelegt, dass in einem Haus mit mehr als zwei Wohnungen mindestens eine barrierefrei sein muss. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 sind rd. 45.000 barrierefreie Mietwohnungen gefördert worden.

Ab dem Jahr 2003 wird ein weiterer Schritt Richtung Barrierefreiheit vollzogen. Wohnungen, die für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen vorgesehen sind, müssen künftig mit einem Aufzug versehen werden. Hierfür erhalten die Investoren ein zusätzliches Darlehen. Die soziale Wohnraumförderung beinhaltet im wesentlichen vier Säulen: Barrierefreie Mietwohnungen, selbstgenutztes Wohneigentum, kleine Heime für Menschen mit Behinderungen, experimenteller Wohnungsbau.

Für Menschen mit Behinderungen wurde die Förderung von Wohnheimen beibehalten, weil es besonders mehrfach schwerstbehinderten Menschen mangels ausreichender ambulanter Betreuung nicht möglich ist, in eine „normale“ Mietwohnung zu ziehen. NRW setzte deshalb mit Unterstützung der Fachverbände im Bereich der Behinderten auf die Förderung kleiner, qualitativvoller Wohnheime. Dabei wird auch weiterhin auf eine Begrenzung der Platzzahl von

⁵¹ Die Teilnehmer der Umfrage befinden sich im Anhang.

maximal 24 an einem Standort und eine zentrale Lage Wert gelegt. Auf diese Weise wird ein Beitrag zur Dezentralisierung von Großeinrichtungen geleistet und auch für die Menschen, die wegen der Schwere ihrer Behinderung nicht in eine Mietwohnung (Betreutes Wohnen) ziehen können, das Wohnen in kleinen Gemeinschaften ermöglicht.

Im Rahmen der Wohnungsbauförderprogramme wurden von 1998 bis 2002 insgesamt 36.200 neue barrierefreie Wohnungen gefördert.⁵² Bei freifinanzierbaren Wohnungen ist derzeit unklar, in welcher Größenordnung hier Barrierefreiheit vorhanden ist. Durch das Landesgleichstellungsgesetz konnte allerdings erreicht werden, dass der barrierefreie Zugang bei öffentlichen Gebäuden im Neubau gewährleistet werden kann. Sonderwohnformen werden nicht mehr gefördert. Im Sinne einer Dezentralisierung werden Mietwohnungen im Altenbereich in den so genannten normalen Wohnungsbestand eingestreut.

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung werden künftig verstärkt Anreize zur Förderung von Wohnraum gesetzt, die sich für das selbstbestimmte gemeinschaftliche Wohnen von Personengruppen mit erhöhtem Betreuungsbedarf eignen. Mit dem Wohnraumförderungsprogramm des Jahres 2004 wurden drei neue Förderangebote geschaffen, die neue Formen des gemeinschaftlichen Wohnens für pflegebedürftige Menschen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ermöglichen sollen.⁵³

- **Gruppenwohnungen mit ambulanter Betreuung**

Gefördert werden große Wohnungen, in denen bis zu acht pflegebedürftige Personen gemeinschaftlich zur Miete wohnen und ihre Pflege ambulant je nach individuellem Bedarf organisieren. Diese Mietwohnungen neuen Typs sollen möglichst in Wohngebäuden mit Wohnungen traditionellen Zuschnitts integriert sein und einen quartiersnahen Charakter haben. Gefördert werden angemessen große individuelle Wohnbereiche in Verbindung mit Gemeinschaftsflächen, die den Wohnbereichen unmittelbar zugeordnet sind. Die Raumprogramme sollen auf die individuellen Bedürfnisse der Wohngemeinschaft abgestimmt werden. So kann auf die speziellen Bedürfnisse beispielsweise demenziell erkrankter Menschen eingegangen werden. Mit dem Förderangebot unterstützt das Land auch Projekte von Menschen, die sich frühzeitig zusammenschließen und ihre Selbsthilfepotentiale nutzen, um sich gegenseitig auch im Fall der Pflegebedürftigkeit zu unterstützen.

- **Mietwohnungsanlagen mit integrierten Pflegewohnplätzen**

Um auch Schwerstpflegebedürftigen künftig die Möglichkeit zu geben, quartiersnah zu wohnen, werden künftig im Zusammenhang mit der Förderung neuer Mietwohnungen auch Wohn- und Gemeinschaftsräume in integrierten Pflegestationen mitgefördert. Bei diesen Wohnanlagen neuen Typs sollen die Anzahl der Wohneinheiten die Anzahl der Pflegeplätze deutlich überschreiten. Ziel dieser neuen Förderung ist es, das Wohnraumangebot für Pflegebedürftige im Wohnquartier zu erweitern und den Investitionskostenanteil am Heimentgelt für die Zielgruppe der sozialen Wohnraumförderung zu senken.

⁵² Frau Wirtz vom MSWKS in einer Anhörung im Rahmen einer Sitzung der AG "Wohnen" am 3. Juli 2003.

⁵³ Große Anfrage . Wohnen im Alter in NRW. DS 13/5406, S.58

- **Modellmaßnahmen in bestehenden Wohn- und Pflegeheimen**

Durch Modellmaßnahmen soll die Wohn- und Nutzungsqualität in bestehenden Wohn- und Pflegeheimen verbessert werden. Derartige Maßnahmen können durch Modernisierung und Umbau bestehender Einrichtungen zu altersgerechten Wohnungen, durch Umbau zu größeren Wohnungen für Wohngruppen beispielsweise von demenziell erkrankten Menschen oder durch Modernisierung bestehender Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, kleinteilige Wohngruppen oder Hausgemeinschaften einzurichten, erfolgen.

Die Frage, inwieweit ältere Bestände im Rahmen der anstehenden Erneuerungszyklen geeignet sind, mit barrierefreiem Standard im Sinne der DIN 18025 nachgerüstet zu werden, stellt sich gegenwärtig vor allem für die Wohnungsbestände der Nachkriegszeit. Eine große Anzahl von Siedlungen aus den 50er und 60er Jahren hat einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Mietern und Mieterinnen, die hier bereits seit über 40 Jahren wohnen. Diese Mieterinnen und Mieter kommen jetzt in ein Alter, in dem sie nicht mehr ohne Hilfe, Betreuungsangebote oder bauliche Verbesserungen in ihren Wohnungen bleiben können. Für die Wohnungen selbst steht aktuell erheblicher Erneuerungs- und Investitionsbedarf an. Bei der Entscheidung über die Erneuerungsstrategie ist dann zu klären, ob hier durch entsprechende bauliche Nachrüstung der gewünschte barrierefreie Standard auch für ältere und zum Teil pflegebedürftige Menschen zu erreichen ist. Insbesondere für die unmittelbaren Nachkriegsbestände mit kleinteiligen Grundrissen und minimalem Ausstattungsstandard sind die Grenzen der technischen und wirtschaftlichen Machbarkeit häufig erreicht.

Der Umfang und die erforderliche bauliche Eingriffsintensität zur Umrüstung hängt jeweils vom Gebäudetyp und der jeweiligen Bausubstanz ab. Die Frage nach der technischen und wirtschaftlichen Machbarkeit der erforderlichen Baumaßnahmen dürfte nicht nur für die unmittelbaren Nachkriegsbestände kritisch sein, sondern auch für bestimmte Bautypen, die z. B. über Hochparterrewohnungen verfügen (die charakteristisch sind für viele Siedlungsbestände der 50er Jahre) oder die über Aufzüge auf halber Geschosshöhe erschlossen wurden (trifft auf viele Bestände aus den 60er und 70er Jahren zu, in die bereits Aufzüge eingebaut wurden). Abhängig von den unterschiedlichen baulichen Strukturtypen ist deshalb auch mit intensiven baulichen Eingriffen nicht immer durchgängig die horizontale und die vertikale Barrierefreiheit zu erreichen.⁵⁴

3.2 Entwicklung und Anpassung des Wohnungsbestandes aus Sicht der Wohnungswirtschaft

Im folgenden Abschnitt werden die Aussagen der Wohnungswirtschaftsunternehmen zu Fragen nach der Ausrichtung des Wohnungsbestandes auf Bedürfnisse älterer Menschen, nach der Einbeziehung der Mieterinnen in Planung und Gestaltung sowie nach der Integration von unterschiedlichen Bedürfnissen von älteren Menschen zusammengefasst (Fragebogen siehe Anhang 9.1)⁵⁵.

⁵⁴ Große Anfrage der CDU: Wohnen im Alter - Antwort Drs. 13/5406

⁵⁵ Folgende Unternehmen haben auswertbare Rückmeldungen bzw. Material zurückgesendet:

Glückauf Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft, Lünen-Brambauer (Glückauf), Baugenossenschaft Freie Scholle eG, Bielefeld (Freie Scholle), Bauen und Wohnen GmbH, Bochum (Bauen und Wohnen), Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH, Bielefeld (BGW), TreuHandStelle GmbH Essen, Gelsenkirchen

Überlegungen für Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen

Der überwiegende Teil der Wohnungswirtschaftsunternehmen errichtet in unterschiedlicher Konsequenz vorwiegend Neubauvorhaben barrierefrei. Vereinzelt werden über die in DIN 18025 (Teil 2) formulierten Ansprüche für Ältere und Menschen mit Behinderungen hinaus höhere Anforderungen an Barrierefreiheit gestellt. Bei Neubauten und Modernisierung im Bestand bemühen sich Unternehmen, in Erdgeschosswohnungen Barrierefreiheit herzustellen, was auch für andere Personen und MieterInnengruppen vorteilhaft ist.

Probleme und Schwierigkeiten auf dem Weg zu barrierefreiem Wohnen werden vor allem bei der Modernisierung im Wohnungsbestand kontrovers beschrieben. Während einige hier keine besonderen Einschränkungen benennen, betonen andere Bauunternehmen, dass sie sich um die Schaffung von Barrierefreiheit bemühen, im Einzelfall aber klären müssen, ob ein barrierefreier Umbau technisch machbar ist. Beispielsweise gibt es aufgrund vorhandener Stufen im Eingangsbereich bei manchen Objekten Schwierigkeiten, eine durchgehende Barrierefreiheit zu erreichen. Da es nur bedingt möglich ist, im Bestand der jeweiligen Wohnungsunternehmen altengerechte und barrierefreie Wohnungen durch Modernisierung – beispielsweise dem Einbau von Treppenaufzügen in 4-geschossigen Mietwohnungen – zu schaffen, wird verstärkt zur Errichtung bestandersetzender Neubauten übergegangen. Dies sei unwesentlich teurer als der barrierefreie Umbau der Bestandswohnung und ermögliche bessere Wärme- und Schallschutzmaßnahmen.

Beteiligung der Betroffenen an Modernisierungs- und Wohnraumanpassungsmaßnahmen

Mieterinnen und Mieter werden bei Modernisierungsmaßnahmen weitestgehend miteinbezogen, allerdings mit unterschiedlicher starker Beteiligung. In Versammlungen und Einzelgesprächen können MieterInnen mitunter bei der Planung und Gestaltung von Wohnraum und Wohnumfeld mitwirken, damit individuelle Wünsche der Betroffenen einfließen können. Teilweise findet dies in enger Abstimmung bei Modernisierungen und Wohnungsanpassung statt, bei denen zur Gestaltung des Wohnraums auch Fragen der Bauabwicklung eine Rolle spielen. Vereinzelt werden durch einen Seniorenbeirat Anregungen und Gestaltungsvorschläge aufgenommen. Die Beteiligung von Betroffenen wird auch als laufender Prozess, sowohl für die Planung von Siedlungen als auch für die Gestaltung einzelner Wohnungen, geschildert. Beispielsweise werden in internen Gesprächen Maßnahmen mit betroffenen Mitgliedern abgestimmt und im weiteren Verlauf bei Hausbesuchen eine Vorplanung vorgelegt, die dann nach den Wünschen der Mitglieder geändert werden kann.

Bei Neubaumaßnahmen werden oft Erfahrungen und Einschätzungen, die ein Unternehmen bereits gesammelt hat, für den Umbau genutzt. Daher findet in diesem Bereich oft keine Mitwirkung der Mieter und späteren Nutzer statt. Dies ist auch bei manchen notwendigen Räumungen für Um- und Ausbaumaßnahmen der Fall, wenn Wohnungen nach dem Umbau u. U. auch anderen Personen wieder zu Verfügung gestellt werden sollen. Vereinzelt werden

Mitgliedern bei Neubaumaßnahmen, die Bestand ersetzen sollen, Ausweichwohnungen im Siedlungsgebiet zur Verfügung gestellt.

Orientierung an Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen

Grundsätzlich zeigen sich alle angefragten Wohnungsunternehmen interessiert, auf die Bedürfnisse von Zielgruppen einzugehen und beziehen sie unterschiedlich in die Planung mit ein. Vereinzelt wird kein Sinn in zielgruppenspezifischen Bauprojekten gesehen, da dies zu Segregation statt zu Integration führe. Ganzheitliche Wohnprojekte würden auch spezifische Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen, weswegen mittels Kontakt zu unterschiedlichen Zielgruppen versucht werde, gemeinsam Wohnvorstellungen umzusetzen.

Migrationsspezifische Aspekte werden unterschiedlich berücksichtigt. Zum einen liegen hinsichtlich der Belange von Menschen ausländischer Herkunft sowie gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften mitunter keine dokumentierbaren Erfahrungen vor. Andererseits werden wohnsoziale Projekte für alle Gruppen im Rahmen von Modernisierungsmaßnahmen erarbeitet, Selbsthilfefzusammenhänge gefördert und die Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Anforderungen als Standard gesehen. So soll Wohnpräferenzen spezifischer Zielgruppen in einigen Fällen künftig auf regionaler Ebene stärker nachgegangen werden. Erfahrungen in Großsiedlungen zeigen, dass durch konsequentes Belegungsmanagement gute Integrationserfolge erzielt würden. Zielgruppenspezifischen Bedürfnissen können beispielsweise durch ein Fernseh-Programmpaket für Migrantinnen und Migranten und die Einstellung einer Migrantin als Kontaktperson begegnet werden.

3.3 Aussagen zu Rahmenbedingungen & Standards

Nachfolgend werden Aussagen zu den Auswirkungen seit Änderung der Landesbauordnung, zur Einschätzung und Einhaltung der in der Landesbauordnung enthaltenen Vorgaben sowie zur Entwicklung eigener Standards bei den Wohnungsunternehmen wiedergegeben.

Auswirkungen seit Änderung der Landesbauordnung

Seit den Änderungen der Landesbauordnung zeichnet sich bezüglich der Auswirkungen ein differenziertes Bild ab. Es wird darauf hingewiesen, dass seitdem grundsätzlich alle Erdgeschosswohnungen barrierefrei errichtet werden müssen, was vorher nicht der Fall gewesen sei. Andere verweisen auf die Bestimmungen für öffentlich geförderten Wohnraum, die Barrierefreiheit für alle Wohnungen einfordern. Eine Reihe von Unternehmen hat zu diesem Thema noch keine Erfahrung, da sie seit Einführung der Änderungen kein Neubauprojekt mehr umgesetzt haben. Vereinzelt wird auf den erhöhten Planungsaufwand hingewiesen, bei anderen haben sich Änderungen nicht ausgewirkt, da bereits zuvor die Standards übertroffen worden seien.

Vorgaben der Landesbauordnung - Mindest- oder Maximalstandardwerte?

Durchweg betrachten die Unternehmen die Vorgaben der Landesbauordnung als Mindeststandards, die übertroffen werden können, z. B. bei Bedienungselementen und dem Bodenbelag. Je nach Erfahrungsstand werden vereinzelt aber auch Grenzen in der technischen Machbarkeit, insbesondere im Sanitärbereich benannt. Außerdem erfordern

individuelle Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen individuelle Maßnahmen, die sich oft nicht verallgemeinern lassen.

Überwiegend lassen die Wohnungsunternehmen erkennen, dass sie bereit sind, für die Einhaltung von Standards für altengerechtes, barrierefreies Wohnen auch ohne öffentliche Förderung zu sorgen. Einige äußerten sich hierzu uneingeschränkt befürwortend und wiesen zudem ihre Genossenschaft darauf hin, alle Maßnahmen auch ohne öffentliche Fördermittel umzusetzen. Alle früher in Anspruch genommenen öffentlichen Fördermittel seien zurückgezahlt worden. Im Sinn einer kundenorientierten Ausrichtung werden auch im freifinanzierten Wohnungsbau barrierefreie Wohnungen errichtet. Neben einer grundsätzlichen Bereitschaft, entsprechende Standards zu schaffen, wird auch auf die Notwendigkeit hingewiesen, die entstehenden Kosten auf die Mieten umlegen zu können. Dieses habe aber auch Grenzen, da die Mieten nicht zu hoch steigen dürften, um die Wohnungen noch vermieten zu können.

Eigene Standards für einen, den Lebenszyklus umfassenden Wohnbestand

Die Wohnungsunternehmen verfolgen bezüglich Wohnstandards, die den gesamten Lebenszyklus berücksichtigen, unterschiedliche Konzepte. Teilweise wird auch die Position vertreten, dass Lebenslaufmodelle nur vereinzelt sinnvoll umsetzbar seien. Die Anwendung der DIN 18025 Teil 2 (nachfolgend 18030) erscheint als die bessere Alternative, da Barrierefreiheit nicht zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist, sondern allen zu Gute kommt. Dieser Standard wird vor allem bei Neubauten angewendet bzw. dient als Orientierung für eigene idealtypische Standards für lebensgerechte Wohnungen. Bei Modernisierungen werden vereinzelt entsprechende Lösungen erarbeitet. Dazu gehören z. B. barrierefreie Außenanlagen oder die Stärkung des Services und der Selbsthilfe. In einem Fall wird mangels entsprechender Standards ein Wohnungstausch als sinnvolle Alternative angesehen, um eine der Lebenssituation angemessene Wohnung zu erhalten.

3.4 Wohnformen, Kooperationsmodelle und Projekte

Die Fragen zu diesem Themenbereich bezogen sich auf bestehende Kooperationen bzw. Kooperationsmodelle in der Wohnumfeldgestaltung und Gestaltung von Hilfe- und Pflegeangebote und auf die Beteiligung der Wohnungswirtschaftsunternehmen am Aufbau von örtlichen Netzwerken. Ferner war die Planung neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnungen von Interesse und ob Hilfe- und Pflegeangebote in die Konzeption des Wohnungsbestandes integriert sind und wie sich die Nachfrage bzw. Zukunftsperspektive des Bedürfnisorientierten Wohnens aus Sicht der Befragten gestaltet.

Kooperationen und Kooperationsmodelle bzw. Arbeitsgemeinschaften für Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung

Der überwiegende Teil der Unternehmen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, konnte auf eine wie auch immer geartete, bedürfnisorientierte Kooperation verweisen. Bis auf einzelne Unternehmen, die noch keinerlei Interessensgemeinschaften unterhalten, existieren unterschiedliche Formen von Kooperationen, u. a. mit

- anderen Wohnungsunternehmen,

- anderen Akteuren in der örtlichen Altenhilfe, beispielsweise bezogen auf die Zusammenlegung von separaten Wohnungen zu einer Wohnung für Menschen mit Demenz,
- Wohnberatungsstellen und Projektentwicklern, beispielsweise für integrative Wohnprojekte,
- Dienstleistern im Quartier und anderen Partnern bei konkreten Projekten oder
- einer Beteiligung der MieterInnen bei der Wohn- und Umfeldgestaltung.

Seitens der Wohnungsunternehmen bestehen verschiedene Kooperationsmodelle und Kooperationsvereinbarungen mit unterschiedlichen Trägern sozialer Arbeit, Selbsthilfeinitiativen und sozialen Netzwerken. Einige Unternehmen unterhalten projektbezogene Kooperationen oder kooperieren quartiersbezogen – je nach Bestand und Lage in den Kommunen – mit Trägern der sozialen Arbeit bzw. mit Selbsthilfeinitiativen, z. B. in Form von Kooperationen für familiengerechtes Wohnen. Ebenso hat sich die Zusammenarbeit mit sozialen Trägern auf der Ebene der Wohnquartiere bewährt. Es existiert beispielsweise eine hauptamtlich geführte Treffpunkteinrichtung, die vom kooperierenden Wohnungsunternehmen mit gefördert wird. Ein anderes Unternehmen hat für die gemeinnützige Arbeit einen Verein gegründet, der u. a. zum Ziel hat, eine generations- und kulturübergreifende Nachbarschaftshilfe zu fördern, ein soziales Netz aufzubauen, Angebote und Beratung für alle Generationen in den Zentren und Gemeinschaftsprojekte zu fördern sowie soziale Modellprojekte, die vom Land mit gefördert werden, durchzuführen.

Mitwirkung an Wohnformen und Planung neuer Projekte

Eine Reihe von Unternehmen weist auf ihr breites Angebot an Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen hin. Hierzu gehören u. a. Nachbarschaftstreffs, betreute Wohngruppen oder eigene mobile, soziale Dienste. Andere Unternehmen berichten von einer Mitwirkung an entsprechenden Projekten. Im Ruhrgebiet sind beispielsweise entsprechend ausgestattete Wohnungen entstanden, allerdings wurden die in diesem Umfeld entstandenen Dienstleistungen nicht angenommen und daher wieder eingestellt. Der Aufbau von tragfähigen Netzwerken mit sozialen Bindungen ist für eine Reihe von Unternehmen ein Thema, worunter auch generationsübergreifende Ansätze fallen.

Bis auf zwei Unternehmen sind alle anderen auch mit Planungen neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnangebote befasst. Diese unterscheiden sich allerdings im Umfang und in der Ausrichtung. So befinden sich zum Teil Projekte mit ca. 40 Wohneinheiten im Bau bzw. in der Planungsphase, in denen Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale angeboten werden soll. Neben dem Bau von Nachbarschaftszentren und barrierefreien „Normal“-Wohnungen werden vereinzelt Hausgemeinschaften als Angebote insbesondere für demenziell erkrankte Personen geplant. Konzepte für generationsübergreifende Wohnprojekte und Kooperationen mit sozialen Diensten zu Angeboten für „Wohnen im Alter“ sind in Auftrag gegeben worden, wofür Wohnungen entsprechend gestaltet werden müssen. Auch in Kooperation mit Heimträgern werden Altenwohnungen errichtet.

Integration von Hilfe- bzw. Pflegeangeboten und Teilnahme an lokalen Netzwerken

Hilfe- und Pflegeangebote sind in den Konzeptionen der Wohnungsunternehmen unterschiedlich stark verankert. Über Kooperationen mit anderen Trägern werden entsprechende Angebote und Hilfen, die für ältere und pflegebedürftige Menschen wichtig sind, sichergestellt. Es existieren zum einen unternehmenseigene, modulare Angebote wie beispielsweise Altenberatung oder -betreuung, Wohnberatung, Umzugshilfen und Unterstützung bei Antragstellungen für die Pflegekasse, Besuche für ältere und pflegebedürftige Menschen, Klärung notwendiger Hilfen für den Verbleib in der Wohnung sowie deren Organisation. Die Kosten der sozialen Arbeit der Beratungsstelle werden teilweise von Genossenschaftsmitgliedern getragen oder über niedrige Betreuungspauschalen finanziert. Des Weiteren vermitteln Unternehmen bei Bedarf Beratungs- und Betreuungsangebote von professionell arbeitenden Einrichtungen, wenn sie keine eigenen Hilfsangebote unterhalten. Zusätzliche individuelle Hilfen werden über ambulante Dienste geleistet. Weitere Angebote in Form von Information und Programmangeboten erfolgen vereinzelt über Treffpunkte und Kommunikationszentren.

Von allen Wohnungsunternehmen werden örtliche Netzwerke und die Teilnahme an denselben als wichtig eingeschätzt. Dabei sehen sich einige Unternehmen oft auch als Impulsgeber für entsprechende Initiativen. Es existieren beispielsweise Beteiligungen an einem Netzwerk für gerontopsychiatrische Versorgung und an sozialen Treffpunkten und zudem die Unterstützung von MieterInneninitiativen sowie die Teilnahme an Stadtteilkonferenzen. Auch die anderen Wohnungsunternehmen führen ihre quartiers- und stadtteilspezifischen Netzwerkstrukturen an, beteiligen sich am Quartiersmanagement der Kommune und verweisen auf ortsspezifische Aktivitäten. Hierbei spielen soziale Netzwerke, die soziale und Hilfeleistungen anbieten, eine besondere Rolle.

Nachfrage und Zukunftsperspektive von bedürfnisorientierten Wohnungen

Die Wohnungsunternehmen verzeichnen übereinstimmend eine große Nachfrage nach alten- und behindertengerechten bzw. barrierefreien Wohnungen. Es wird von allen Unternehmen davon ausgegangen, dass die Nachfrage in Zukunft noch weiter steigen wird. Vor allem altengerechte Wohnungen mit entsprechendem Service werden zunehmend verlangt. Gleichzeitig muss durch Wohnungsanpassungen, Betreuungsangebote im Bestand und ergänzende Dienstleistungen älteren und behinderten Menschen ein Wohnen in der gewohnten Umgebung ermöglicht werden. Es besteht eine steigende Nachfrage nach seniorenfreundlichen Wohnungen durch MieterInnen aus dem Wohnbestand, aber auch durch externe Personen. Von einem Unternehmen wird darauf hingewiesen, dass herkömmliche Seniorenwohnungen aufgrund ihrer begrenzten Größe (1,5 Zi, 45 qm) nicht mehr nachfragekonform seien.

Zwar wird berichtet, dass MieterInnen bislang die Vorzüge einer besseren Ausstattung gerne in Anspruch nehmen, dies aber noch nicht zu einer Nachfrage nach entsprechend ausgestatteten Wohnungen führen würde. Teilweise wird auch von einem weiteren Zuwachs der Zahl älterer deutscher MieterInnen und langfristig auch von einem Anstieg der älteren Haushalte mit ausländischer Herkunft ausgegangen. Vereinzelt kann es außerdem bei derzeitigen bzw. potentiellen älteren MieterInnen zukünftig zu einer Stagnation und z. T. auch Verschlechterung der Einkommensverhältnisse kommen. Ein Unternehmen weist

darauf hin, dass die Nutzungsgebühren derzeit in der Genossenschaft für normale EinkommensbezieherInnen zwar finanzierbar seien, die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und speziell die Einkommensentwicklung bei älteren Menschen allerdings Sorge bereite.

3.5 Refinanzierungsprobleme und Änderungsbedarf bei altengerechten und barrierefreien Wohnraum- und Quartiersgestaltungen

Zu diesem Themenkomplex wurden Fragen nach Refinanzierungsproblemen bei altengerechten und barrierefreien Wohnungen sowie nach Änderungsbedarf seitens der Gesetzgebung und der Wohnungsbauförderung gestellt.

Dabei wird von den Wohnungsunternehmen fast ausnahmslos auf Refinanzierungsprobleme bei Modernisierungsmaßnahmen hingewiesen. Das betrifft vor allem Finanzierungsschwierigkeiten, die durch den nachträglichen Einbau von kostenträchtigen Aufzugsanlagen für die Schaffung der Barrierefreiheit entstehen. Oft stellen auch die baulichen Voraussetzungen für die Schaffung der Barrierefreiheit ein Problem dar. Es wird von den Unternehmen ein Zielkonflikt zwischen den notwendigen baulichen Maßnahmen zur Erreichung der Barrierefreiheit einerseits und der Belastung für die MieterInnen durch zu hohe Mietnebenkosten andererseits hingewiesen, die aufgrund der teuren Umbaumaßnahmen entstünden. Seitens einzelner Unternehmen wird eine mögliche Entwicklung beschrieben, bei der sich die ökonomische Situation für viele Menschen der älteren Generation aufgrund möglicher weiterer Belastungen und zu erwartenden geringeren Alterseinkommen zukünftig verschlechtern könnte. Dies hätte auch Folgen für die Wohnsituation.

Ein großes Unternehmen berichtet, dass bereits heute mehr als die Hälfte seiner Mieterinnen und Mieter über 60 Jahre alt sei und der überwiegende Teil der Einpersonenhaushalte nur ein monatliches Einkommen von unter 1.000 Euro aufweise.

Die Wohnungsunternehmen fordern u. a. bessere Finanzierungsmöglichkeiten für neue Wohnformen als Alternative zur stationären Unterbringung und für die angestammte häusliche Versorgung. Sie grenzen sich deutlich von Einrichtungen, die dem Heimgesetz unterliegen, ab und fordern eine klarere rechtliche Definition.

Änderungsbedarf bei der Wohnungsbauförderung besteht bezüglich der Förderung von Gemeinschaftsräumen und der Förderung von Funktionsräumen wie Pflegebad, Nachtbereitschaftsraum, Kurzzeitpflegeappartement etc. Ein Vorschlag sieht eine Förderung von integrierten Pflegeeinrichtungen vor, ein weiterer die verstärkte Einbeziehung von Wohnberatungsstellen als Fachplaner.

4 Situation und Entwicklung beim ambulanten und stationären Wohnen

4.1 Ambulant Betreutes Wohnen

Wie eingangs dargestellt, können bei Projekten des „Betreuten Wohnens zu Hause“ ältere Menschen in ihrer angestammten Wohnumgebung bleiben, indem sie mit ambulanten Diensten einen Betreuungsvertrag schließen und regelmäßig Betreuungsleistungen in ihrer Wohnung erhalten. Ein vollständiger quantitativer Überblick über die Projekte des Betreuten Wohnens liegt derzeit noch nicht vor. Im Rahmen einer für das Projekt durchgeführten Recherche konnten ca. zehn Projekte ermittelt werden, bei denen Senioren explizit einen Vertrag mit einem Dienstleister abschließen, um am „Betreuten Wohnen zu Hause“ teilzunehmen. Zu den bekannteren Projekten dieser Art, die auch schon auf längere Erfahrungen zurückblicken können, gehören Projekte in Aachen und in Heidelberg.

Werden zu diesem Wohnkonzept auch die Bemühungen der Wohnungswirtschaft, Betreuungsleistungen für ihre älteren Mieter anzubieten oder die Hilfeangebote von Nachbarschaftshilfevereinen hinzugerechnet, dürfte die Anzahl der Projekte deutlich höher sein. Auch hier können ältere Menschen normalerweise auf ein umfassendes Betreuungs- und Dienstleistungspaket zurückgreifen, wie es sonst nur in betreuten Wohnanlagen zur Verfügung steht, jedoch werden hier in der Regel keine gesonderten Betreuungsverträge zwischen den Senioren und den Dienstleistern abgeschlossen. Die Finanzierung der Beratungsleistungen wird über Mitgliedsbeiträge oder über die Mietnebenkosten durch alle Mieter mitfinanziert. Insgesamt kann von einer relativ kleinen Gruppe von älteren Menschen, die in den genannten Regionen an solchen Wohnprojekten teilnehmen, ausgegangen werden.

Das Besondere am Wohnangebot „Betreutes Wohnen zu Hause“ sind die regelmäßigen Kontaktbesuche in der Wohnung der älteren Menschen im Rahmen der Grundleistungen. Nach einer Studie in Heidelberg wünschen nur rund 6 Prozent der Nutzer des Betreuten Wohnens zu Hause keine monatlichen Kontaktbesuche.⁵⁶ Über 90 Prozent der Nutzer greifen gerne auf dieses Angebot zurück. Die Kontaktbesuche sind für mehr als die Hälfte der befragten Bewohner des Betreuten Wohnens im Bestand eine besondere Gesprächsmöglichkeit.

Neben dieser noch nicht weit verbreiteten Betreuungsform hat sich bundesweit mittlerweile ein Angebot an Betreutem Wohnen von über 230.000 Wohnungen und Plätzen entwickelt. Bei den gemeinschaftlichen Wohnformen wird die Zahl auf 8.000 Plätze geschätzt. In NRW sind allein bei den Regionalstellen rd. 50 fertig gestellte sowie fünf in Bau und weitere 33 in Planung befindliche Projekte mit schätzungsweise über 1.000 Plätzen bekannt. Hinzu kommen eine Vielzahl von regional bekannten Projekten. Hier ist insbesondere Bielefeld mit mindestens 30 Projekten zu nennen.

⁵⁶ Tews, Bühler & Weiß, 2001 in: Kremer-Preiß & Stolarz, 2003

4.2 Weiterentwicklungsmöglichkeiten von Heimen (Sonderwohnformen)

Es stellt sich die Frage wie die Lebenssituation alter Menschen in Altenpflegeheimen zufrieden stellend gestaltet werden kann. Die ansteigende Lebenserwartung, verbunden mit sich schnell verändernden sozialen Strukturen, hat das Thema „Alter und Pflegebedürftigkeit“, nicht zuletzt wegen der damit verbundenen ökonomischen Veränderungen, zu einem zentralen gesellschaftlichen und sozialen Thema gemacht.

4.2.1 Ausgangsfragestellungen und Grundsätze

Alten- und Altenpflegeheime sind Orte, in denen Menschen ihr Leben vollenden, sie sind ihr letzter Wohnort. Dies unterscheidet sie signifikant von anderen „Pflegeorten“, wie beispielsweise Krankenhäusern oder Reha-Kliniken. Hier hält man sich nur vorübergehend unter Beibehaltung des eigenen Haushalts (des Zuhauses) auf und in der Regel kehrt man dorthin zurück. Dieser Gesichtspunkt macht es notwendig, Alten- und Altenpflegeheime unter den Aspekten der (Kunden)-Bedürfnisse, des Wohnens und Lebens anzuschauen. Der Aktionsradius der Menschen, die dort leben, ist eingeschränkt, und von daher sind befriedigende Wohnbedingungen besonders wichtig. Die Wohnung ist Ausdruck der Person, sie birgt Erinnerungsstücke des Lebens, sie bietet Schutz und ermöglicht Rückzug. Der Wunsch, auch im Alter solange wie möglich zu Hause zu bleiben, ist der Wunsch vieler alter Menschen.

In der Regel ist es heute in den meisten Alten- und Pflegeheimen möglich, eigene Möbel, Bilder, Bücher, Pflanzen, ja sogar manchmal Haustiere, mitzubringen. So können emotionale Bindungen, die mit dem Bild noch aus dem Elternhaus oder der selbst bestickten Tischdecke verbunden sind, erhalten bleiben. Sie ermöglichen so auch in der Institution „Altenheim“ ein Stück Privatheit. Die Forderung, Einzelzimmer zum Standard zu erheben, ist nicht in Frage zu stellen. In Mehrbettzimmern ist der Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes Grenzen gesetzt. Der intimste, private Raum muss mit einem Menschen geteilt werden, der (zumindest zunächst) fremd ist. Unterschiedliche Bedürfnisse nach Ruhe, die Regulierung der Raumtemperatur, das Hören von Musik und vieles mehr muss mit dem Mitbewohner abgestimmt werden. Dies schränkt die persönliche Autonomie ein und führt nicht selten zu erheblichen Konflikten oder zu Resignativem-sich-abfinden.

Die Gesamtheit der Wohnbedürfnisse muss bei allen Wohn- und Betreuungsformen umfassend berücksichtigt werden. Alle Angebote sind daran zu messen, in wieweit sie diesen Bedürfnissen gerecht werden. Leben im Altenwohnhaus bedeutet Selbstverwirklichung in einem neuen Lebensabschnitt und Individualität im letzten Lebensabschnitt trotz körperlicher, seelischer oder geistiger Beeinträchtigungen zu erhalten. Voraussetzung für das Wohlbefinden ist die Gestaltung des Wohnens, Lebens und Pflegens in Kleinräumlichkeit und Teilhabe ermöglichenden, an der Normalität des Alltags orientierten Strukturen. Eine so gestaltete Betreuungsform erleichtert Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern eine gebührende und notwendige Beteiligung. Eine soziale Einrichtung muss eine Einladungskultur pflegen, wenn sie nicht zu einem Ghetto werden will.⁵⁷

⁵⁷ Kochanek, 2001

Eckpunkte von Veränderungen

Das Alten- oder Pflegeheim ist nicht ein von älteren Menschen gewählter Ort, an dem sie die letzten Lebensjahre in Gemeinschaft verbringen und die notwendige Unterstützung erhalten. Die Ursache für einen Umzug in ein Alten- und Pflegeheim besteht in der Regel darin, dass familiäre Hilfesysteme bei fortschreitender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht mehr ausreichen oder nicht vorhanden sind. Oft ist es somit eine soziale Indikation, die zu einer Aufnahme in eine stationäre Einrichtung führt. Alten- und Pflegeheime sind in ihrer derzeitigen Strukturierung häufig besonders für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nicht geeignet und verstärken in vielen Bereichen die Symptomatik. Dies gilt sowohl für bauliche Standards als auch für die Betreuungskonzepte. Das mehr oder weniger breit gefächerte und unspezifische Leistungsangebot in Altenheimen ist nicht bedarfsgerecht und darüber hinaus zu teuer. Das Altwerden in stationären Einrichtungen entspricht nicht den Wünschen der Betroffenen. In der Rangfolge dessen was ältere Menschen sich als Wohn- und Lebensort vorstellen rangieren stationäre Einrichtungen inzwischen weit hinten - und dies obwohl alternative Wohn- und Betreuungsformen wie das Betreute Wohnen, Haus- und Wohngemeinschaften etc. nicht flächendeckend vorhanden sind - und der Bekanntheitsgrad noch relativ gering ist.⁵⁸

Kundenzufriedenheit

Qualität ist ein umfassender Begriff für produkt- und leistungsspezifische Merkmale, die für die Bedürfnisbefriedigung des Kunden bedeutend sind. Qualität bezieht sich also auf rein sachliche Informationen über die Eigenschaften und soll somit objektiv und neutral sein. Der Qualitätsbegriff ist jedoch auch eng zu fassen. Der Nutzen einer Dienstleistung wie Pflege ist ausschließlich davon abhängig, ob er den persönlichen Bedürfnissen der Kunden entgegenkommt. Persönliche Bedürfnisse lassen sich nicht standardisieren. Sicherheit, Geborgenheit, Rücksicht auf Eigenheiten sind ebenso wichtig wie die Versorgung mit Nahrung, Wäsche und pflegerische Hilfen. Wenn die Qualität von Dienstleistungen definiert und bewertet werden soll, müssen die objektiven Eigenschaften der Dienstleistung und der individuelle Nutzen berücksichtigt werden. Diese beiden Elemente zu verknüpfen, ist die eigentliche Herausforderung, wenn es darum geht soziale Dienstleistungen zu gestalten. Es sind neue Konzepte erforderlich, um die eingangs skizzierten strukturellen Veränderungen und die Kundenorientierung zu verbessern. Das Spannungsfeld zwischen der ethischen Verpflichtung hilfs- und pflegebedürftigen Menschen adäquate Unterstützung zu gewähren und ökonomischen Kriterien ist eine der Hauptanforderungen unserer heutigen gesellschaftlichen Aufgabenstellungen. Die Sicht der Nutzer darf hier nicht aus dem Blickfeld geraten.

Bezogen auf das Leben in Alten- und Pflegeheimen muss die Qualitätssicherung der Pflege um die Qualitätssicherung der Wohn- und Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner erweitert werden.⁵⁹ Die Individualität der Bewohner und deren Bedürfnisse sollten hier das Hauptkriterium für Abläufe und Angebote der Einrichtungen sein. Die soziale Dienstleistung Pflege geschieht in Interaktion, im miteinander Handeln von Personen und in der Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen der Pflege- und Hilfebedürftigen.

⁵⁸ vgl. dazu auch den Projektbericht des KDA (BMG, 2002) und die Expertise von Eichener (2004).

⁵⁹ Schneekloth, 1997.

Kundenzufriedenheit entsteht durch die Verbindung der Begriffe Pflege- und Lebensqualität und ihre Berücksichtigung in der Gestaltung sozialer Dienstleistungen. Untersuchungen belegen, dass für die Bewohner von Pflegeeinrichtungen Aktivitäten, Wahlmöglichkeiten, Kontrolle über das eigene Leben sowie Kontakte mit der Außenwelt eine bedeutende Rolle spielen.⁶⁰

„Person sein“ erhalten

Herrschte bis in die 70er Jahre eine „Fürsorgementalität“, in der zum Ausdruck kam, dass „der“ ältere Mensch sich einem Versorgungstyp (Heim) anzupassen habe, wurden mit der Differenzierung des Altersbildes durch die Gerontologie interindividuelle Unterschiede sichtbar gemacht. An die Stelle des Versorgens trat die Durchführung von Dienstleistungen, die das Einstellen auf die individuell unterschiedlichen Bedürfnisse und Wünsche beinhalteten. Der Begriff des „Kunden“ oder „Klienten“ impliziert eine Gleichrangigkeit und im Grunde genommen ein „demokratisches“ Verhältnis der Akteure zueinander. Bei der Beziehung zum Kunden ist auf sein Selbstbestimmungsrecht zu achten. Darüber hinaus sind seine Kompetenzen und Fähigkeiten einzubeziehen, seine Lebensgewohnheiten zu berücksichtigen und sein Netzwerk zu integrieren.

Pflege⁶¹ im Altenwohnhaus unterscheidet sich von Pflege an anderen „Orten“ signifikant. Im Vordergrund steht nicht Hilfe im Heilungsprozess eines erkrankten Menschen, sondern die Linderung von Beschwerden oder der Erhalt und die Stabilisierung noch vorhandener Fähigkeiten. Letztlich aber ist jeder Prozess, auch wenn er aktivierend und ressourcenorientiert gestaltet wird, doch von zunehmender Pflegebedürftigkeit und nachlassenden Fähigkeiten geprägt, an dessen Ende der Tod eines Menschen steht. In diesem Prozess kommt es wesentlich auf Haltungen, Werte und Einstellungen der Mitarbeiter an und auf einen reflektierenden Umgang mit den Grenzen und der Endlichkeit ihres Handelns.⁶²

4.2.2 Leistungsdifferenzierung in der stationären Pflege

Schließlich gehört ein Paradigmenwechsel zu den Voraussetzungen, dass das Leben für Menschen mit Demenz gelingen kann. Das medizinische Paradigma hilft nur bedingt und die Gesellschaft muss sich mit dieser Krankheit und ihren Symptomen arrangieren. Nicht von ungefähr kommt es, dass die Perspektive „Hauswirtschaft“ in den neueren Versorgungskonzepten prägend wird: Es geht um gelingenden Alltag, nicht um die Heilung und Bewältigung einer Krankheit.

Das Anforderungsprofil an vollstationäre Pflege umspannt einen weiten Bogen verschiedener fachlich-konzeptioneller Ausrichtungen, die ohne Einleitung einer angemessenen Binnendifferenzierung und pflegerischen Spezifizierung nicht realisiert werden kann.⁶³ Bedingung einer Individualisierung der Pflege ist die differenzierte Wahrnehmung

⁶⁰ Sowarka, 2000

⁶¹ Mit Pflege ist hier das integrative, berufsübergreifende Agieren aller Mitarbeiter gemeint.

⁶² Siehe hierzu die weiteren Ausführungen unter die sich nicht nur auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen beziehen.

⁶³ Schmidt, 2003

abweichender Bedarfslagen und die Spezifizierung der Pflege- und Betreuungskonzeptionen:

Finale Pflege, Betreuung von Menschen mit Demenz, ethnische Besonderheiten (z.B. Migranten und Migrantinnen), alt gewordene Behinderte und junge Pflegebedürftige.

„Leistungsdifferenzierung ist bedarfs- und qualitätsorientiert auszugestalten. Im Zentrum steht nicht die Zuweisung besonderer Aufgaben an einzelne Einrichtungen, sondern die Würdigung besonderer Bedarfe von Bewohnergruppen und die Herstellung geeigneter Settings der Versorgung („situitives Heim“).⁶⁴ So ist zu berücksichtigen, dass sich das Pflegeheim immer stärker auf schwer- und schwerstpflegebedürftige Patienten mit kürzer werdender Aufenthaltsdauer entwickeln wird. Pauschalierungen, wie sie derzeit in den einheitlichen, lediglich nach Pflegestufen (Pflegeklassen) differenzierten Pflegesätzen zum Ausdruck kommen, sind zu überwinden. Pflegefachlich zu dokumentieren und zu verhandeln sind stattdessen differenzierte Pflegesätze für verschiedene Bedarfsgruppen.

Das Stichwort ist hier inzwischen die „Ambulantisierung“ der Pflege, an das u. a. folgende Fragen anknüpfen: Wird es möglich sein stationäre Einrichtungen für einen großen zunächst unspezifischen Personenkreis als Wohn- und Lebenswelt zu gestalten? Wird es möglich sein, quasi dorthinein pflegefachliche und spezifische auf den individuellen Bedarf abgestimmte Leistungen zu erbringen? Ist es denkbar, insbesondere bei Trägern mehrerer örtlich naher Einrichtungen, einen sozusagen intern zu nutzenden „Pool von Pflegefachkräften“ zu bilden? Können solche Konzepte ansonsten in Kooperationen zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern erfolgen?

Zunehmend bemühen sich bestehende Einrichtungen um konzeptionelle und (zumindest teilweise) bauliche Veränderungen, um eine Differenzierung in spezifische Wohnbereiche vorzunehmen. Dabei stellt sich die Frage, welches Versorgungssetting geeignet ist. Der Arbeitsausschuss „Stationäre Versorgung“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft hat hierzu Thesen formuliert⁶⁵, die z. B. Aussagen zu integrierten oder auch segregativen Konzepten treffen. Abgesehen davon, dass solche Differenzierungen in den bestehenden Einrichtungen nicht immer zu gestalten sind, ist zu bedenken, dass „eine effektive Betreuungskonzeption für Demenzkranke sich durch bestimmte gestalterische, menschliche und fachliche Prinzipien auszeichnet, die man unter dem Oberbegriff „unaufdringliche professionelle Kompensation“ zusammenfassen kann.“⁶⁶ Bisherige Erfahrungen sprechen allerdings dafür, dass bei weiter fortgeschrittenem Krankheitsstadium in Verbindung mit herausforderndem Verhalten, sowohl für die Betroffenen als auch für die Mitarbeiter eine Betreuung in homogenen Gruppen sinnvoller und für die Mitarbeiterinnen weniger belastend ist.

4.3 Wohn- und Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz

Für pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Demenz haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene solitäre Modelle an Wohn- bzw. Hausgemeinschaften entwickelt. Ausgehend von Modellen aus dem Ausland, u. a. aus den Niederlanden und Frankreich, sind

⁶⁴ Schmidt, 2003, S. 35

⁶⁵ vgl. Heeg 2002: 135

⁶⁶ vgl. Salzmann-Zöbeley 2002: 83.

seit 1997 auch in Deutschland zunehmend entsprechende Wohnformen entstanden, die in ihrer Größe überschaubar sind und stark auf Normalität und Geborgenheit abheben. Hausgemeinschaften, insbesondere in einer Gruppengröße von maximal acht Personen oder darunter, eignen sich besonders für das Wohnen und die Betreuung von Menschen mit Demenz, sind aber auf diese Zielgruppe nicht allein festgelegt.⁶⁷ Dabei müssen unabhängig vom Status, ob ambulant oder stationär, einige grundsätzliche Prinzipien erfüllt werden. Die Tagesgestaltung sollte sowohl anregend als auch angstreduzierend ausgerichtet sein. Im Vordergrund sollte dabei die Organisation eines Alltags stehen. Die Gruppengröße ist auf max. acht Personen ausgerichtet, andere Konzepte halten zwölf Personen in der integrierten, stationären Versorgung für tragbar.⁶⁸ Es lassen sich vier Typen von Hausgemeinschaften unterscheiden:

- a) **Integriert stationär:** Aufteilung eines Pflegeheims in teilautonome Pflegeeinrichtungen, die familienähnlichen Charakter besitzen sollen. Beispielhaft hierfür gelten die französischen *cantous*.
- b) **Ambulant mit zentraler Bezugsperson:** Hier stehen Fachkräfte als kontinuierliche Bezugsperson zur Verfügung. Grund- und pflegerische Einrichtungen werden von selbstgewählten, ambulanten Diensten erbracht. Vorbild für dieses Konzept ist das Anton-Piek-Hofje in Haarlem.
- c) **Ambulant mit ausschließlicher Versorgung durch ambulante Pflegedienste:** Hier werden die Leistungen - orientiert am tatsächlichen Pflegebedarf der einzelnen BewohnerInnen und Bewohner- durch ambulante Dienste eingekauft.
- d) Die **Wohngemeinschaften im traditionellen, stationären Milieu** sind in einem umfassenden Regelsystem eingebunden. Dabei stehen oft die häuslich anmutende Ausrichtung und gemütliche Ausstattung der Gemeinschaftsräume bestehenden Verordnungen gegenüber. Die pflegerische Infrastruktur lässt sich leider oft nicht an den inhaltlichen und wirtschaftlichen Notwendigkeiten anpassen.

Die heimverbundenen Hausgemeinschaften bestehen in der Regel aus einer großen Wohnung, die einem vollstationären Pflegeheim zugeordnet ist. Bezüglich der Heimmindestbauverordnung sind Ausnahmen ausgehandelt worden, die den häuslichen Charakter erhalten. Bezüglich der Personalausstattung sind flexiblere Lösungen vereinbart worden. Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften setzen eine Trennung von Vermieter und Pflegeanbieter voraus. Dies kann auch nicht ausschließlich ein Anbieter sein. Die Umsetzung des Wahlrechts setzt allerdings oft engagierte Angehörige oder Betreuer voraus.

Soweit die kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner es zulassen, können sie sich aktiv am Geschehen in der Hausgemeinschaft beteiligen. Aber auch darüber hinaus partizipieren alle Mitglieder von der Vielfalt der Reize, Überschaubarkeit und Vertrautheit in den Hausgemeinschaften.⁶⁹ Die Organisation, Bewirtung und die unmittelbare Betreuung liegt in den Händen einer festen Bezugsperson. Professionelle Pflegeleistungen werden je nach individuellem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner von Fachkräften hausintern oder durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht. Der

⁶⁷ BMG, 2002

⁶⁸ BMFSFJ, 2003

⁶⁹ BMG, 2002

Nachtdienst bzw. die Nachtbereitschaft ist mit einer Pflegefachkraft besetzt bzw. wird durch den ambulanten Pflegedienst erbracht. Im Betriebskonzept für die KDA-Hausgemeinschaften werden für eine achtköpfige Hausgemeinschaft sechs bis sieben Vollzeitstellen angesetzt.⁷⁰

4.4 Wohngruppen für demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen⁷¹

Die Zusammensetzung der Bewohnerschaft in den Alten- und Pflegeheimen Nordrhein-Westfalens verändert sich seit ca. einem bis anderthalb Jahrzehnten kontinuierlich zugunsten der Personen, die eine demenzielle Erkrankung aufweisen.

Bereits die Resultate einer Untersuchung zur Mitwirkung Älterer in Alten- und Pflegeheimen Nordrhein-Westfalens in Heimbeiräten und in Ersatzgremien machten deutlich, dass die Heimbetreiber in weiten Teilen des Landes vor völlig neuen Herausforderungen stehen.⁷² Inzwischen wird der Anteil demenzieller Erkrankungen bereits auf über 50 Prozent geschätzt.⁷³ Es darf davon ausgegangen werden, dass die demenziell Erkrankten heute einen Anteil von ca. 60 Prozent und darüber hinaus einnehmen und somit eine Quote erreichen, die in anderen Bundesländern bereits ermittelt wurde.⁷⁴ Bei Neuaufnahmen weisen bereits drei von vier Personen demenzielle Erkrankungen auf.

4.4.1 Wohngruppenkonzepte in der stationären Pflege

Die Aufgabe der Versorgung liegt darin, für die Betroffenen ein geeignetes Wohn- und Lebensumfeld zu schaffen, das sich dem Krankheitsverlauf anpasst und die Erkrankten mit geeigneten Maßnahmen bei der Bewältigung seiner Alltagsverrichtungen unterstützt. In der Literatur wird von verschiedenen Einzelmaßnahmen berichtet, die nicht nur einen würdevollen Umgang mit den Erkrankten, sondern auch positive Effekte auf den Krankheitsverlauf beschreiben.

Die Qualität einer den Bewohnern angemessenen Betreuung und Pflege hängt von mehreren Faktoren ab. Zu diesen zählen vorrangig personelle und konzeptionelle, organisatorische und strukturelle Faktoren und ein soziales Milieu sowie eine geeignete baulich-räumliche Umgebung. Als Gesamtheit bilden diese Faktoren das Milieu zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Demenz. Das Zusammenspiel aller Faktoren soll dazu beitragen, nicht allein Symptome einer organischen Störung, sondern auch nicht-kognitive Störungen zu „behandeln“. Sozialtherapeutische Interventionen versuchen mittels bewussten Einsatzes zwischenmenschlicher Beziehungen und der an den Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen gestalteten Umgebung gezielt auf das Verhalten Einfluss zu nehmen. Dabei trägt die soziale und räumliche Umgebung als Ganzes zum Erhalt der Identität des Erkrankten bei.

⁷⁰ BMG (2000).

⁷¹ Die folgenden Abschnitte basieren auf zusammengefassten Studienergebnissen von Reggentin und Dettbarn-Reggentin (2004), die der Enquetekommission zum Thema "Wohngruppen für demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen" zur Verfügung gestellt wurden.

⁷² Reggentin & Dettbarn-Reggentin, (1999).

⁷³ Getta und Schnabel (2000) kommen beispielsweise in einer Untersuchung zum Pflegebedarf in 26 stationären Einrichtungen in NRW auf einen Anteil desorientierter Bewohner von 52 Prozent.

⁷⁴ ISGOS, (2002).

4.4.2 Wohngruppen als sozialtherapeutische Intervention

Die Wirkung sozialtherapeutischer Maßnahmen konnte in drei stationären Einrichtungen in NRW, die im Rahmen von Modellvorhaben Wohngruppen in ihren Häusern eingerichtet haben, gemessen werden. Gemeinsam ist diesen Modellen, dass sie sich an dem Konzept der Milieuthherapie orientieren.

Milieuthérapie knüpft an Gewohntem, an Vertrautem und an Erfahrenem an. Sie basiert daher auf biografisch Bekanntem. Das Milieu bietet klare Strukturen, ist überschaubar, stimuliert ohne zu überfordern und es strukturiert den alltäglichen Ablauf zur Sicherung von Orientierungsfähigkeiten und Zeitgefühl. Es ist dennoch individuell ausgerichtet, weil die pflegenden und betreuenden Bezugspersonen die zu pflegende Person in ihrem Krankheitszustand respektieren und sich einfühlsam im Umgang mit ihr verhalten. Die Erfahrungen der Wirkungsweise der Milieuthérapie beruhen zwar auf unterschiedlichen Konzepten in der Alltagsgestaltung, beziehen sich aber auf den gemeinsamen Nenner der Bezugspflege. Gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner sollen in ihren Alltagsbewältigungen unterstützt werden.

Die einzelnen Projekte des Modellvorhabens „Wohngruppen für demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen“ im Christinenstift in Linnich-Gereonsweiler, (einer Einrichtung der Katholischen Pfarre St. Gereon Hückelhoven), im Alten- und Pflegeheim Mönchengladbach-Lürrip, (einer Einrichtung der Sozial-Holding Mönchengladbach GmbH) und dem Altenzentrum Klarastift in Münster hatten zum Ziel, mit einem milieuthérapeutisch orientierten Konzept eine Verbesserung der Pflegesituation für die Bewohner wie auch für das Personal zu erzielen. Hierzu wurden in den drei Einrichtungen Wohngruppen mit ausschließlich mittelschwer und schwer an Demenz erkrankten Bewohnern sowie in einer Einrichtung vier weitere Wohngruppen mit einer gemischten Zusammensetzung aus orientierten und aus demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern gebildet. Das Wohnumfeld wurde mittels baulicher Maßnahmen zur milieugerechten Versorgung angepasst und mit personellen und organisatorischen Maßnahmen eine konstante Pflege und Betreuung mit vertrauten Bezugspersonen hergestellt. Eine der zentralen Fragen lautete, ob milieuorientierte kleine Wohngruppen zur Qualitätsverbesserung in stationären Einrichtungen beitragen können und ob dies mit einem höheren Aufwand an Pflege- und Betreuungsleistungen verbunden ist.

4.4.3 Baulich-räumliche Voraussetzungen

Die Umgestaltung von Altbauten in Wohngruppeneinheiten sollte in der Fläche ausreichend dimensioniert sein und Höhenunterschiede vermeiden. Als Planungsgrundlage sollten die Vorgaben der DIN 18025 Teil 1, rollstuhlgerechte Wohnungen, eingehalten werden, da ein wachsender Anteil hochaltriger Menschen auch zeitweise einen Rollstuhl benutzen wird. Die vorhandenen Räume der Wohngruppen – wie auch der Kontrollgruppen – entsprechen in ihren Größen kaum diesen Standards. Das macht sich dann bemerkbar, wenn Rollstuhlfahrer in ihren Räumen drehen oder im Flur aneinander vorbeifahren. Im Gemeinschaftsbereich ist dagegen in der Regel genügend Platz. Die baulich-räumlichen Gegebenheiten in der Kontrollgruppe und somit auch in den übrigen Normaltagen sind von

ihren Voraussetzungen her nicht geeignet, hier eine Versorgung demenzkranker Bewohner ohne entsprechende Anpassungsmaßnahmen durchzuführen.

4.4.4 Bedeutung und Rolle von Angehörigen in den Wohngruppen

Von den Wohnbereichsleitern der Kontrollgruppen wie auch von den Wohngruppen wurde übereinstimmend die Bedeutung der Angehörigen für die Bewohner hervorgehoben. Demnach diese zur Entlastung des Personals bei. Angehörige erfüllen wichtige Aufgaben

- sie ermitteln die Biographie der zu pflegenden Person
- sie engagieren sich für die gesamte Wohngruppe bzw. für die Wohntage
- sie unterstützen bei der Organisation und Versorgung (z. B. bei Festen)
- sie richten bei Heimaufnahme mit ein
- sie übermitteln über Angehörigentreffs (WG) oder direkte Ansprache die Bedürfnisse der Bewohner

Angehörige sind sehr unterschiedlich in das Heimleben einbezogen. Bei einigen Gruppen aber auch Wohntagen werden sie als zugehörig angesehen, als seien sie dem Personal gleichgestellt. Für einige der Wohngruppen-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter gehören sie zum Heim. Regelmäßige Aufgaben, z.B. die Hilfe bei der Essensreichung, bilden die Ausnahme, sie wirken eher sporadisch mit. Auf die Wohngruppenbewohner wirken die Angehörigenbesuche beruhigend. Regelmäßige Besucher werden zum Teil auch von den anderen mitwohnenden Demenzkranken wieder erkannt. Dieses für die Bewohner wichtige Thema ist noch nicht ausreichend diskutiert und auf seine Möglichkeit hin geprüft worden.

4.4.5 Perspektive

Die Ergebnisse zeigen ermutigende Perspektiven für die weitere Gestaltung der Versorgungslandschaft auf, insbesondere für die Anpassung in stationären Einrichtungen. Sie belegen erstmals in Deutschland im Langzeitvergleich unter Hinzuziehung einer Kontrollgruppe die positive Wirkung von Wohngruppen auf die Bewohnerinnen und Bewohner wie auch auf das Personal. Damit werden im Trend internationale Studien zur Effektivität von Wohngruppenkonzepten aus Frankreich, Großbritannien und Schweden bestätigt.

Die stationären Einrichtungen in NRW sollten ermutigt werden, ein vergleichbares Konzept auch für ihre Häuser umzusetzen. Die Beziehungspflege durch interaktive Gruppen von orientierten demenziell erkrankten Bewohnern in integrativen Gruppen führt zu Gewinnen für beide Personengruppen. Die gestalterischen Anpassungsmaßnahmen werden ebenfalls ausgeschöpft und weiter entwickelt. Mit dem Personal wird in den beteiligten Einrichtungen bereits an der Weiterbildung in gerontopsychiatrischen Themen gearbeitet. Es sollten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden. Die Einführung von Wohngruppen in die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz kann vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse als Ziel der stationären Altenhilfe angesehen werden.

Die Alternativen kleinräumiger Wohngruppen, ob ambulant oder stationär versorgt, sind als Lernfelder für alle Beteiligten anzusehen. Sie können in dieser Hinsicht eine Vielzahl verschiedener Ansätze von integrativer bis segregativer Zusammensetzung verfolgen und dabei auch mit medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden. Entscheidend ist, dass der demenzkranke Bewohner und sein Angehöriger wie auch das Personal von den Maßnahmen profitieren.

BewohnerInnenkonzepte

Der milieuorientierte Betreuungsansatz versucht auf den Ebenen des sozialen, des organisatorischen und des räumlichen Bezuges krankheitsverlaufstypischen Erscheinungen im Bewohnerverhalten entgegenzuwirken. Die kleinen Wohneinheiten von bis zu max. 14 Personen stellen ein soziales Netz dar, das der teilweise vorhandenen In-sich-Gekehrtheit der Bewohner entgegenwirkt. Die Mitbewohner und mehr noch das Personal helfen den an Demenz erkrankten Personen ihre Realitätsorientierung zu behalten bzw. wieder zu erlangen. Die Umweltanforderungen passen sich dem Bewohner an, nicht umgekehrt. Es sollten möglichst Unterstützungsleistungen zum Erhalt der kognitiven Fähigkeiten, der Sinneswahrnehmung und der Orientierung geboten werden. Die Stärkung des Geruchssinns, der farblichen Wahrnehmung, des Rhythmus und der Musik (Gefühle erleben), der Erinnerung und der körperlichen (Selbst-) Wahrnehmung sind einige Ansätze, die bereits anderenorts angewendet werden.

Personaleinsatz und Personalqualifikation

Bei der Umsetzung des milieuorientierten Konzeptes führt das Personal die Bewohner wie in einer Gemeinschaft, ähnlich der einer Familie. Es hilft bei der Rollenausbildung und nimmt selbst verschiedene Rollen ein. Der milieutheraeutische Ansatz ermöglicht es den Bewohnern, ihre soziale Umgebung wahr zu nehmen und auch mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zumindest ihre emotionalen Ausdrucksformen zu erhalten. Das kann zusammen mit dem Personal oder auch mit den anderen Bewohnern der Gruppe geschehen. Als entsprechend geeigneter Ort dient der Gemeinschaftsraum.

Bauliche Maßnahmen

Bauliche Anpassungsmaßnahmen sind im Bestand oft nur mit erheblichem Aufwand möglich. Die beteiligten Einrichtungen konnten diese über eine Erweiterung der Räume im Dachgeschoss auf der obersten Flachdachfläche (segregative Wohngruppe), über die Umnutzung, Umgestaltung und Zusammenlegung von Räumen sowie der Gestaltung des vor den Räumen liegenden Gartens (segregative Wohngruppe) und über den nachträglichen Anbau von Gemeinschaftsräumen an das bestehende Gebäude, jeweils auf zwei Etagen übereinander liegend (integrative und segregative Wohngruppen) durchführen, ohne wesentlich in die Grundsubstanz des bestehenden Gebäudes eingreifen zu müssen. Die geschaffenen zusätzlichen Räume stellen heute das Kernstück der Wohngruppe dar. Mit Kosten von ca. 18.000 – 20.000 Euro je Bewohner wird bei solchen Vorhaben gerechnet werden müssen. Umbau oder Anbaumaßnahmen könnten allerdings bei günstigen Voraussetzungen auch mit geringeren Kosten durchgeführt werden.

Einige Besonderheiten sind zu beachten. Hierzu zählen ausreichende Helligkeit in halböffentlichen Räumen mit gleichmäßiger Beleuchtung und möglichst wenig irritierende

Schattenbildung. Es wird nicht nur die Beleuchtungsstärke, sondern auch die Materialfarbe (helle und warme Farben auch in Teilen kräftige Farben zur Unterstützung der Orientierung) und die Oberflächenbeschaffenheit berücksichtigt (Leuchtdichtkontrast, blendfrei, gleichmäßig ausgeleuchtet). Die Bewegungsflächen sollten sich an den Vorgaben für rollstuhlgerechtes Bauen orientieren. Das ist allerdings nicht in jedem Fall möglich, wenn z. B. die Voraussetzungen bei einem langen Flur mit nur einer Mindestbreite nicht gegeben sind. Der Gemeinschaftsbereich muss diesen Vorgaben jedoch entsprechen, wenn niemand ausgeschlossen werden soll. So genannte Wanderwege aber auch Flure sollten immer außenorientiert gelegen sein, wenn dies nicht möglich ist, sollten sie in ruhigen Farben mit abwechselnden Bildern ausgestattet werden. Auch hier gilt es, Reizüberflutung zu vermeiden. Die Bewohnerzimmer sollten eine Mindestgröße von 16 qm für den individuellen Bedarf haben. Das Einzelzimmer muss einen Rückzug ermöglichen, Privatheit garantieren und bei Besuchen der Angehörigen ein ungestörtes intimes Gespräch und Vertrautheiten zulassen. Trifft dies nicht zu, muss in frühen und mittleren Demenzstadien und mitunter auch bei schwerer Demenz mit Störungen der Bewohner gerechnet werden. Ein Zweibettzimmer sollte nur in Ausnahmen mit Zustimmung auch der Angehörigen zugelassen werden. Je nach Pflegekonzept, personellen Ressourcen, Demenzanteil und Schweregrad sowie den baulichen Voraussetzungen werden Maßnahmen mit geringem, mittlerem oder höherem Aufwand geplant werden müssen. Wenn stationäre Einrichtungen in der nahen Vergangenheit an allgemeine Anforderungen angepasst wurden, dürfte der Anteil von Umgestaltungsmaßnahmen je Heim überschaubar bleiben. Dies kann auch Etagenweise oder abschnittsweise geschehen.

Tabelle 6: Anpassungsmaßnahmen an die Wohnbedürfnisse Demenzkranker

	Geringer Aufwand -evtl im Rahmen von Modernisierungsmaßnahmen Stufe 1	Erhöhter Aufwand, Anpassungsmaßnahmen Stufe 2	Hoher Aufwand - Neubau, Umbau- Stufe 3
<i>Bewohnerbezogene Maßnahmen</i>	Therapie, Rehabilitation <i>einzel- oder gruppenbezogen, teilintegrative Pflege</i>	Stationsweise Anpassung „Domus“ - Prinzip	Aufbau von Bewohnergruppen mit 6 – 12 Person Milieuthérapeutischer Ansatz
<i>Organisatorische und personalbezogene Maßnahmen</i>	Weiterbildung des Personals Beziehungspflege mit Ansatz zum Biographiebezug	Fortbildung in gerontopsychiatrischen Themen Betreuung, Beziehungspflege, biographiebezogen, Fallbesprechungen	Wohngruppenverantwortung, Personalschlüssel etwa 1:1,7 (je nach Pflege- und Demenzstufen) Beziehungspflege, biographiebezogen, Fallbesprechungen
<i>Bauliche Maßnahmen</i>	Farb- und Lichtgestaltung Material, Möblierung, Angehörige einbeziehen	Wegeführung, Gemeinschaftsflächen, bewohnergerechte Gestaltung, Angehörigenarbeit	Milieugerechte Gestaltung, Wohnküche, Gartengestaltung, wohnliche Einrichtung, Licht, Farben, Material, Angehörige als Teil d. Konzeptes
<i>Strukturverbessernde Maßnahmen</i>	Regelmäßige Absprachen eines Teils der Dienste, Arbeitskreis	Teilvernetzung mit Beratungseinrichtungen, formell, z.T. informell	Gesamtnvernetzung, Organisationsstruktur, Moderation

--	--	--	--

Quelle: Reggentin & Dettbarn-Reggentin 2004: 25.

Ganz entscheidend ist die Gestaltung des Milieus als Wohnatmosphäre zu beachten. Es sollte nicht der Eindruck einer Station entstehen. Das Wohnen und seine Bewohner stehen im Mittelpunkt. In kleineren Wohngruppen (sechs bis acht Personen) besteht eine größere Chance, ein solches Milieu zu schaffen. Die Regelungen zum Brandschutz und Hygieneschutzverordnungen lassen mehr Freiraum bei der wohnlichen Gestaltung zu. Das Wohlbefinden der Bewohner wird nicht allein durch organisatorisch-konzeptionelle Maßnahmen beeinflusst, sondern auch durch räumlich gestalterische. Die sichtbare Verbesserung der Lebensqualität der demenziell erkrankten Bewohner sowie die geminderte Belastung des Pflegepersonals als Resümee dieser Studie sprechen für die weitere Einführung von Wohngruppen demenziell Erkrankter

4.5 Neue Versorgungsformen und -strukturen

4.5.1 Vom Pflegeheim zum Altenwohnhaus

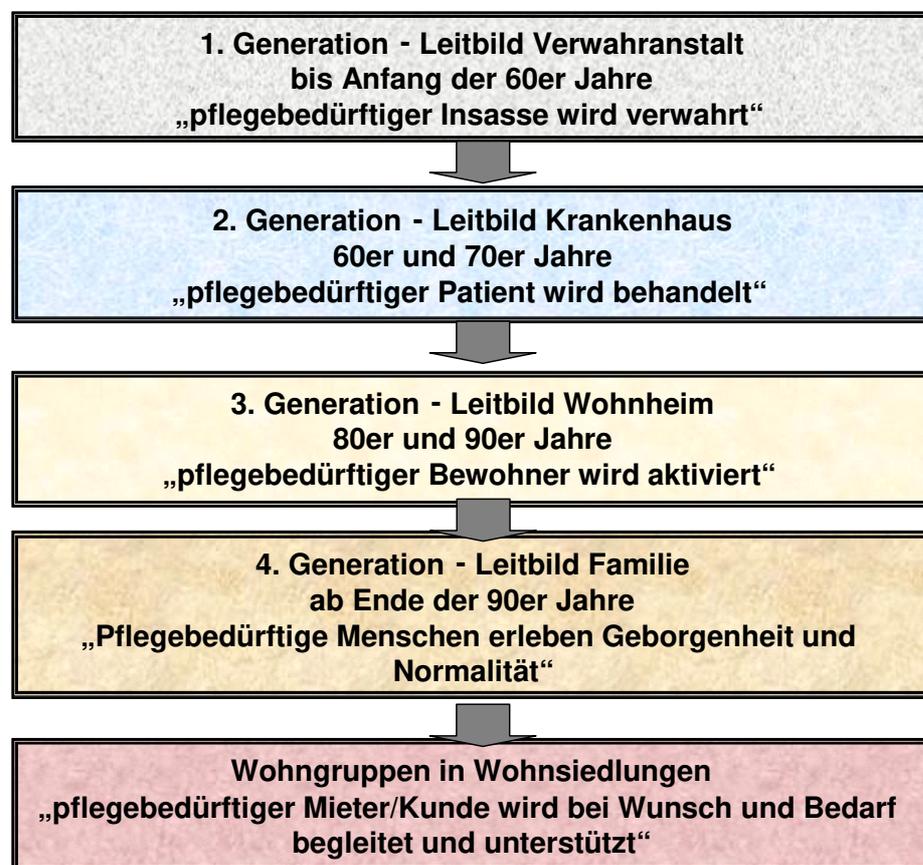
Die konzeptionelle und bauliche Entwicklung stationärer Einrichtungen hat sich in den letzten Jahren von der klassischen Anstaltspflege über krankenhaushähnliche Heime zu Einrichtungen mit Wohnansprüchen und Ansätzen gemeinschaftlichen Wohnens innerhalb der immer vorhandenen Grenzen einer Institution verändert. Wie in Dänemark oder Schweden auf Heime völlig zu verzichten, blieb in Deutschland bisher eine große Ausnahme.

Den letzten Stand der Konzeptentwicklung im stationären Altenhilfebereich bilden die Hausgemeinschaften, in denen versucht wird, sich an der eigenen Häuslichkeit zu orientieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (2000) definiert die Hausgemeinschaft als eine räumliche und organisatorische Einheit, in der sechs bis acht ältere und pflegebedürftige Menschen leben. Hausgemeinschaften werden, anders als Wohngemeinschaften, als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtungen betrieben. Als Heime unterliegen sie u.a. dem Heimgesetz. Bei dieser Definition handelt es sich um ein neues architektonisches und konzeptionelles Leitbild für vollstationäre Pflegeheime, das auch als „4. Generation des Altenpflegeheimbaus“ bezeichnet wird. Kernidee ist, dass jeweils sechs bis acht Einzelzimmer zu einer Wohngruppe mit eigenem Koch-, Ess- und Wohnbereich zusammengefasst werden. Anstaltsstrukturen werden durch den Abbau zentraler Versorgung aufgelöst. Stattdessen sollen kleine, familienähnliche Gruppen mit permanent anwesender Bezugsperson zustande kommen. Die Aktivitäten der Bewohner orientieren sich an der normalen Haushaltsführung, die Pflege soll stattdessen in den Hintergrund treten. Dieses vom Kuratorium Deutsche Altershilfe entwickelte Modell richtet sich offensichtlich an die unteren Pflegestufen und nicht an Schwerstpflegebedürftige und konkurriert damit mit dem Betreuten Wohnen und ambulanter Pflege.⁷⁵ Vollstationäre Hausgemeinschaften lassen sich (1) in Form klassischer Pflegeheime mit einer größeren Zahl von Pflegeplätzen, (2) als heimverbundene Satelliten oder (3) als Quartiersbezogene Wohnangebote für Pflegebedürftige realisieren.

⁷⁵ DEVAP, 2001

Beispielsweise müssen öffentlich geförderte Pflegeheime in Hamburg bereits seit vielen Jahren in Form solcher Hausgemeinschaften realisiert sein. Hausgemeinschaften weisen eine besondere Eignung für Demenzkranke auf, die an sich viele Verrichtungen im Haushalt selber erledigen können, die aber wegen des Orientierungsverlusts auf die Integration in eine Gruppe angewiesen sind. Dieses Konzept kann im Rahmen einer stationären Einrichtung auf Grund der beibehaltenen institutionellen Strukturen jedoch nur sehr begrenzt umgesetzt werden. Gleichwohl stellen die Einrichtungen der 4. Generation eine deutliche Verbesserung der bisherigen Heimstrukturen dar. Allerdings sind auch diese nicht in der Lage, den heutigen Bedürfnissen nach einem selbstbestimmten Leben innerhalb des vertrauten Gemeinwesens gerecht zu werden.⁷⁶

Konzeptgenerationen in Anlehnung an die KDA-Definition



Quelle: Busse-Bekemaier (2003)

Dieses Konzept kann im Rahmen einer stationären Einrichtung auf Grund der beibehaltenen, institutionellen Strukturen jedoch nur sehr begrenzt umgesetzt werden. Gleichwohl stellen die Einrichtungen der 4. Generation eine deutliche Verbesserung der bisherigen Heimstrukturen dar. Allerdings sind auch diese nicht in der Lage, den heutigen Bedürfnissen nach einem selbstbestimmten Leben innerhalb des vertrauten Gemeinwesens gerecht zu werden.⁷⁷

⁷⁶ Anhörung von Herrn Herwig-Stenzel in einer Kommissionssitzung der Arbeitsgruppe Wohnen am 17.7.2003

⁷⁷ Anhörung von Herrn Herwig-Stenzel in einer Kommissionssitzung der Arbeitsgruppe Wohnen am 17.7.2003

Die deutliche Zunahme von Menschen mit großem Pflegebedarf erfordert von Trägern richtungsweisende Entwicklungsschritte:

- bestehende Einrichtungen müssen baulich und konzeptionell weiterentwickelt werden
- neue Einrichtungen müssen der 4. Generation entsprechen
- zusätzlich müssen Wohngruppen in Wohnsiedlungen entstehen, um Alternativen anzubieten.

Beispiele für die Weiterentwicklung bestehender stationärer Einrichtungen hin zum Altenwohnhaus mit Versorgungssicherheit sind die im Abschnitt der "Gute-Beispiele" behandelten Konzepte des Ev. Johanneswerkes und des Christinenstifts .

4.5.2 Anforderungen an die Weiterentwicklung

Der Blick in die Zukunft hat zu einer politisch gewollten und von den Planungsbehörden forcierten Entwicklung hin zu kleineren Heimen geführt, deren fachliche Konzeption sich in einer entsprechenden Architektur niederschlägt. Das KDA spricht hier von den Heimen der 4. Generation. Es stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten Einrichtungen der ersten bis dritten Generation zur Modernisierung haben. Hier müssen mittelfristig wirkende Perspektiven und Entwicklungen der Binnendifferenzierung vorangetrieben werden, die die folgenden Kriterien berücksichtigen sollten und die grundlegend für neue Entwicklungen sein können⁷⁸:

- Orientierung an Normalität, d.h. an den Lebensverhältnissen des Durchschnitts der Bevölkerung
- Integration in das Gemeinwesen
- Partizipation der Betroffenen
- Möglichkeit der Individualität und Kontinuität der Lebensführung
- Transparenz der Versorgungsleistungen und der Preisgestaltung

Die Veränderungen in den Versorgungsstrukturen müssen dazu führen, dass pflege- und betreuungsbedürftige Menschen ihre Identität und Persönlichkeit erhalten können. Dies ist möglich, indem die Konzepte der Pflege unter Einbeziehung der subjektiven Sicht und Bedürfnisse der Nutzer entwickelt, umgesetzt und Versorgungsstrukturen als Dienstleistungsunternehmen begriffen werden. So kann dem Verlust der Identität entgegen gewirkt werden. Nicht Versorgung und versorgt werden ist kennzeichnend für die Beziehung der Akteure, sondern Leistung und Gegenleistung, die (zumindest potentiell) Gleichwertigkeit bedeuten. Die Gestaltung von stationären Einrichtungen zum Altenwohnhaus, indem bei konsequent durchgeführter „Ambulantisierung“ die Bewohner zum Mieter werden, gewährleistet Autonomie und Souveränität. Selbstbestimmter Tagesablauf, das Aufrechterhalten von Gewohnheiten und bisherigen sozialen Kontakten erhalten die Individualität.

⁷⁸ Pawletko, 2002

Selbstständigkeit und Selbstbestimmung haben in unserer Gesellschaft einen hohen Wert. Auch die Lebenszufriedenheit alter Menschen hängt in großem Maße davon ab, wie selbstbestimmt sie ihr Leben empfinden. Die Dynamik der gesellschaftlichen Entwicklung eilt in vielen Bereichen der politischen Entwicklung in Form von Gesetzgebung voraus. Neue Richtungen entwickeln sich häufig in dezentralen Strukturen und in kleinen Initiativen, privaten bzw. selbstorganisierten Unterstützungs-, Wohn- und Lebensformen. Wie in Berichten von Modellprojekten deutlich wird, bedarf es jedoch vielfach fachlicher Beratung zur Umsetzung von „Ideen“. Dies gilt es zu beachten, will man nicht an diesen Entwicklungen politisch vorbei agieren. Bei allen Prognosen, bezogen auf die demographische Entwicklung, auf die immer größer werdende Anzahl von älteren Menschen und dem damit verbundenen zunehmenden Risiko von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit, müssen die Bereiche Prävention und Rehabilitation wesentlich stärker angegangen werden. Denn alt und älter werden ist sicher in Zahlen zu prognostizieren, eine damit verbundene Zwangsläufigkeit von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht gegeben. Hier müssen Konzepte der Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit ernsthaft geprüft und weiter entwickelt werden.

4.5.3 Dienstleistungszentren – Normalität erhalten und Hilfe im Ort leisten

Durch die Zusammenfassung von unterschiedlichen Hilfs-, Beratungs-, Begleitungs- und Pflegeangeboten (bei evtl. gleichzeitiger Kooperation mit anderen Anbietern) in räumlicher Nähe zueinander in einem Dienstleistungszentrum wird die zuvor beschriebene Leistungsdifferenzierung möglich. Solche wohnortnahen Zentren stellen einen Quartierbezug her, der die lebensgerechte Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten bündelt und integriert.

Das einzelne Dienstleistungszentrum kann (wie ein Bausteinsystem) über folgende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote verfügen:

- Begegnungsstätten (mit offenem Mittagstisch)
- Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige, Wohnberatung
- Nachbarschaftshilfe/Bürgerschaftliches Engagement
- Mobile Soziale Dienste und Sozialstationen
- Wohnen mit Service
- Tagespflege und Kurzzeitpflege
- Wohngruppen mit differenzierten Angeboten für Menschen mit unterschiedlichem Hilfe- und Pflegebedarf

Ergänzend können sicher auch rehabilitative Einrichtungen, ergo- und physiotherapeutische Praxen oder auch Arztpraxen angesiedelt sein. Mit den stadtteilorientierten Dienstleistungszentren werden Ziele der Leistungsdifferenzierung im Sinne von (Kunden-) Bedarfsorientierung aber auch unter wirtschaftlicherer Ressourcennutzung erreicht:

1. Die Stadtteil- bzw. Gemeindeorientierung gewährleistet ein Dienstleistungsangebot im direkten Umfeld der alten Menschen. Damit bleiben ihnen der Familien- und

Freundeskreis und die alltägliche Dienstleistung der umliegenden Geschäfte erhalten. Ehrenamtliche Hilfen und Unterstützung von Angehörigen bleiben bestehen.

2. Die Verknüpfung der verschiedenen Angebote erleichtert eine bedarfsgerechte, aufeinander abgestimmte Betreuung und Pflege.

Die kleinräumige Vernetzung verschiedener Wohn- und Betreuungsformen im unmittelbaren Wohnumfeld sollten quartierbezogen und für die dortigen Bürger überschaubar zu erreichen sein. Schon bei der Konzeption sollten die Menschen im Stadtteil einbezogen und Abstimmungen mit der Kommune getroffen werden. Je lebendiger ein solches Zentrum gestaltet und Offenheit durch vielfache Nutzung der Gemeinschaftsräume, wie beispielsweise Begegnungsstätten oder Cafeterias, hergestellt wird, desto mehr gewährleistet es alten- und pflegebedürftigen Menschen „im Leben zu bleiben“.

4.6 Spezifische Bedarfe an die Wohnsituation

4.6.1 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund

Eine neue, zunehmend größer werdende Zielgruppe bilden die alten Menschen mit Migrationshintergrund. Insbesondere die große Gruppe der türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten werden in Zukunft auch in den höheren Altersgruppen wachsende Anteile stellen. Während im Bundesgebiet 1994 rund 400.000 Migrantinnen und Migranten im Alter von 60 Jahren und mehr leben, werden nach einer Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 rund 1,3 Mio. und bis 2030 sogar 2,8 Mio. ältere Menschen mit Migrationshintergrund leben. In NRW leben zwischen 215.000 und 250.000 Migrantinnen und Migranten, die über 60 Jahre alt sind von denen zwischen 28.000 und 33.000 Personen pflegebedürftig sind.⁷⁹ Zu der Gruppe der älteren Migranten/innen gehören:

- ältere Menschen mit ausländischem Pass
- eingebürgerte Ältere bzw. Ältere mit doppelter Staatsangehörigkeit
- ältere (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler.

Statistisch erfasst ist allerdings nur die erste Teilgruppe. Angehörige der beiden anderen Gruppen werden als Deutsche und nicht als Migranten/innen ausgewiesen. Die absolute Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist also wesentlich größer als in der amtlichen Statistik aufgeführt.⁸⁰ Die größten Gruppen der Senioren/innen mit Migrationshintergrund stammen aus der Türkei, dem ehemaligen Jugoslawien, Italien, Griechenland, Polen, den Niederlanden, Spanien und Portugal, also überwiegen aus den ehemaligen Anwerbestaaten⁸¹.

Auf deren besondere Lebensgewohnheiten müssen sich die Altenhilfe, Wohnangebote im Alter und damit auch die örtliche Stadtplanung und Sozialplanung verstärkt einstellen.⁸²

⁷⁹ Große Anfrage Wohnen im Alter in NRW, DS 13/5406: 43.

⁸⁰ Große Anfrage der CDU. Wohnen im Alter in NRW. DS 13/5406: 51

⁸¹ Ebenda

⁸² vgl. Kremer-Preiß & Stolarz (2003, S. 8)

Ältere Migrantinnen und Migranten sind aufgrund ihrer geringen Mobilität nach wie vor in erster Linie in den städtischen Ballungsgebieten mit (früheren) größeren Industrieansiedlungen zu finden, wo sie sich als „Gastarbeiterinnen“ niedergelassen haben (in Nordrhein-Westfalen vor allem im Raum Köln und im Ruhrgebiet). In diesen Regionen sind von der deutschen Altenhilfe bzw. -arbeit bislang die meisten Ansätze und Projekte entwickelt worden. Von einem flächendeckenden Angebot für ältere Migrantinnen und Migranten kann jedoch bei weitem noch nicht gesprochen werden.

Erste, überwiegend in qualitativen Studien gesammelte Erkenntnisse deuten dabei auf unterschiedliche Bedarfslagen hin. Der weitaus größte Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund wird in Deutschland bleiben, auch wenn der Aufenthalt immer wieder mit durchaus länger andauernden Besuchen im Heimatland unterbrochen wird. Ein wesentliches Motiv, in Deutschland zu bleiben, liegt auch in der als besser angesehenen gesundheitlichen Versorgung.⁸³ Außerdem sind ältere Migrantinnen und Migranten im Durchschnitt aufgrund belastender Erwerbsbiographien und der Migrationsgeschichte früher und stärker körperlichen Einschränkungen ausgesetzt. Der Gesundheitszustand ist generell schlechter, so dass höhere Betreuungsbedarfe und Pflegefallwahrscheinlichkeiten auftreten können. Die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen wird seitens der Migrantinnen und Migranten zunehmen, da es eine Frage der Zeit ist, wann familiäre Hilfesysteme nicht mehr ausreichen. Keteci führt aus, dass im Gegensatz zu gängigen Vorurteilen der größte Anteil älterer Migrantinnen und Migranten, namentlich älterer Türkinnen und Türken, nicht in Großfamilien, sondern in Zwei- und Einpersonenhaushalten lebt. Des Weiteren sind ältere, türkische Männer in ihrem Freizeitverhalten sehr stark auf die Moschee fokussiert, wo sie auch ihre sozialen Kontakte rekrutieren und vielfältige Unterstützung mobilisieren können. Ältere türkische Frauen sind dagegen auf die Wohnung fixiert und von sozialer Isolation und Einsamkeit bedroht. Handarbeitsgruppen und Frühstückstreffs stellen Ansatzpunkte für die soziale Arbeit dar, die Frauen aus ihrer Isolation zu holen. Demzufolge ergibt sich durchaus ein hoher Bedarf an betreutem Wohnen für ältere Migranten.⁸⁴ Im Alter sind Migranten mental stark auf ihre Heimat hin orientiert, weswegen sich verschiedene Konsequenzen für Wohnformen im Alter ergeben. Beispielsweise besteht kein Interesse mehr an integrativen Wohnformen. Bevorzugt wird die Kommunikation mit Betreuungskräften und Mitbewohnern in der Muttersprache. Großer Wert wird Keteci (2003) zufolge auf die Befriedigung der religiösen Bedürfnisse gelegt. Für Muslime betrifft dies auch Kleidungs Vorschriften und Ernährung. Betreuung und erst recht Pflege können nur durch gleichgeschlechtliche Kräfte erfolgen. Wohnformen für ältere Migrantinnen und Migranten sind derzeit noch ausgesprochen selten. Eine Ausnahme bildet als multikulturelles Seniorenheim das vom Deutschen Roten Kreuz in Duisburg betriebene „Haus am Sandberg“ mit entsprechender Küche sowie einem prächtig ausgestatteten islamischem Gebetsraum. Allerdings wird die Einrichtung von den Migrantinnen und Migranten eher zögerlich angenommen. (siehe 5.5 Projekte des Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“)

Eichener (2004) kommt zu dem Schluss, dass aus heutiger Sicht kulturspezifische Wohnanlagen zumindest für türkischstämmige bzw. muslimische Migrantinnen und Migranten als das nachfragegerechtere Angebot erscheinen. Demgegenüber setzen Autoren anderer Untersuchungen eher auf Vernetzung und Koordination, um die Bedürfnisse der

⁸³ Keteci (2003)

⁸⁴ Keteci, (2003)

Kundinnen und Kunden zu erfüllen.⁸⁵ Als Voraussetzung einer entsprechenden bedarfs- und nutzerorientierten Planung ist demnach eine möglichst kleinräumige Bedarfsermittlung erforderlich, wie sie in Dortmund Innenstadt-Nord erfolgte. Zudem müssen die Stadtteilressourcen eruiert werden, um Potentiale und Kooperationsansätze ermitteln zu können. Als Empfehlungen zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe nennt Baric-Büdel (2001) folgende Schwerpunkte:

- Zielgruppenorientierung und Entwicklung spezifische Angebote
- muttersprachlich zugehende Beratung und Informationsarbeit
- Vernetzung zwischen Altenhilfe, der Migrationsarbeit und der ethischen Infrastruktur auf Stadtteilebene
- Unterstützung und Schulung pflegender Angehöriger
- Netzwerkförderung und Förderung der Selbstorganisation
- Modifizierung und Öffnung bestehender Angebote
- ethnische Schwerpunkte in stationären Einrichtungen in Ballungsgebieten

4.6.2 Wohnen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen

Die Angebote der Altenhilfe, insbesondere die stationäre Pflege, sind in ihrer bestehenden Struktur nicht auf die Betreuung alter Menschen mit Behinderungen ausgerichtet. Gleiches gilt für junge Menschen, die aufgrund ihres Pflegebedarfs intensiver Betreuung bedürfen. Nicht selten sind auch junge Menschen mangels örtlicher Alternativen in Einrichtungen der Altenhilfe untergebracht. Deshalb ist die Entwicklung geeigneter Wohn- und Pflegeformen für die jeweiligen Zielgruppen notwendig.

Wohnen mit Assistenzleistung

Bestehende ambulante Wohnmodelle richten sich zu wenig an Menschen mit schwerer körperlicher Behinderung. Diese können durch die Begrenzungen der Pflegeversicherung ihre notwendige Assistenz nicht hinreichend abdecken, wodurch oftmals ein Heimplatz empfohlen wird, der jedoch keine Selbstbestimmung zulässt.

Das geplante Modellprojekt Alternatives Wohnen mit Assistenzleistung, das in der Planungsphase durch den Fördertopf des Landes für Neue Wohnformen für pflegebedürftige und behinderte Menschen unterstützt wird, bietet eine Kombination von eigenständiger ambulanter Versorgung durch Assistenz und zusätzlicher zeitlich begrenzter Hilfestellungen sowie nächtlicher Bereitschaftsdienste. Ziel des Projekts ist es, auch im Alter und bei fortschreitender körperlicher Einschränkung eine selbstbestimmte Wohn- und Lebensform zu gewährleisten. Hierfür soll ein behindertengerechtes Wohnhaus mit insgesamt ca. acht bis zehn Haushalten⁸⁶, einem zusätzlichem Gemeinschaftsraum und einem Appartement für den

⁸⁵ Baric-Büdel, (2001)

⁸⁶ ca. fünf Wohnungen für Menschen mit Behinderung, fünf für nichtbehinderte, ältere Menschen. Alle Wohnungen sollen jedoch im barrierefreiem Baustil gehalten sein.

im Haus tätigen Assistenzdienst gebaut werden. Die Assistenten wohnen jedoch nicht im Haus.

Das Modellprojekt weist vor allem zwei innovative Aspekte auf:

- Es ist integrativ, das heißt, gemeinsames Wohnen von Menschen mit Behinderung und nichtbehinderten Menschen wird gewährleistet.
- Der Basisgedanke ist ein hoher Grad an Selbstbestimmung: Die alternative Wohnform wird von Beginn an von der Bewohnerschaft geplant, strukturiert und kontinuierlich mitgestaltet.

Der Verein wird von einem Beirat aus dem universitären Bereich unterstützt. Gesucht werden derzeit Grundstückseigentümer, Investoren, z. B. durch Kauf von Wohnungen und deren Vermietung, sowie Interessenten, die sich durch aktive Mitarbeit am Projekt beteiligen.

Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung

Im Zuge der Enthospitalisierung von Menschen mit psychischer und geistiger Behinderung ist das Hilfsangebot Betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung entwickelt und aufgebaut worden, um für diesen Personenkreis eine Alternative zum Heim zu bieten und einen Auszug aus einem Wohnheim zu ermöglichen.

Das Betreute Wohnen wird in der Regel durch eine regelmäßige aufsuchende Betreuung durch sozialpädagogisches, sozialarbeiterisches oder fachpflegerisches Personal unterstützt. Dabei ist das ambulante Wohnen, bei dem der oder die Betroffene in einer selbst angemieteten Wohnung oder in seiner Familie lebt, von dem stationären betreuten Einzelwohnen in vom Heimträger angemieteten Wohnungen zu unterscheiden.

Während das ambulante Wohnen es den Menschen mit Behinderungen ermöglicht, über ein eigenes Einkommen zu verfügen und die Rechte als Mieter oder Mieterin in Anspruch zu nehmen, ist dies beim stationären betreuten Wohnen erheblich eingeschränkt. Der überwiegende Teil der Betroffenen lebt im ambulant betreuten Wohnen. Diese Wohnform wird in erster Linie von Personen genutzt, die bislang in keiner Institution untergebracht waren, vorübergehend oder für längere Zeit nicht ohne Hilfe leben können und für die eine stationäre Aufnahme durch das betreute Wohnen ersetzt oder hinausgezögert werden kann.⁸⁷

Bezüglich des sich zu entwickelnden Angebotes an Betreutem Wohnen ist festgestellt worden, dass erhebliche Disparitäten insbesondere bei ambulanten betreuten Wohnformen bestehen. „Im Sinne der vielen betroffenen behinderten Menschen und vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Entwicklung im stationären Bereich wird ein Impuls zum verstärkten Aufbau ambulanter Strukturen und Hilfen für unbedingt notwendig erachtet.“⁸⁸

Die unterschiedliche Zuständigkeit für das ambulante und das stationäre Wohnen, worin u.a. eine wesentliche Ursache für die gebremste Entwicklung des Betreuten Wohnens gesehen wurde, ist seit Juli 2003 dahingehend geändert worden, dass nun die beiden Landschaftsverbände für das ambulante und stationäre Wohnen insgesamt die Zuständigkeit haben.

⁸⁷ vgl. Große Anfrage „Situation behinderter Menschen in NRW“, DS 13/2864: 58

⁸⁸ vgl. Große Anfrage „Situation behinderter Menschen in NRW“, DS 13/2864: 60

Die Wohnsituation von Menschen mit Querschnittslähmung

95 Prozent der querschnittgelähmten Menschen kehren nach ihrer Rehabilitation in der Fachabteilung in ihr gewohntes Umfeld zurück.⁸⁹ Lediglich 5 Prozent werden in ein Pflegeheim verlegt. Die Gründe hierfür sind ein hohes Alter, der Schweregrad der Lähmung und das Fehlen der familiären Unterstützung.⁹⁰ Zu Hause werden querschnittgelähmte Menschen vor allen Dingen von ihrer Familie (73 Prozent), aber auch von ambulanten Pflegediensten (40 Prozent) oder Zivildienstleistenden (8 Prozent) versorgt.⁹¹ Ein großer Teil der Querschnittsgelähmten kehrt auch in ihren ursprünglichen Beruf zurück. In einer Studie waren 67 Prozent der Studienteilnehmer vor Eintritt der Querschnittslähmung berufstätig und 33 Prozent dieser Gruppe nahmen ihre Berufstätigkeit nach Eintritt der Querschnittslähmung wieder auf.⁹² Damit erweisen sich querschnittsgelähmte Menschen als gesellschaftlich gut integrierbar.

Eine Voraussetzung für die Rückkehr in die eigenen vier Wände sind häufig umfangreiche Umbaumaßnahmen, die bereits während der Rehabilitation in den Fachabteilungen geplant, umgesetzt und abgeschlossen sein sollten. Dass dies nicht immer der Fall ist, belegt eine Studie, in der festgestellt wurde, dass 19 Prozent der querschnittsgelähmten Menschen über keinen behindertengerechten Wohnraum verfügen und 13 Prozent in eine Baustelle entlassen werden.⁹³ Die Umbaumaßnahmen umfassen Maßnahmen zur Überwindung von Treppenstufen und Schwellen durch das Anbringen von Rampen oder Aufzügen, die Umgestaltung des Badezimmers (geeigneter Duschplatz, unterfahrbares Waschbecken, überfahrbare Toilette, ausreichend Platz zum Rangieren mit dem Rollstuhl) und die Umgestaltung der Küche, um sie für den Rollstuhlfahrer nutzbar zu machen (unterfahrbare Arbeitsplatten, erreichbare Schränke). Weitere Umbaumaßnahmen umfassen - je nach Schweregrad der Querschnittslähmung - elektrische Tür- und Fensteröffner, eine Gegensprechanlage und eine entsprechende Telefonanlage.

Die Qualität der Umbaumaßnahmen ist maßgeblich davon anhängig, ob sie von erfahrenen Fachleuten für die Bedürfnisse behinderter Menschen geplant und durchgeführt werden und welcher Kostenträger die Finanzierung übernimmt. Hierbei können große Unterschiede beobachtet werden.

Wohnen mit intensivem Versorgungsbedarf am Beispiel „Wohnen für Menschen im Wachkoma“

In Deutschland befinden sich nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ca. 8 000 Menschen im Wachkoma der Phase F. Sie sind damit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens äußerst eingeschränkt. Auf 1 Mill. Einwohner kommen nach Einschätzung der Selbsthilfeinitiative „Schädel-/Hirn-Verletzte in Not“ jährlich ca. 75 Menschen mit einer Komadauer von mehr als sechs Monaten hinzu. Zur Zeit ist von ca. 1.200 bis 1.500 Menschen auszugehen, die sich in NRW aufgrund der Folge ihres Grundleidens in einem Zustand des Wachkomas befinden. Dieser Zustand bedingt eine ständige Abhängigkeit in allen Aktivitäten des Alltags. Die größte Gruppe, ca. 800-1.000

⁸⁹ vgl. Ditunno & Formal 1994

⁹⁰ vgl. Berghammer et al. 1997

⁹¹ vgl. Berghammer et al. 1997

⁹² vgl. Tasiemski et al. 2000

⁹³ vgl. Berghammer et al. (1997)

Personen, wird von ihren Familienangehörigen zu Hause betreut. Die Entscheidung der pflegenden Angehörigen, ihre Angehörigen zu Hause zu pflegen, hat u.a. mit den hohen Kosten der stationären Betreuung zu tun, andererseits mit dem Einblick in den Mangel an einer altersentsprechenden und biografisch ausgerichteten Lebensgestaltung in diesen Institutionen.

Ein Drittel der Betroffenen leben und wohnen in stationären Einrichtungen. Bis zum Ende der 90er Jahre existierten keine gezielten Angebote für diese Personengruppe. Junge Menschen wurden aufgrund ihrer chronischen Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen der Altenpflege umgesiedelt. Diese Einrichtungen waren auf deren Bedürfnisse nicht vorbereitet. Weder existierten spezifische Förderkonzepte, noch konnten die dort arbeitenden Menschen mit den spezifischen Pflegeanforderungen (aufgrund der bestehenden Pflegebedürftigkeit und der auftretenden Komplikationen) sachgerecht umgehen. Weder die Begegnungskonzepte noch die räumliche Ausstattung waren geeignet. In den letzten vier Jahren haben stationäre Angebote deutlich zugenommen. So qualifizierten sich, neben spezifischen Einrichtungen, auch immer mehr Alten- und Pflegeeinrichtungen für die pflegerische Betreuung von Menschen im Zustand des Wachkomas.

Grundlage einer qualitativen Betreuung stellt primär das persönliche Begegnungskonzept dar, welches in der jeweiligen stationären Einrichtung gelebt wird. Ab Ende der 90er Jahre wurden erste Einrichtungen in NRW etabliert, die sich besonders dieser Zielgruppe zuwandten und über ein umfangreiches Lebensgestaltungs- und Förderkonzept verfügen. Hierzu gehören Einrichtungen wie in Unna-Königsborn oder der Grotehof in Essen, aber auch Alteneinrichtungen, die über eingestreute Betreuungskonzepte verfügen, konnten eine exzellente Qualität nachweisen (z.B. Marienheim/Alpen Niederrhein). Im Zentrum dieses Konzeptes steht die alltägliche Lebensgestaltung, die an die biografischen Erfahrungen der Betroffenen anknüpft. Möglichkeiten der stationären, wie auch der teilstationären Betreuung sowie Angebote der Kurzzeit- oder Tagespflege werden von den Einrichtungen zunehmend präferiert. Besonders in Unna wurde bereits der Übergang aus der stationären Einrichtung in betreute Wohnangebote, wie auch die Eingliederung der Betroffenen in Behindertenwerkstätten vollzogen. Spezifische Wohnraumanpassungen unterstützen den Prozess der adäquaten Lebensgestaltung.

Zwischen den stationären und häuslichen Pflegeangeboten besteht in NRW nur ein unzureichendes Angebot zur Unterstützung der familiären Betreuung. So sind die häuslichen Prozesse primär von Isolation geprägt. Leben Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen zu Hause, wird die Wohnung oder das Haus so umgestaltet, wie es die finanziellen Möglichkeiten zulassen. Eine Beratung oder pflegerische Überleitung, z.B. bezüglich der Wohnraumgestaltung findet nur eingeschränkt statt. Allerdings besteht hierbei ein deutlicher Unterschied zwischen Menschen, die aufgrund einer Fremdschädigung oder durch Eigenverursachung in diese Situation geraten sind. So werden Betroffene, die eine Schädigung im Rahmen eines Berufsunfalls oder durch ein Fremdverschulden erlitten haben, umfassend beraten. Hierzu gehört auch der finanzierte situationsgerechte Umbau der räumlichen Lebenssituation. Darüber hinaus stehen ihnen wesentlich erweiterte Möglichkeiten der Entlastung der pflegenden Angehörigen zur Verfügung. Maßnahmen der Wohnraumanpassung können nur im Rahmen des SGB XI und der eigenen, vorhandenen finanziellen Möglichkeiten realisiert werden. Durch diese Begrenzung kommt es nicht nur bei

den Betroffene, sondern auch bei den betreuenden Angehörigen zu einer gesellschaftlichen Isolation und Überlastung.

Räumliche Anpassungen, wie die ebenerdige Wohnbereichsanlage, der Anschluss an einen Garten, Möglichkeiten einer gemeinsam zu nutzenden Küche und eines Wohnraumes sowie die erforderliche sanitäre Ausstattung schaffen für diese Menschen eine annehmbare Lebensqualität. Dabei spielt die Wohnortnähe zum ehemaligen Lebensraum eine wesentliche Bedeutung, um soziale Kontakte aufrechterhalten zu können.

4.6.3 Ältere und Pflegebedürftige Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebensentwurf

Mit der älter werdenden Gesellschaft nimmt auch die Zahl der Lesben und Schwulen im Seniorenalter zu. Schätzungen gehen davon aus, dass in Nordrhein-Westfalen 200.000-350.000 Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebenskonzept im Alter von über 65 Jahren leben.⁹⁴ Im novellierten Landespflegegesetz wird diese Zielgruppe im Gesetz erstmals erwähnt. Hilfeangebote sollen in Zukunft auch an den Belangen pflegebedürftiger Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebenskonzept ausgerichtet werden. Dies betrifft sowohl bestehende Angebote, als auch die Weiterentwicklung der Hilfestruktur.

Über die Situation von Lesben und Schwulen im Alter liegen bislang kaum Informationen vor. Das KDA hat hierzu einen Bericht herausgegeben, der auf konkrete Probleme und Konflikte bei der Pflege in Pflegeeinrichtungen hinweist. Insbesondere wird dabei auf große Unsicherheit und Unverständnis bezüglich Lebenseinstellungen beispielsweise zwischen Pflegefachkräften und homosexuellen Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen hingewiesen. Auch wird zu wenig die Lebensbiographie im Umgang und in den Pflegekonzepten berücksichtigt, die in der Regel noch von Verfolgung oder Deportationen in Konzentrationslager in der Nationalsozialistischen Zeit geprägt ist, aber auch oft von drohender Strafverfolgung nach §175 StGB für männliche Homosexuelle bis 1969 überschattet wurde.⁹⁵ Das Land Berlin hat 2002 hierzu erstmals eine Studie veröffentlicht, aus der hervorgeht, dass trotz wachsender Toleranz gegenüber Homosexuellen, die sich insbesondere in der öffentlichen Anerkennung und rechtlichen Absicherung im Lebenspartnerschaftsgesetz niederschlägt, nach wie vor eine Diskriminierung insbesondere von älteren Lesben und Schwulen bestehen bleibt.⁹⁶ Bezüglich der Entwicklung von Wohnprojekten und Begegnungsstätten werden anfängliche Initiativen sichtbar. In Frankfurt am Main befindet sich das Projekt „AltenpflEGAYheim“ in einer Projektphase. Der Verein *Village* in Berlin erarbeitet ein Konzept für ein Wohnprojekt für ältere Schwule, Lesben und ihre Freunde, das mit einem ambulanten oder stationären Pflegeangebot kombiniert ist. Dabei soll bei der zukünftigen Gestaltung von Wohnprojekten darauf geachtet werden, dass für die Bewohner/innen ein Verbleiben in der Selbstständigkeit des Wohnens garantiert wird. Zusätzlich ist es förderlich, Hausgemeinschaften zu bilden, die die Integration von Menschen unterschiedlicher sexueller Identitäten und mehrerer Generationen zulassen.⁹⁷ Über das RUBICON-Beratungszentrum in Köln ist nun in Nordrhein-Westfalen ein landesweites

⁹⁴ Landesregierung NRW (2003)

⁹⁵ Land Berlin, Senat für Bildung, Jugend und Sport (2002).

⁹⁶ Senat für Bildung, Jugend und Sport (2002).

⁹⁷ Schmidt (2002).

schwules Seniorenbüro eingerichtet worden. Am Anfang standen hier auch die Überlegungen für ein generationsübergreifendes schwul-lesbisches Wohnprojekt.

4.6.4 Wohnen und Leben im Hospiz

Unter optimalen Voraussetzungen kann die weitere Pflege und Versorgung der Menschen bis zu ihrem Tod zu Hause erfolgen. Es gibt jedoch immer wieder Situationen, in denen die Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung zu Hause nicht gegeben sind und unheilbar kranke Menschen in der letzten Lebensphase im stationären Hospiz versorgt werden müssen. Wenn die Hospizgäste eine stationäre Einrichtung in Anspruch nehmen müssen, dann sollten neben einer optimalen palliativen Versorgung möglichst viele Aspekte ihres Lebens im Hospiz „wie zu Hause“ sein. Dieser Anspruch bezieht sich auf das Wohnen, auf die Ernährung, auf die Beibehaltung der bisherigen Tagesstruktur und die weitestgehende Aufrechterhaltung bisheriger Lebensgewohnheiten. Dies soll den HospizbewohnerInnen in ihrer letzten Lebensphase ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Lebensqualität ermöglichen. Die Wohnumgebung und –ausstattung stellt dabei eine wichtige Voraussetzung dar, damit die bisherigen Lebensgewohnheiten (Tagesstruktur, Ernährung, Beschäftigungen, Kontakte etc.) weitestgehend aufrechterhalten werden können.

Im Beispiel des Hospizes „Lebenshaus in Münster“ hat jeder der HospizbewohnerInnen ein Einzelzimmer von ca. 16-18 qm Größe zur Verfügung, um ein Mindestmaß an Privatsphäre bewahren zu können. Die Zimmer sind so ausgestattet, dass sie einerseits die notwendigen funktionalen Voraussetzungen für die fachliche Pflege erfüllen (Pflegebett, entsprechendes Nachtschränkchen, bewohnernahe Unterbringung von Pflegehilfsmitteln, Rufsystem etc.) und andererseits vom Mobiliar her einen sehr wohnlichen und privaten Charakter haben. Wichtig ist, dass eine komplette Ausstattung vorgehalten wird. Neben den für die Pflege unverzichtbaren Möbeln (s.o.) hat jedes Zimmer einen Kleiderschrank, eine Sitzecke und ein TV- und Phono-Regal sowie einen Ruhesessel. Daneben kann die Ausstattung immer um ein Gästebett für Angehörige erweitert werden. Um beim Wohnen ein Stück „wie zu Hause“ zu ermöglichen, wird den BewohnerInnen und Angehörigen angeboten, dass sie das Zimmer neben privaten Bildern und Pflanzen auch mit privatem Mobiliar ausstatten können und dafür die für die Pflege nicht notwendige Ausstattung aus dem Zimmer entfernt werden kann. Drei der Gästezimmer haben eine eigene Terrasse mit kleinem Garten, zwei Zimmer verfügen über einen Balkon.

Neben den für die Pflege und Versorgung notwendigen Funktionsräumen (Arbeitsräume, Dienstzimmer, Lagerräume etc.) und Büro- und Besprechungsräumen sind für die Benutzung durch Gäste und Angehörige noch das Wohn- und Esszimmer mit großer Terrasse und die Küche zu nennen. Beide Bereiche (Wohn-/Essbereich und Küche) sind ebenfalls sehr wohnlich und im privaten Charakter – wie in einer Familie oder Wohngemeinschaft – eingerichtet und erleichtern den BewohnerInnen und Angehörigen so die Nutzung je nach individuellen Wünschen, z.B. um Besuch zu empfangen oder für private Feiern. Die Küche wird von der Hauswirtschaft so organisiert, dass alle Mahlzeiten vor Ort frisch zubereitet werden und so die individuellen Ernährungswünsche und -gewohnheiten der Gäste zeitnah

erfüllt werden können, aber auch BewohnerInnen und Angehörige die Küche selber mit benutzen können.⁹⁸

4.6.5 Wohnungslose ältere und pflegebedürftige Menschen

Ältere Wohnungslos, insbesondere ältere Männer, sind auf Grund ihrer gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen schnellerem, physischem und psychischem Verfall („Voraltern“) ausgesetzt, weswegen schon bei Betroffenen ab 50 Jahren von älteren Wohnungslosen gesprochen wird. Einrichtungen der Wohnungslosen- oder Altenhilfe werden von den Betroffenen kaum als wirkliche Alternative zu ihrer bestehenden Lebensweise gesehen. Den mehr oder weniger starken Heimcharakter mit Regeln, Auflagen und Aufnahmevoraussetzungen können oder wollen die Betroffenen teilweise nicht erfüllen. Die Integration in Altenpflegeeinrichtungen ist ebenfalls schwierig. Gründe hierfür sind Altersunterschiede zwischen wohnungslosen und den übrigen Heimbewohnern. Alkoholkonsum, mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten, Störung der Bewohnerzufriedenheit und die fehlende (psycho-soziale) Ausbildung der Altenpflegekräfte für dieses spezielle Klientel.

Ältere Menschen, die erst seit kurzem wohnungslos sind, brauchen dagegen einen anderen Zugang zum Hilfesystem. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl noch weiter steigen wird.

Ältere wohnungslose Menschen, deren Gesundheitszustand oft eine ärztliche Behandlung bzw. Pflege erforderlich macht, können diese nur in begrenztem Maß in Anspruch nehmen. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, die von Seiten des Kranken als auch der Pflegedienste zu erfüllen sind, bevor die Maßnahmen im Rahmen der Kranken- oder Pflegeversicherung (SGB V und XI) finanziert werden, können von wohnungslosen Menschen kaum erbracht werden. Insbesondere die fehlende eigene Häuslichkeit, die von Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) als Ablehnungsgrund für Leistungen nach dem SGB XI herangezogen wird, stellt ein Problem für die Abrechnung pflegerischer Leistungen für wohnungslose Menschen dar. Weitere Hürden sind die Antragstellung, die erforderliche Begutachtung durch den MDK und die Anordnung eines Hausarztes, die den Anspruch auf häusliche Pflege begründet. In den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe lassen sich die gesetzlichen Voraussetzungen leichter erfüllen, so dass vereinzelt Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung in Einrichtungen stattgegeben wird.

Die Erfahrungen aus den bestehenden Projekten zeigen, dass gerade für ältere, lange Zeit alleinstehende, wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Versorgung in üblichen Mietwohnungen mit nachgehender Begleitung nicht immer dem Bedarf entspricht. Vielfach sind betreute Wohnformen und Wohnprojekte eher geeignet.⁹⁹ Die Gruppe älterer Wohnungsloser bedarf daher besonderer Aufmerksamkeit und eines verbesserten Hilfeangebotes, das u.a. niedrigschwellige Angebote insbesondere im medizinisch-

⁹⁸ Dröge (2004)

⁹⁹ vgl. Große Anfrage Fraktion Bündnis90/Die Grünen, Psychiatrie in NRW, 13/2863, S.174

pflegerischen Bereich, mehr Freiräume und Mitsprachemöglichkeiten, die Akzeptanz von Eigenarten des Klientels in Einrichtungen, dezentrale Wohngruppen sowie im Krankheitsfall aufsuchende Hilfen umfasst.

4.7 Qualitätsentwicklung und -sicherung

Aufgrund der besonderen Schutzbedürftigkeit von Heimbewohnern hat der Gesetzgeber für die stationäre Pflege umfassende Bestimmungen erlassen, die die Qualität der Pflege und Betreuung sicherstellen sollen. Für die Kontrolle der Einhaltung der in verschiedenen Verordnungen festgeschriebenen Standards im Bereich der Pflege (Fachkraftquote, Dokumentationspflicht etc.) und der baulichen Ausstattung (Mindeststandards, die Größe und Ausstattung der stationären Einrichtungen betreffen) ist die staatliche Heimaufsicht verantwortlich. Die Bedeutung der Qualitätssicherung und die Stellung der Heimaufsicht wurden zuletzt bei der Novellierung des Heimgesetzes im Jahr 2001 noch einmal deutlich gestärkt.

Anders als die stationäre Pflege unterliegt das Betreute Wohnen keinerlei gesetzlichen Regulierungen, die über das „normale“ Mietrecht hinausgehen. Es handelt sich ja definitionsgemäß um selbstständige Wohnungen; soziale Dienstleistungen werden bei Bedarf dazu gekauft. Das Heimgesetz wirkt sich sogar negativ auf das Betreute Wohnen aus, da das Risiko, unter das Heimgesetz zu fallen¹⁰⁰ umso größer ist, je umfassender und qualitativ hochwertiger das Dienstleistungsangebot ist. Vollends paradox wirkt sich das Heimgesetz bei preisgünstigen betreuten Wohnanlagen aus. Da hier die Miete besonders niedrig ist, muss auch das Dienstleistungsangebot besonders spärlich sein, um den kritischen Anteil nicht zu übersteigen. Bewohner betreuter Wohnanlagen werden durch das Mietrecht, das Wohneigentumsgesetz, die Bestimmungen des BGB sowie bestimmte Verbraucherschutzvorschriften geschützt. Für die Qualität der baulichen Struktur kann auf die Bestimmungen der DIN 18 024 und DIN 18 025 jeweils in zwei Teilen als Qualitätsmerkmale zurückgegriffen werden.¹⁰¹

Die Unsicherheit bezüglich des Charakters betreuter Wohnanlagen sowie der Etikettenschwindel, den einige „schwarze Schafe“ mit dem Betreuten Wohnen betrieben haben, haben jedoch dazu geführt, dass in den letzten Jahren eine intensive Fachdiskussion über die Qualität dieser neuen Wohnform stattgefunden hat. In einigen Bundesländern (Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Bayern) wurden Gütesiegel entwickelt, mit denen Einrichtungen zertifiziert werden können. Diese Gütesiegel weisen jedoch eine Reihe von Schwächen auf: Sie konzentrieren sich hauptsächlich auf die Definition baulicher Mindeststandards. Die gerade für das Betreute Wohnen zentrale Frage nach der Dienstleistungsqualität wird nur am Rande thematisiert. Darüber hinaus stoßen sie aufgrund der meist sehr kostspieligen Zertifizierungsverfahren auf eine äußerst geringe Akzeptanz bei

¹⁰⁰ Für die Investoren und Betreiber hätte die Einstufung einer Betreuten Wohnanlage als Heim wirtschaftlich katastrophale Auswirkungen, da zum einen die empfangene Wohnungsbauförderung (insbesondere nach § 7 Abs. 5 EStG) rückwirkend zurückgezahlt werden müsste und zum anderen die Auflagen insbesondere nach Heimmindestbauverordnung und Heimpersonalverordnung hier in der Regel unerfüllbar sind.

¹⁰¹ Seit 1997 wird eine neue DIN 18 030 erarbeitet, die die verschiedenen Normen zum barrierefreien Bauen in einer Norm zusammenfassen sollen. Ziel ist vor allem die Anwendung der verschiedenen Normen in der Planungs- und Baupraxis zu vereinfachen und wirtschaftliche Aspekte stärker zu berücksichtigen.

den Betreibern und können somit ihrer Aufgabe, der Schaffung von mehr Transparenz im Markt, nur sehr eingeschränkt gerecht werden.

In Nordrhein-Westfalen ist im Rahmen der „Initiative Seniorenwirtschaft“ von einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Wohnungswirtschaft, als Anbieter von Wohnraum, der Wohlfahrtsverbände als Dienstleistungsanbieter sowie der Landesseniorenvertretung und Verbraucher-Zentrale ein Qualitätssiegel für Betreutes Wohnen erarbeitet worden. Das Qualitätssiegel „Betreutes Wohnen für Senioren/innen Nordrhein-Westfalen“ bezieht sich auf den Neubau (d.h. Anlagen, die sich noch in der Planung befinden, gerade neu gebaut werden bzw. nicht älter als drei Jahre sind). Für den Bestand werden gesonderte Anforderungen entwickelt. Mit dem Qualitätssiegel werden vor allem die folgenden Ziele verfolgt:

- Angebote nach eindeutigen Qualitätskriterien zu beschreiben und zu definieren
- Markttransparenz und Orientierungshilfen für (potenzielle) Mieterinnen und Mieter und deren Angehörige zu bieten
- Qualitätssicherung für Anlagen des Betreuten Wohnens bzw. des Wohnens mit Service zu erzeugen
- Planungssicherheit und Planungshilfen für Investoren, Entwicklerinnen und Entwickler, Architektinnen und Architekten, Planerinnen und Planer, Betreiber und Dienstleister zu bieten.

Die Landesregierung geht davon aus, dass mit einer entsprechend breiten Beteiligung der Anbieter am Qualitätssiegel auch eine entsprechend umfassende und flächendeckende Umsetzung der aufgeführten Ziele des Qualitätssiegels erreicht werden kann. Die Qualitätsprüfungen sollen nicht vom Land Nordrhein-Westfalen oder einer von ihr beauftragten Stelle durchgeführt werden, sondern die Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher Entsendeorganisationen bereiten gegenwärtig die organisatorischen Voraussetzungen für die Verleihungen des Qualitätssiegels vor.

Die Diskussion in Deutschland zur Qualitätssicherung altersgerechter Wohnformen ist technikorientiert. Qualität wird gemessen an Steigungen von Zuwegen, Bewegungsflächen, Türbreiten, dem Durchmesser von Handläufen usw. Insbesondere der Vergleich mit den angelsächsischen Ländern spiegelt einen vollkommen anderen Qualitätsbegriff wider: Dort stehen „weiche“ Faktoren, die aber für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner viel entscheidender sind, im Vordergrund, beispielsweise die Freundlichkeit und die Einsatzbereitschaft des Personals, die Wohnlichkeit der Anlage, die Qualität des Freizeitprogramms, die zeitliche Verfügbarkeit von Hilfen.

In den USA sind adäquate Messinstrumente für diese „weichen Faktoren“ entwickelt worden, die mittlerweile eine hohe methodische Reife erreicht haben. Dabei werden Checklisten eingesetzt, die von den dort traditionell stärkeren Verbraucherschutzorganisationen herausgegeben werden. Die älteren Menschen bzw. ihre Angehörigen als Verbraucherinnen oder Verbraucher, nehmen maßgeblich darauf Einfluss. Die Checklisten stellen Hilfestellungen dar, um die Qualität der Einrichtung selbstständig beurteilen und miteinander vergleichen zu können. In Großbritannien hingegen erfolgen externe Beurteilungen, die sich im wesentlichen auf Bewohnerbefragungen stützen. Für solche Befragungen sind landesweit standardisierte Instrumente entwickelt worden, die vergleichbare Daten erzeugen. In der

Fachdiskussion wird in den standardisierten Methoden zur Beurteilung „weicher“ Faktoren gegenüber dem technikorientierten Ansatz eine Reihe von Vorteilen gesehen, da sie

- auch für existierende und ältere Wohnanlagen geeignet sind,
- auch experimentellen Wohnformen flexibler Rechnung tragen,
- an den tatsächlichen Bedürfnissen der BewohnerInnen orientiert sind und ein weitaus breiteres Spektrum an Qualitätsmerkmalen erfassen,
- auch ohne Vorankündigung, jederzeit und auch mehrfach während des Betriebs einer Wohnanlage eingesetzt werden können,
- erheblich kostengünstiger als die technikorientierte Zertifizierungen sind.

5 Beratungsfelder und Planung quartiersnahe bei Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung

5.1 Pflegeberatung - Qualität in der Pflege durch Beratung

Für den einzelnen Pflegebedürftigen und seine Angehörigen wird eine professionelle Beratung im Zusammenhang mit der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit immer wichtiger, nicht nur normativ, sondern auch im subjektiven Empfinden.¹⁰² Der Zugang zu den segmentierten und fragmentierten Hilfen, die im Bedarfsfall werden, lässt sich ohne professionelle Unterstützung kaum finden. Außerdem ist eine fundierte Beratung notwendig, um familienverträgliche und qualitätsgesicherte "Pflegearrangements" zu erhalten, zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln. Für deren Sicherstellung und Ausbau sind Beratungsangebote zu den Bereichen Wohnen und Wohnraumanpassung von entscheidender Bedeutung.

Die rechtliche Zuständigkeit für die Beratung im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit ist an verschiedenen Stellen des SGB vorgesehen. So ist der durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz neu gefasste § 7 SGB XI mit einem umfassenderen Pflegeberatungsauftrag der Pflegekassen versehen worden, der sich nicht nur auf die Leistungen der Pflegeversicherung, sondern auf alle mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, § 7 Abs. 2 SGB XI, bezieht.¹⁰³ Auch im Sozialhilferecht finden sich recht weitgehende Verpflichtungen zur Beratung von Pflegebedürftigen. § 17 BSHG kennt einen inzwischen erweiterten Beratungsauftrag für die Sozialhilfeträger, insbesondere im Zusammenhang mit den Hilfen zum Lebensunterhalt. Im Bereich der Hilfen in besonderen Lebenslagen ergibt sich die Verpflichtung zur Beratung für ältere Menschen aus § 75 BSHG und im Rahmen der Eingliederungshilfe aus § 40 BSHG im Zusammenhang mit der Verpflichtung zur Aufstellung eines Gesamtplans gem. § 46 BSHG. Diese Beratungsaufgaben sind dann in aller Regel Sache der örtlichen Sozialhilfeträger.

In Nordrhein-Westfalen enthält § 4 des Landespflegegesetzes eine besondere Verpflichtung zur Beratung und zum Aufbau einer integrierten Beratungsinfrastruktur, indem die unterschiedlichen, in den Gesetzen angesprochenen Träger zur Zusammenarbeit aufgefordert, aber auch andere Beratungsinstitutionen bei dem Aufbau einer entsprechenden Beratungsinfrastruktur berücksichtigt werden.¹⁰⁴ Beratungsaufgaben nehmen weiterhin die nach dem Heimgesetz zuständigen Behörden wahr, deren Beratungsauftrag durch die Novelle des Heimgesetzes noch einmal exponierter herausgestellt wurde (§ 4 HeimG). Nimmt man sodann noch die Servicestellen nach dem SGB IX mit in den Blick, (§ 23 SGB XI) wird die Beratungslandschaft wahrlich vielfältig und für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen nicht mehr in jeder Hinsicht übersichtlich.

¹⁰² vgl. hierzu eindrücklich die Ergebnisse der sog. Kasseler Studie, Blinkert & Klie (2002).

¹⁰³ vgl. zur Aufgabenwahrnehmung der Pflegekassen Pache (1998).

¹⁰⁴ vgl. zur Praxis des Landespflegegesetzes: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1997).

Jüngste empirische Untersuchungen machen deutlich, dass in der Bevölkerung die Notwendigkeit professioneller Beratung im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit gesehen wird und hier auch gerade die Angehörigen von Pflegeberufen als wichtige Berufsgruppe genannt werden. Gleichzeitig liegt aber in keiner Weise ein konsistentes Bild über die Instanzen vor, die nun für die Pflegeberatung als zuständig und ansprechbar gelten.¹⁰⁵ Auch in dem Verständnis dessen, was unter sog. Pflegeberatung zu subsumieren ist, kann weder bei den Adressaten von Beratungsrechten, noch bei denjenigen, die Beratungsangebote unterhalten, von einem einheitlichen Verständnis ausgegangen werden.¹⁰⁶ Der in Nordrhein-Westfalen gebildete Ansatz einer integrierten und koordinierten Beratung auf kommunaler Ebene, gesteuert durch das Landespflegegesetz, erscheint ausgesprochen angemessen. Die Wirkungsanalyse (Landesregierung NRW, o. J.) macht jedoch deutlich, dass der konzeptionelle Ansatz des Landespflegegesetzes vor Ort längst nicht überall umgesetzt wird und der Anspruch auf eine integrierte Beratung der Pflegebedürftigen nicht überall einzulösen ist. Die Studie von Hartmann et al.¹⁰⁷ zeigt auf, welchen Nutzen auch unter fiskalischen Gesichtspunkten eine solche integrierte Beratung gerade für den Kostenträger Sozialhilfe hätte.

Bei der Pflegeberatung handelt es sich um die Beratung für Pflegebedürftige und nicht um eine Beratung für Träger. Die Grundlage für die Pflegeberatung in Nordrhein-Westfalen bietet der § 4 des Landespflegegesetzes, wonach Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen trägerunabhängig sowohl über die professionellen als auch über die ehrenamtlichen und komplementären Hilfen zu informieren sind. Die Ziele der Pflegeberatung orientieren sich an der Maßgabe „ambulant vor stationär“, die sich sowohl in Bundes- als auch in Landesgesetzen wiederfindet. Hinzu kommt, den bzw. die Pflegebedürftige/n als mündige Konsumentin und Konsumenten zu verstehen. Das Hauptziel ist dabei, älteren, behinderten und chronisch kranken Menschen die Möglichkeit zu geben, möglichst lange selbstständig und auch selbstbestimmt in der angestammten häuslichen Umgebung leben zu können. Zudem geht es um:

- die Förderung der Kundensouveränität und Schaffung von Markttransparenz durch Information und Beratung
- den Erhalt individueller Lebensqualität, indem die Beratung auf die Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt ist und der Einzelne auch vertreten wird
- die Weiterentwicklung der Pflegequalität und der Pflegeinfrastrukturen
- einen Beitrag zur Kostendämpfung, indem im Rahmen der Beratung auch Alternativen zu einer vollstationären Versorgung aufgezeigt werden können.

Darüber hinaus ist die Öffentlichkeitsarbeit durch die Beratungsstellen von wesentlicher Bedeutung. Speziell für die Verbraucherzentrale sind die Interessenvertretung der Verbraucher, beispielsweise bis hin zur außergerichtlichen Interessenvertretung durch Rechtsanwälte und die Kooperation in funktionierenden Pflegenetzwerken wesentliche Punkte. Pflegeberatung muss Informationen über die Angebote vor Ort anbieten. Mit den Ratsuchenden wird eruiert, welche Hilfebedarfe bestehen und mit welchen Möglichkeiten

¹⁰⁵ vgl. hierzu die Ergebnisse der sog. Kasseler Studie, Blinkert & Klie (2002).

¹⁰⁶ vgl. mit "empirischen Einblicken" Pache (1998), konzeptionell grundlegend Koch-Straube (2001).

¹⁰⁷ Hartmann et al (2000)

diese Hilfebedarfe gedeckt werden können. Die Pflegeberatung formuliert Qualitätskriterien aus Kundensicht. Zukunftsaufgaben liegen darin, mehr Transparenz bezüglich der Pflegequalität und allgemein anerkannten und prüfbareren Qualitätskriterien, die vor allen Dingen auch für die Nutzer und Nutzerinnen durchschaubar sind, zu schaffen.¹⁰⁸ Die Beratungskräfte müssten gerade angesichts der neuen, gesetzlichen Entwicklungen auf fachlich hohem Niveau arbeiten. Dies erfordert kundennahe Informationsmaterialien.

In aktuellen Fachdiskussionen um neue Methoden und Steuerungsansätze im Gesundheits- und Pflegewesen gewinnt der Ansatz des Case Managements immer mehr an Bedeutung.¹⁰⁹ Im Case Management wird eine sektoren- und institutions- sowie professionsübergreifende Begleitung, Beratung und Betreuungsplanung zur Grundlage bei auf Hilfe angewiesenen Bürgern gemacht. Dabei wird das Case Management nicht allein auf die Bewältigung bestimmter Schnittstellen, etwa Krankenhausentlassung, begrenzt, sondern als dauerhafte Begleitung verstanden, die sich nicht auf die Vermittlung von Sozialleistungen beschränkt, sondern Einfluss zu nehmen versucht auf die Lebensführung, auf die Bewältigungsstile, auf die Einbeziehung sozialer Netzwerke und ihre Stärkung und die Koordination von Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen für einen auf Hilfe angewiesenen Bürger.

5.2 Wohnberatung und Wohnungsanpassung

Ziel der Wohnberatung im Rahmen der Wohnungsanpassung ist es, Möglichkeiten von baulich-technischen Maßnahmen in bestehenden Wohnungen aufzuzeigen und bei der praktischen Durchführung zu unterstützen.¹¹⁰ Dadurch soll es alten Menschen ermöglicht werden, in ihrer bisherigen Wohnung zu einer weitgehend selbstständigen Lebensweise fähig zu sein. Das ist von besonderer Bedeutung, da die überwiegende Zahl älterer Menschen in normalen Wohnungen lebt und auch weiterhin dort leben will. Deshalb ist die Entwicklung angemessener Wohnbedingungen notwendig, wozu auch Anpassungsmaßnahmen im individuellen Wohnbereich gehören. Die zentrale Aufgabe der Wohnberatung beschränkt sich nicht nur auf Beratungsleistung, sondern umfasst auch praktische Hilfe, Begleitung und organisatorische Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Anpassungsmaßnahmen sowie das Aufzeigen von Wohnalternativen.¹¹¹ Diese Anpassungsmaßnahmen umfassen einen breiten Katalog an Bereichen, von denen an dieser Stelle nur einige aufgezählt werden. Dazu gehören z. B. die Beseitigung von Ausstattungsmängeln und Barrieren, kleine Alltagserleichterungen und technische Hilfen. Von besonderer Bedeutung sind Maßnahmen, die die Benutzung des Bades sicherer machen und Maßnahmen, die das Überwinden von Schwellen und Stufen erleichtern.¹¹² Die Beratungsstellen nehmen hierbei vielfältige Aufgaben wahr. Diese reichen von der Begleitung und Unterstützung bei der Durchführung von Anpassungsmaßnahmen, über die Zusammenarbeit mit beteiligten Einrichtungen und Organisationen bis zur

¹⁰⁸ Anhörung Nordmann, Heike (Verbraucherzentrale NRW) Protokoll EKPr 13/58, 11. Sitzung der Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW"

¹⁰⁹ vgl. grundlegend zum Case Management Wendt (1997), Überblicke über unterschiedliche Case-Management-Ansätze im In- und Ausland bieten Engel & Engels (1999).

¹¹⁰ BMFSFJ (1998)

¹¹¹ vgl. BMG, 2002

¹¹² vgl. BMFSFJ, 1998

Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung für das Thema barrierefreies Wohnen.¹¹³ Bezogen auf die Arbeit von Wohnberatungsstellen geht es darum, individuelle Lösungen für die Bewohner zu finden und umzusetzen, die mit den Wohnverhältnissen und den Bedürfnissen der Bewohner abgestimmt sein müssen.

Wohnberatung richtet sich hauptsächlich an ältere und behinderte Menschen, von denen ein großer Teil alleine lebt und deshalb nicht auf Hilfeleistungen durch einen Partner zurückgreifen kann. Mit 85 Prozent wird der überwiegende Teil aller Anpassungen in Wohnungen hilfs- und pflegebedürftiger Menschen durchgeführt, von denen ca. zwei Drittel einer Pflegestufe nach dem SGB XI zugeordnet sind.¹¹⁴ Nach den Daten der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes Wohnberatung NRW verteilt sich der Pflegebedarf der Ratsuchenden zu 44 Prozent auf die Pflegestufe 1, zu 41 Prozent auf die Pflegestufe 2 und zu 15 Prozent auf die Pflegestufe 3.¹¹⁵ Mit den Projektdaten wird belegt, dass Anpassungsmaßnahmen Einfluss auf den Pflegebedarf nehmen, indem sein Entstehen oder seine Zunahme verhindert bzw. indem ein vorhandener Pflegebedarf teilweise oder ganz reduziert wird. Dabei sind in ca. zwei Drittel der Fälle die Vermeidung der Zunahme eines Pflegebedarfs und die damit verbundene Höherstufung belegt. Bei 13 Prozent der in Pflegestufe 1 eingestuften Personen konnte ein Heimeinzug vermieden werden. Bezogen auf die in Pflegestufe 2 und 3 eingestuften Personen konnte in 20 Prozent bzw. 21 Prozent der Fälle ein Heimeinzug vermieden werden.

Im SGB XI ist keine direkte Beteiligung an der Wohnberatung, aber die Möglichkeit zur Kostenbeteiligung an Wohnungsanpassungsmaßnahmen vorgesehen. "Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird" (SGB XI, § 40, Abs. 4). Demnach soll der Medizinische Dienst im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit prüfen, ob Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes notwendig sind. Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes dürfen 2.557,- € nicht übersteigen. Die Pflegebedürftigen können Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung beantragen, wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, das heißt, wenn die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt ist.¹¹⁶ Das hat zur Folge, dass Beratung vor Eintritt in die Pflegebedürftigkeit seltener nachgefragt wird, obwohl diese präventiven Charakter hat und damit auch Pflegebedürftigkeit hinauszögern könnte. Die Durchführung von präventiven Wohnungsanpassungsmaßnahmen wäre auch sinnvoll, da es für relativ rüstige ältere Menschen einfacher ist, mit Schwierigkeiten, die mit baulichen Veränderungen einhergehen, zurecht zu kommen.¹¹⁷

Die Kosten der Beratungstätigkeit werden in den meisten Bundesländern im wesentlichen von den Trägern der Beratungsstellen selber aufgebracht, die wiederum ihre Unterstützung

¹¹³ vgl. BMFSFJ, 1998

¹¹⁴ vgl. Braubach 2003, S.22

¹¹⁵ vgl. Niepel, 2003

¹¹⁶ vgl. BMFSFJ 2002, S.117

¹¹⁷ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz: 2003, S.32

in den überwiegenden Fällen von den Kommunen erhalten.¹¹⁸ In Nordrhein-Westfalen wird ein Modell angewendet, in dem die durch die Wohnberatung entstehenden Kosten zwischen Land, Kommunen und Pflegekassen gedrittelt werden. Derzeit bieten in Deutschland etwa 200 bis 250 Wohnberatungsstellen ihre Dienste an. Laut einer Statistik der BAG Wohnungsanpassung befinden sich 31,6 Prozent aller Beratungsstellen in NRW.¹¹⁹ Insgesamt gibt es in Nordrhein-Westfalen 102 Wohnberatungsstellen (Stand Mai 2003), die sich in unterschiedlicher Trägerschaft befinden, z. B. bei Kommunen und Kreisen, Wohlfahrtsverbänden, Wohnungswirtschaft, Verbraucherzentrale. Davon fördert das Land Nordrhein-Westfalen zusammen mit den Kommunen und Pflegekassen 36 Wohnberatungsstellen. Seit 1992 besteht das Modellprojekt zur Wohnraumberatung. Zunächst wurden durch einen Förderverbund aus Land, Kommunen und Pflegekassen pauschal je zu einem Drittel die Fördermittel für das Personal der Wohnberatungsstellen im Projekt aufgebracht. Diese Vorgehensweise hatte einen präventiven Ansatz, indem auch Personen beraten werden konnten, die nicht pflegebedürftig waren. Allerdings konnte diese Form der Förderung nicht beibehalten werden, weil Bundesversicherungsamt und Bundesgesundheitsministerium aufgrund rechtlicher Bedenken den ihrer Aufsicht unterliegenden Verbänden der Pflegekassen, u. a. den Ersatzkassenverbänden, eine Teilnahme an dem Projekt untersagt hatten.

Deshalb wird seit dem Jahr 2001 eine neue Form der Finanzierung angewandt, in der der Finanzierungsanteil der Pflegekassen über eine einzelfallbezogene Fallpauschale von den Wohnberatungsstellen erwirtschaftet wird. Das neue Finanzierungssystem der gestaffelten Fallpauschalen hat zur Folge, dass Kosten für die Beratungsleistungen aus den Leistungen der Pflegekassen für die entsprechenden baulichen Umbaumaßnahmen im Haushalt genommen werden und den zur Verfügung stehenden Betrag insgesamt reduzieren. Seitens der Beratungsstellen wird darauf hingewiesen, dass diese Vorgehensweise nicht der Intention des Gesetzes entspricht. Somit fällt die Erstattung durch die Pflegekasse für die tatsächlich durchzuführenden Maßnahmen umso geringer aus, je höher der Betrag für die Beratung ist.¹²⁰ Es steht zu vermuten, dass dadurch die Hemmschwelle, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, erhöht wird.

Die Anzahl von MitarbeiterIn in den einzelnen Wohnberatungsstellen ist sehr unterschiedlich. In der Tendenz weisen Beratungsstellen in freier Trägerschaft eher überdurchschnittliche, in kommunaler Trägerschaft eher unterdurchschnittliche Fallzahlen auf, wobei es sich allerdings nicht um einen systematischen Zusammenhang zu handeln scheint. Dennoch wird im Bericht des MGSFF positiv hervorgehoben, dass einige zu erwartende Maßnahmen die finanzielle Situation stabilisieren. Hierzu wird genannt, dass davon auszugehen ist, dass durch die Einbeziehung privat pflegeversicherter Ratsuchender und die Förderungschädlichkeit von erzielten Dritteinahmen sich das Gesamtergebnis im Jahr 2003 stabilisierend auf die Finanzsituation der Wohnberatungsstellen auswirken sollte.

Nicht mit einbezogen wird bislang in die Berechnung - bezogen auf die finanzielle Deckung der Wohnberatungsstellen - der ökonomische Nutzen, der durch ihre Arbeit entsteht. Wenn durch Wohnberatung der Pflegebedarf der Ratsuchenden gesenkt wird, führt das auch zu

¹¹⁸ vgl. BMFSFJ 2202: 118

¹¹⁹ vgl. Kremer-Preiß & Stolarz, 2003

¹²⁰ vgl. BMFSFJ 2002: .119

Einsparungen der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger für die ambulante und stationäre Pflege.¹²¹ Zur Wirksamkeit von Wohnraumanpassungsmaßnahmen lässt sich sagen, dass Veränderungen in den Wohnungen älterer Menschen die Durchführung der alltäglichen Aktivitäten positiv beeinflussen: Bei der Hälfte der Ratsuchenden konnten durch die entsprechenden Maßnahmen die Bedingungen für eine selbstständige Lebensführung verbessert, bei rd. 20 Prozent ein Selbstständigkeitsverlust gänzlich oder ein weiterer vermieden und bei jedem 10. die eingeschränkte Lebensführung vollständig wiederhergestellt werden. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden tabellarischen Übersicht aufgelistet.

Tabelle 7: Ergebnisse von Untersuchungen zur Wirksamkeit von Wohnraumanpassungsmaßnahmen

Nutzen für ältere Menschen	Nutzen für das Gesundheitswesen	Nutzen für Alten- und Sozialpolitik	Ökonomischer Nutzen
Verbesserung der Möglichkeiten für eine selbstständige Lebensführung	Vermeidung von Unfällen in der eigenen Wohnung	Verknüpfungs- und Schnittstelle im Lebenszusammenhang Wohnen und älterer und behinderter Menschen	Einsparungen bei Ausgaben der Pflegekassen und Sozialhilfeträger für ambulante und stationäre Pflege durch Reduzierung oder Vermeidung des Pflegebedarfs
Bei 20 Prozent der Personen konnte einem erstmaligen Verlust an Selbstständigkeit vorgebeugt und bei ebenfalls einem Fünftel ein weiterer Selbstständigkeitsverlust vermieden werden	Reduzierung der Behandlungskosten durch Unfallvermeidung, denn bei 94 Prozent aller häuslichen Unfälle älterer Menschen ist eine ärztliche Behandlung notwendig	Zugang zu den unterschiedlichen Zuständigkeiten im Bereich des Wohnens im Alter und bei Pflegebedürftigkeit	Beratungs- und Verknüpfungsleistungen von Wohnberatungen können bei Pflegekassen zu Einsparungen bei spezifischen Beratungsangeboten führen

Quelle: Niepel 2003

Wenn durch Wohnberatung der Pflegebedarf der Ratsuchenden gesenkt wird, führt das auch zu Einsparungen der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger bei der ambulanten und stationären Versorgung. Allerdings wird der ökonomische Nutzen der Wohnberatungsstellen bisher kaum in die Berechnung mit einbezogen.

Tabelle 8: Einsparpotentiale bei den Ausgaben für stationäre Pflege pro Fall und Monat

	Einsparungen bei Bezug von Pflegegeld	Einsparungen bei Bezug von Sachleistungen
Reduzierung des Pflegebedarfs von PS 1 auf PS 0	205 €	384 €
Vermeidung der Zunahme von PS 1 auf PS 2	205 €	537 €
Reduzierung eines Pflegebedarfs von PS 2 auf PS 1	205 €	537 €
Reduzierung eines Pflegebedarfs von PS 2 unter PS 1	410 €	921 €
Vermeidung der Zunahme von PS 2 auf PS 3	255 €	511 €
Reduzierung des Pflegebedarfs von PS 3 auf PS 2	255 €	511 E

Quelle: Niepel (2003)

Die Wirksamkeit und die Zweckmäßigkeit von Wohnberatung liegen für die Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft in einer bedarfsgerechten Nutzung der Wohnungen. Mittels

¹²¹ Niepel, 2003

geeigneter Umzugshilfen kann durch einen Wechsel aus einer für den Ratsuchenden zu groß gewordene Wohnung in eine Wohnung mit einer passenden Größe der Umzug vollzogen werden. Hierdurch wird auch größerer Wohnraum beispielsweise für Familien frei.

Tabelle 9: Einsparpotentiale bei der Pflege pro Fall und Monat (Verbleib in bisheriger Pflegestufe)

	Einsparungen durch Heimvermeidung bei Bezug - ambulant - von Pflegegeld bei Sachleistungen	
Pflegestufe 1	ca. 818 €	ca. 640 €
Pflegestufe 2	ca. 870 €	ca. 358 €
Pflegestufe 3	ca. 767 €	0 €

Quelle: Niepel 2003

Ergänzend ist zum Aspekt Wohnungsanpassung noch darauf hinzuweisen, dass wohl in vielen Modernisierungsprojekten die vorhandenen Anpassungsmöglichkeiten bislang nur zum Teil genutzt werden konnten. Bemerkenswert ist, dass Konstruktions- und Planungsfehler auch in speziell als altengerecht definierten Gebäuden vorzufinden sind, da u. a. die Raumgröße ungeeignet ist oder die Festigkeit der Wände zu wünschen übrig lässt.¹²²

5.3 Wohnprojektberatung

Um das Wohnen und Zusammenleben älterer und pflegebedürftiger Menschen im Rahmen von außerstationären so genannten neuen Wohnformen zu fördern, hat die Landesregierung NRW 1997 ein Modellprogramm zur Weiterentwicklung Neuer Wohnformen aufgelegt. Finanziell gefördert werden im Rahmen dieses Modellprogramms zusätzliche Beratungs- und Planungskosten bei der Projektentwicklung, die Schaffung zusätzlicher Gemeinschaftsräume sowie die Arbeit von zwei regionalen Beratungsstellen zur Beratung bei der Förderung Neuer Wohnformen im Alter: Köln mit dem Träger Neues Wohnen im Alter e.V.(NWia e. V.) für das Rheinland und Bochum mit der Wohnbund GmbH für Westfalen.

Hintergrund für die Entwicklung neuer Wohnformen im Alter ist die Annahme, dass ältere Menschen in vielen Fällen das Bedürfnis haben, mit anderen teilweise auch jüngeren Menschen zusammen zu leben, die nicht zur eigenen Familie gehören. Im Rahmen des Modellprogramms wird der Versuch unternommen diese Menschen bei der Suche und Schaffung gemeinsamen Wohnraums mit anderen Menschen zu unterstützen. Zur Förderung von Gemeinschaftswohnprojekten bieten die Regionalbüros Rheinland und Westfalen in NRW für unterschiedliche Phasen einer Projektentwicklung Hilfen an. Sie beraten bei der Entwicklung von Leitfäden und Konzepten zum gemeinschaftlichen Wohnen, bei der Vermittlung beispielsweise zwischen Gruppen und Bauträgern, bei der Beantragung von Landesmitteln aus dem Förderprogramm, bei der Entwicklung von Vereinbarungen zwischen Kooperationspartnern.¹²³

Die Regionalbüros leisten Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, führen Beratung durch und initiieren Projektaustausch und -vernetzung. Sie unterstützen innovative Wohnprojekte wie z. B. Wohn-, Haus- oder Siedlungsgemeinschaften im Generationenverbund oder altersspezifisch bei der Planung und Umsetzung und beraten kostenlos in den verschiedenen Entwicklungsphasen. Zielgruppen sind u. a. interessierte Einzelpersonen, Gruppen, MultiplikatorInnen, Fachleute, Institutionen und Organisationen wie z. B.

¹²²Niepel, 2003

¹²³MFJFG, (2000).

Kommunen, Wohnungsunternehmen, Wohlfahrtsverbände, Kirchen und Bildungseinrichtungen. Es werden Vorschläge zur Initiierung von Wohnprojekten gemacht und Unterstützung bei der Suche nach KooperationspartnerInnen geboten. Ein fachlicher Austausch mit Institutionen der Altenarbeit, wie z. B. dem Kuratorium Deutscher Altenhilfe und den Wohlfahrtsverbänden, findet ebenfalls statt.¹²⁴

Ziel der Regionalbüros ist es, Initiativen von Wohnformen, die eine Alternative zum Alleinleben oder zum Leben im Heim darstellen, zu schaffen und zu unterstützen. Jeder Bewohner verfügt in diesen Wohnformen über eine abgeschlossene Wohnung oder ein Appartement, die möglichst barrierefrei gestaltet ist. Zusätzlich gibt es im jeweiligen Wohnprojekt Gemeinschaftsräume für die Kommunikation der Hausbewohner. Das übergreifende Ziel eines solchen Wohnprojektes besteht darin, dass hier Menschen, die vor allem im Alter eine lebendige, altersübergreifende aktive Nachbarschaft leben möchten, selbstbestimmt und eigenverantwortlich in einer selbst gewählten Gemeinschaft und in einer eigenen Wohnung teilweise bis ins hohe Alter im gewohnten Umfeld wohnen bleiben.

Die Größe der Projekte sollte sich nach den konzeptionellen Vorstellungen der jeweiligen Initiativgruppe richten. Es kann sich hierbei um Wohnprojekte mit 6 bis 40 oder mehr Wohneinheiten handeln, die mit entsprechenden Gemeinschaftsflächen ausgestattet sein sollten. Bezogen auf die Altersstruktur hat es sich als sinnvoll erwiesen, einen Austausch und unterstützende Hilfe zu ermöglichen, wenn ungefähr ein Drittel der Bewohner älter als 60 Jahre alt ist. Ältere Menschen bleiben in die Gesellschaft integriert und bekommen sowohl die gewünschte Privatsphäre als auch die Möglichkeit, jederzeit Kontakte zu anderen Personen aufnehmen zu können. Problematisch und belastend für ein Projekt sind Erfahrungswerten zufolge, wenn dieses nicht durch professionelle Hilfe von außen unterstützt und ausreichend abgesichert ist.

5.4 Sozialräumliche und integrierte Planung und Vernetzung im Stadtteil - Altengerechte Siedlungs- und Quartiersentwicklung

Welche Wohn- und Unterstützungsformen werden bei dem zunehmenden demographischen und sozialen Wandel der Bevölkerung künftig nachgefragt und eingefordert und welche Anforderung ergeben sich hieraus für die integrierte und damit auch altengerechte Siedlungs- und Quartiersentwicklung? Dies sind wesentliche Fragestellungen, die sich für die Projektberatung, aber in besonderem Maße auch für die Stadt-, Quartiers- und Sozialplanung stellen.

95 Prozent der über 60-jährigen Menschen in Deutschland leben in ihrer angestammten Wohnung und möchten auch dort wohnen bleiben, wenn körperliche Beeinträchtigungen, Handicaps und Pflegebedürftigkeit eintreten. Der Trend, im Alter ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können, wird sich voraussichtlich fortsetzen und auf die Nachfrage am Wohnungsmarkt auswirken. Die Wohnungsangebote, wie Betreutes Wohnen, gemeinschaftliches Wohnen und die Möglichkeit, in der eigenen Wohnung wohnen bleiben zu können, müssen sich vor dem Hintergrund einer Pluralisierung der Lebensstile und

¹²⁴ Anhörung von Frau Margot Opoku-Böhler am 5.6.2003 als Vertreterin von "Neue Wohnformen im Alter", Regionalbüro Rheinland.

Singularisierung im Alter weiter entwickeln.¹²⁵ Die Vermeidung von Isolation und Vereinsamung ist für ältere Menschen dabei von besonderer Bedeutung. Aus dem Bedürfnissen nach Häuslichkeit und Normalität ergeben sich sowohl neue Anforderungen an die Weiterentwicklung der Wohnquartiere, wie auch an die Pflege selbst.

Das Forum für gemeinschaftliches Wohnen im Alter weist darauf hin, dass sich die Anfrage bezüglich gemeinschaftlicher Wohnprojekte allein von 1999 bis 2001 auf 6.000 im Jahr verdreifacht hat. Viele ältere Menschen scheuen allerdings den gewaltigen Aufwand, den die Initiierung eines Projektes für eine Wohngruppe mit sich bringen würde: „Denn diese Projektentwicklung bedeutet, ein Wohnungsbauunternehmen zu finden, das für sie baut, d.h. in der Regel umfangreiche Informations- und Recherchearbeit, viele Gespräche und Verhandlungen zu führen, Grundstücke zu begutachten und einen langen Atem zu haben.“¹²⁶

Es besteht ein Mangel an Wohnformen, die den Bedürfnissen älterer und pflegebedürftiger oder Menschen mit Handicaps gerecht werden. Insbesondere die Formen nachbarschaftlichen, gemeinschaftlichen und integrierten Wohnens werden zukünftig eine größere Bedeutung erhalten. Eine Voraussetzung für die Entwicklung neuer Wohn- und Pflegekulturen im Wohnquartier ist neben den baulichen Anpassungen auch eine entsprechende Versorgungs-, Sozial- und Dienstleistungsinfrastruktur im Stadtteil. Der Bedarf nach geeigneten Wohnungen mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten wird drastisch zunehmen. In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe von quartiersbezogenen Wohnkonzepten entwickelt, die ein koordiniertes und umfassendes Angebot an Wohnen, Betreuung, Unterstützung, Beratung und Gemeinschaft beinhaltet. Dabei haben zunehmend immer mehr Wohnungsunternehmen ältere und pflegebedürftige Menschen auch als Zielgruppe für sich erkannt, denn die entsprechende Anpassung der Wohnungen und geeignete Wohn- und Dienstleistungsangebote können einen Beitrag leisten, die Vermietbarkeit ihrer Wohnungen auch langfristig zu sichern. Hier bietet sich für die Wohnungsunternehmen als Partner oder Bauträger an, um gemeinschaftliche Wohnprojekte zur Miete, als Eigentum oder in einer Mischform zu errichten. Des Weiteren unterstützen sie nachbarschaftliche Dienstleistungen u. a. durch Bereitstellung von Räumlichkeiten und kooperieren mit Anbietern bzw. Initiativen vor Ort, um altengerechte Serviceleistungen im Quartier anzubieten. Sie beziehen (zukünftige) Mieterinnen und Mieter zur Ermittlung des realen Fachfragebedarfs für die alten- und bewohnergerechte Gestaltung der Wohnungen mit ein (Bewohner-Partizipation) und erarbeiten mit den entsprechenden Akteuren im Quartier ein Modernisierungskonzept für die bewohnergerechte Modernisierung des älteren, noch nicht angepassten Wohnbestandes.

Handlungsfelder

Das Thema Wohnen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit ist in Bezug auf Siedlungs- und Quartiersentwicklung mit einer Vielzahl von Handlungsfeldern verknüpft. Hierzu gehören Wohnung und Wohnumfeld, Nachbarschaft und soziale Netze, Infrastruktur, Freizeitangebote und Kommunikation, Hilfen im Alltag und Pflege und schließlich Beratung und Information.

¹²⁵ Matzke, 2003

¹²⁶ ????

Die WohnBund-Beratung NRW weist beim Aufbau und der Weiterentwicklung von formellen und informellen Dienstleistungen sowie von sozialen Netzwerken auf folgende Handlungsmöglichkeiten hin:

- *kooperative Zusammenarbeit im Stadtteil:* Hierzu gehören die Vernetzung der Akteure vor Ort, der Aufbau einer Arbeitsgemeinschaft für ältere Menschen im Stadtteil, die Schaffung verbindlicher Strukturen und einer Zieldefinition, die kooperative Erarbeitung von bedarfsorientierten Angeboten.
- *Koordination und Projektentwicklung:* Hierzu gehören die Koordination der Einzelprojekte und Ausgaben, das Zusammenführen zu einem Gesamtkonzept alten- und handicapgerechter Quartiersentwicklung, Nennung von AnsprechpartnerInnen im Quartier sowie die Einrichtung von hauptamtlichen Koordinierungsstellen.
- *Begegnungs- und Nachbarschaftszentren:* Hierunter fallen die Einrichtung von Treffpunkten als Anlaufstelle im Quartier sowie die Einrichtung von Beratungs- und Infobüros (u. a. auch mit zeitweiligen Sprechstunden von Anbietern).
- *Informationsarbeit:* Hierzu gehören die Herausgabe von Infobroschüren für ältere Menschen, die Durchführung von Informationsveranstaltungen sowie Sprechstunden von Anbietern.

Bei der Quartiersentwicklung sowie bei Modernisierungsmaßnahmen einer Siedlung ist es sehr wichtig, die Bewohnerinnen und Bewohner einzubeziehen, um Wohnzufriedenheit zu erzielen. Dies gilt insbesondere für gewachsene Quartiere und älter werdende Siedlungen. Hierfür werden Handlungsansätze vorgeschlagen, die u. a. eine kleinräumige Bedarfsanalyse mit einer Bestandsanalyse und die Herausarbeitung der vorhandenen Potentiale sowie die Ermittlung von Problemfeldern umfassen. Eine qualitative Befragung von Personen spezieller Bedarfsgruppen und ExpertInnen vor Ort sollte möglichst dazu führen, dass eine Weiterentwicklung der Wohnangebote erfolgt. Die Beratung umfasst die Wohnraumanpassung, den altengerechten und barrierefreien Umbau und eine entsprechende Modernisierung sowie eine soziale Bauleitplanung und soziale Hilfestellungen für ältere, allein stehende Menschen.

Entwicklung zu einer gemeinwesenorientierten Stadtteil- und Quartiersentwicklung

Zu den Kernanforderungen einer altersgerechten Wohn- und Quartiersentwicklung gehört die Verknüpfung von baulichen und sozialen Maßnahmen, die Integration von Altenhilfeleistungen in das Wohnen im Quartier sowie bewohnernahe Verfahren mit denen die Angebote für spezifische Bedarfslagen ermittelt und konzipiert werden.¹²⁷ Initiativen sind entstanden, die Alltagshilfen und vorpflegerische Leistungen anbieten. Dabei geht es insbesondere um Beratung, Vermittlung und Initiierung von Diensten und preiswerten häuslichen Hilfen. Diese Angebote werden getragen u. a. von Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Nachbarschafts- und Selbsthilfeinitiativen, privaten Trägern aber auch von einzelnen Wohnungsunternehmen. Dabei entwickeln sich aber auch Verbundlösungen mehrerer Träger in Kooperation mit den Kommunen. Das Spektrum der Wohnkonzepte sieht dabei unterschiedliche Konstellationen vor.¹²⁸ Kommunale Ansätze einer stadtteil- oder

¹²⁷ vgl. Kremer-Preiß 2003: 165f

¹²⁸ vgl. Kremer-Preiß 2003: 163f

quartiersbezogenen Altenhilfe haben sich in einer Reihe von Städten und Gemeinden herausgebildet, etwa in Bonn, Köln, Dortmund oder Münster. Besonders weit entwickelt ist in Bielefeld die gemeinwesenorientierte Stadtteil- und Quartiersentwicklung. Diese setzt auf nachbarschaftliche Strukturen, in denen ein vielfältiges wohnortnahe Hilfesystem vorhanden ist, durch das Familien, Nachbarn und Freunde bei der Hilfe und Betreuung von Pflegebedürftigen unterstützt werden. In diesem Konzept entwickeln sich die Heime von einer starren stationären zu einer häuslichen und am Gemeinwesen orientierten Dienstleistungsstruktur bei der gleichzeitig Seniorengenossenschaften, Investorengruppen und Baugesellschaften für ihre Kunden ein Servicewohnen mit Versorgungssicherheit errichten.¹²⁹

In Wohnsiedlungen und Stadtteilen sind in den letzten Jahren verschiedene Initiativen zur Entwicklung quartiersnaher Alltagshilfen entstanden. Quartiersbezogene Wohnkonzepte, im Sinne des koordinierten, umfassenden Angebotes der Bereiche Wohnen, Gemeinschaft und Betreuung sind bisher allerdings nur von einigen wenigen Wohnungsunternehmen bekannt.

Das Modell der „Freien Scholle“ (Bielefeld) gilt bei den quartiersbezogenen Wohnkonzepten, die von Wohnungsunternehmen getragen werden als beispielhaft.¹³⁰ Dieses Angebot beinhaltet die Einrichtung von dezentralen Nachbarschaftstreffs und –zentren, genossenschaftseigene Altenberatung und Betreuung sowie Mitwirkung der BewohnerInnen in der Quartiersnachbarschaft und der Genossenschaft. Eine Reihe weiterer Wohnungsunternehmen sind dabei, ähnliche Angebote für ihren Bereich zumeist in Kooperation mit anderen Trägern im Stadtteil aufzubauen. Das Spektrum der quartiersbezogenen Wohnkonzepte umfasst

- Angebote einzelner Wohnungsunternehmen
- Siedlungsprojekte, die ein Gemeinschafts- oder Dienstleistungsangebot beinhalten
- Gemeinschafts- und Dienstleistungsprojekte, die von Wohnungsunternehmen oder den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut wurden
- kommunale Ansätze zum Aufbau eines Wohn- und Beratungsangebotes in einzelnen Wohnquartieren bis hin zu
- Initiativen der Freien Wohlfahrtspflege pflegebegleitende Hilfen sowie Gemeinschafts- und Nachbarschaftshilfeangebote in einzelnen Stadtteilen zu organisieren

Bei einigen Projekten werden soziale Einrichtungen in einem Stadtteil oder in einer Gemeinde mit intensiver Bürgerbeteiligung geplant und unterhalten. Innerhalb des Gemeinwesens sollen die Formen der Familien-, Wohn- und Nachbarschaftsgemeinschaften unterstützt werden. Das Betreute Wohnen soll zu Mehrgenerationenhäusern oder Siedlungen weiterentwickelt werden, in denen auch ein Austausch zwischen den Generationen stattfinden kann. Voraussetzung für diese Entwicklung zu einer neuen Wohn- und Pflegekultur sind zum einen barrierefreie Wohnungen aber auch eine Versorgungs-, Sozial- und Dienstleistungsinfrastruktur im Stadtteil. Dies beinhaltet eine Weiterentwicklung der sozialen Dienstleistungen, auch im organisatorischen Bereich.

Bestandteil eines gemeinwesenorientierten Konzeptes ist es auch, dass sich die in den Stadtteilen befindlichen Heime entsprechend neu ausrichten und ihre Infrastruktur öffnen hin

¹²⁹ vgl. Brechmann, TH. /2002.

¹³⁰ vgl Stolarz/Preiß (2003), S. 125).

zu einer häuslichen, am Gemeinwesen orientierten Dienstleistungsstruktur. In Kooperation mit anderen Trägern kann hierfür die Infrastruktur im Wohnquartier für ein Wohnen mit Versorgungseinheit angeboten werden.¹³¹

Altersgerechte Stadtteil- und Quartiersplanung

Zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebotes an individuellen Wohnformen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit gehören nicht nur die geeigneten Wohnangebote sondern auch ein entsprechend gestaltetes Wohnumfeld mit einer altersgerechten Infrastruktur und Hilfen im Alltag. In einer Reihe von Städten und Gemeinden haben sich Planungsansätze für eine integrierte Stadtteil- oder Quartiersentwicklung herausgebildet. Beispielsweise wird in Münster ein ressortübergreifender Ansatz gewählt, bei dem eine Verknüpfung von kommunaler Alten- und Pflegeplanung mit der Wohnungs- und Stadtteilpolitik vorgenommen wird. Hierzu gehört¹³² :

- Ein Zusammenwirken verschiedener Handlungsfelder zur Sicherung der sozialräumlichen Qualitäten
- Die gezielte Förderung von Angeboten des Wohnens im Bestand
- Die Steuerung von Investitions- und Nachfragepotential
- Eine Projektentwicklung von Wohnangeboten im Alter durch städtische Leistungen der Sozial-, Bauland- und Wohnungspolitik.

Die gemeinwesenorientierte Stadtteil- und Quartiersplanung setzt auf nachbarschaftliche Strukturen, in denen ein vielfältiges wohnortnahes Hilfesystem vorhanden ist, durch das Familien, Nachbarn und Freunde bei der Hilfe und Betreuung von Pflegebedürftigen unterstützt werden. Dabei werden soziale Einrichtungen in einem Stadtteil oder in einer Gemeinde mit intensiver Bürgerbeteiligung geplant und unterhalten. Die Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohner insbesondere bei der Quartiersplanung sowie den Modernisierungsmaßnahmen ist wichtig, um Wohnzufriedenheit zu erzielen. Hierfür werden Handlungsansätze vorgeschlagen, die u.a. eine kleinräumige Bedarfs- und Bestandanalyse, die Herausarbeitung vorhandener Potentiale sowie die Ermittlung von Problemfeldern umfasst. Dabei soll eine qualitative Befragungen von Personen einzelner Bedarfsgruppen und ExpertInnen vor Ort erfolgen.

Vom Tourenteam zum Gemeinwesenteam

Derzeit werden die Hilfe- und Pflegeleistungen von Diensten mit großem Einzugsgebiet geleistet. Dies hat zur Folge, dass zumeist ein großer Anfahrtsweg zurückgelegt werden muss. Durchschnittlich entfällt etwa ein Drittel der Zeit für einen Pflege- und Hilfeinsatz ambulanter Pflegedienste auf die An- und Abfahrt. Zudem sind viele Pflegedienste auf ihren spezifischen Aufgabenbereich der Grundpflege und Behandlungspflege beschränkt. Bezüglich der Weiterentwicklung von Organisation und Kooperationsformen ist deshalb beispielsweise in Bielefeld ein Modell entwickelt worden, das die Umwandlung der so genannten Tourenteams in ein Gemeinwesenteam und die Zusammenfassung eines ambulanten Hilfeangebotes zu einem multiprofessionellen, in der Gemeinde präsenten ambulanten Team vorsieht¹³³. Dies setzt eine enge Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern voraus.

¹³¹ vgl. Brechmann (2002)

¹³² vgl. Termath (2004):39

¹³³ vgl. Zander 1995, vgl. Schaeffer/Ewers 200, 2002

Mit der Verbindung von Gemeinwesen und Individualpflege soll gewährleistet werden, dass alle Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege und darüber hinaus Hilfen bei der Hauswirtschaft, anderen Verrichtungen, häuslicher Rehabilitation, Assistenz für Menschen mit Behinderungen oder weitere Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung stehen. Die Vielfalt und Kooperation der ambulanten Dienstleistungen soll dazu führen, dass „die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten Dienste Tag und Nacht wohnortnah erreichbar sind“¹³⁴ Allerdings ist dabei auch darauf zu achten, dass die Pluralität bei den Trägern von Pflegediensten erhalten bleibt, damit pflegebedürftige Menschen weiterhin zwischen verschiedenen Diensten wählen können.

Kultursensible Quartiersentwicklung

Im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ ist eine Koordinierungsstelle für NRW bei der WohnBund-Beratung NRW GmbH, Bochum eingerichtet worden. Zusammen mit Kooperationspartnern galt es, Konzepte zur Schaffung eines Umfeldes zu entwickeln, die einen möglichst langen Verbleib für ältere und pflegebedürftige Menschen in der angestammten Wohnung ermöglichen. Dabei lag ein Schwerpunkt u. a. auf der Entwicklung von Informations- und Beratungsangeboten. Die einzelnen Bundesländer, die an dem Modellprogramm beteiligt waren, haben sich mit spezifischen Fragestellungen befasst. Die nordrhein-westfälische Koordinierungsstelle Bochum konzentrierte sich im Kontext der oben dargestellten Ziele hauptsächlich auf den Bestand; in diesem Fall von Arbeitersiedlungen im Ruhrgebiet und auf die Gruppe der allein stehenden Frauen und älteren Migrantinnen und Migranten. Es werden die Wohnwünsche und Wohnbedarfe älterer, allein stehender Frauen und Migrantinnen und Migranten ermittelt sowie Wohnungsunternehmen, Investoren, soziale Träger, kommunale Einrichtungen unterstützt und dahingehend beraten, welche Wege bei der Sanierung „älter werdender Siedlungen“ zu beschreiten sind.

Tabelle 10: Übersicht Kooperationsprojekte

Oberhausen-Knappenviertel	Recklinghausen-Hochlarmark	Essen-Katernberg
Bedarfsgruppen: Ältere, allein stehende Frauen	Bedarfsgruppen: Ältere, allein stehende Frauen und ältere MigrantInnen	Bedarfsgruppen: Ältere MigrantInnen
Arbeitskreis für Senioren im Knappenviertel	Arbeitskreis altengerechte Modernisierung	Arbeitskreis Seniorenarbeit & Migration Katernberg
Wohnungsunternehmen ThyssenKrupp Wohnimmobilien	Wohnungsunternehmen LEG-NRW GmbH	Wohnungsunternehmen Viterra

Quelle: Cetinkaya 2003

Es sind drei Kooperationsprojekte zwischen der Koordinierungsstelle und Stadtteileinrichtungen im Ruhrgebiet durchgeführt worden.¹³⁵ Die Stadtteile und Quartiere Essen-Katernberg, das Knappenviertel in Oberhausen und Recklinghausen-Hochlarmark sind im Landesprogramm „Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf“ aufgenommen.

¹³⁴ vgl. Brechmann 2003

¹³⁵ Cetinkaya, M., 2003

Diese Siedlungen sind zum Teil in den 50er und 60er Jahren erbaut und mit jungen Familien belegt worden. Aus dieser Tatsache entstand eine spezifische Situation, die sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass in den Siedlungen heute ein hoher Anteil älterer Menschen wohnt und von diesen ein großer Prozentsatz allein stehende Frauen sind. Zum anderen ist in solchen Siedlungen teilweise eine Konzentration von Migrantinnen und Migranten festzustellen. Diesen Siedlungen fehlen wesentliche Infrastruktureinrichtungen, sie weisen städtebauliche und im Wohnungsbestand bauliche und technische Defizite auf.

Fast alle älteren Migrantinnen und Migranten sind zufrieden mit den Wohnbedingungen. In der bestehenden Nachbarschaft überwiegen die Vorteile und im Wohnumfeld wird den Gärten und den Grünflächen große Bedeutung beigemessen. Die Migrantinnen und Migranten bewerten die Infrastruktur positiv und haben eine differenzierte Einstellung zum Alt sein. Aus Sicht von Experten ist die Rückkehr ins Heimatland für die Migrantinnen und Migranten keine Perspektive: Solange keine gesundheitlichen Einschränkungen vorhanden, sind wird das Pendeln zwischen den Ländern bevorzugt. Es fehlt an Angeboten zur Freizeitgestaltung und Kommunikation und in Fachkreisen wird angenommen, dass die Nachfrage nach Pflegeleistungen seitens der Migrantinnen und Migranten zunehmen wird. Es ist eine Frage der Zeit, wann familiäre Hilfesysteme nicht mehr ausreichen, zumal Informationen über Leistungen und Angebote des Altenhilfesystems nicht bzw. kaum vorhanden sind.

Aufgrund der Studienergebnisse lassen sich für Essen-Katernberg verschiedene Handlungsansätze ableiten. Es ist wichtig, die bestehenden Pläne und Angebote zu stabilisieren und neue Wege zu gehen. Nachbarschaftssysteme und Selbsthilfeinitiativen müssen gestärkt bzw. unterstützt und die Rahmenbedingungen für einen Verbleib in privaten Wohnungen verbessert werden. Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge sind individuelle und zugehende Beratung, auch in der Muttersprache, sowie Kurse für pflegende Angehörige relevant. Informationsveranstaltungen in Moscheen- und Kulturvereinen und nachgehende Betreuung gehören ebenfalls zu den relevanten Studienergebnissen.

6 „Gute Beispiele“

6.1 Mehrgenerationenwohnen

Service-Wohnanlage „Birschel-Mühle“ in Hattingen (Immomed Wohnservice)

Die im Jahr 2000 fertig gestellte Servicewohnanlage liegt direkt am Ufer der Ruhr. In den umgebauten, denkmalgeschützten Mühlengebäuden aus dem Jahr 1902 und einem Neubau stehen insgesamt 43 Eigentumswohnungen zur Verfügung, von denen 38 verkauft sind. Die Wohnungen weisen Loft-Charakter auf, das Gebäude hat das Ambiente eines Industriedenkmals. Alle Wohnungen sind barrierefrei zu erreichen und behindertengerecht gebaut. Die Anlage ist gut an den ÖPNV angebunden. Neben den üblichen Nebenkosten wird eine monatliche Service-Pauschale erhoben (120 Euro für eine Einzelperson, 60 Euro für jede weitere Person). In dieser Pauschale sind ein 24-Stunden-Hausnotruf, die Nutzung von Gemeinschaftsräumen und weitere, wohnbegleitende Serviceleistungen enthalten. Ein stationärer Pflegebereich ist bewusst nicht integriert worden. Bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI erbringen ambulante Pflegedienste unterstützende Dienstleistungen. In der „Birschel-Mühle“ leben nicht nur Senioren, auch jüngere Menschen haben hier eine Eigentumswohnung erworben. So ist momentan der jüngste Bewohner 29 Jahre alt, der Älteste wird 90. Der Männeranteil ist mit fast 50 Prozent für eine Service-Wohnanlage außergewöhnlich hoch.

Das Projekt ist komplett aus privaten Mitteln finanziert worden (zwischen 2.033 und 2.203 Euro pro qm). Die Kaltmiete der vermieteten Wohnungen beträgt derzeit 8,82 Euro pro qm.

Selbstorganisiertes Wohnprojekt mit integriertem Pflegestützpunkt in Hagen

Hier handelt es sich um ein komplexes Wohnprojekt, das das Mehrgenerationenwohnen und das betreute Wohnen sowie stationäre Pflege miteinander kombiniert. Das selbstorganisierte Wohnprojekt besteht seit 1997 und wurde von Hagener Bürgerinnen und Bürgern des Vereins „Älter werden mit Freu(n)den, Wohn-, Lebens- und Pflegegemeinschaft Modell Hagen e.V.“ ins Leben gerufen. Es hat zum Ziel, auch im Alter und bei Krankheit in einem vertrauten, sozialen und räumlichen Umfeld leben zu können. Dabei wird vor allem dem Aspekt des selbstorganisierten Wohnens mit gegenseitiger Hilfe ein hoher Stellenwert eingeräumt. Aus dem Leitbild des Vereins heraus entwickelte sich die Idee, ein Wohnhaus für unterschiedliche Einkommens- und Altersgruppen sowie Familienformen zu bauen. Darüber hinaus sollte auch ein wohnungsnahes, von einem Träger unabhängiges Angebot an Hilfsleistungen verfügbar sein. Der gewählte Standort hat mittlerweile eine gute infrastrukturelle Ausstattung und ÖPNV-Anbindung. Das Kernstück des Projektes ist das Generationenhaus, in dem acht Wohneinheiten für "Jung und Alt" zur Verfügung stehen. Die gesamte Wohnanlage besteht aus zwei um einen Innenhof gebauten, sich ergänzenden Gebäudekomplex. Die Wohnanlage vermittelt eine dorfähnliche Atmosphäre und beherbergt insgesamt 92 Wohneinheiten. Neben den acht Wohnungen im Mehrgenerationenhaus stehen noch 31 Miet- und 24 Eigentumswohnungen sowie 18 Seniorenmiet- und 11 Senioreneigentumswohnungen zur Verfügung, so dass ein recht breites Altersspektrum in

der Wohnanlage vertreten ist. Die Auslastung der Anlage liegt bei 100 Prozent. Die Seniorenwohnungen sind komplett barrierefrei erschlossen und erfüllen die DIN 18 025, Teil 2.

Obwohl die Wohneinheiten im Generationenhaus mit öffentlichen Fördermitteln errichtet wurden, ist dem Verein vom Wohnungsamt ein Vorschlagsrecht für die Belegung der Zwei- und Drei-Zimmer-Wohnungen eingeräumt worden (die Nettokaltmiete beträgt je nach Lage zwischen 5,80 und 6,60 Euro pro qm). Auch bei den anderen Wohnungen fungiert der Verein häufig als Vermittler zwischen zukünftigem Mieter und Investor. Ein baulich in der Wohnanlage integriertes, von einem privaten Pflegeanbieter betriebenes Pflegezentrum bietet 17 Kurzzeitpflege- und 12 Tagespflegeplätze. Die Mieter des Wohnparks können je nach Bedarf Angebote des Pflegezentrums wie Mittagessen oder Bewegungstherapien in Anspruch nehmen und die Räume der Tagespflege ab jeweils 17 Uhr als Gemeinschaftsbereich für nachbarschaftliche Treffen nutzen. Das Konzept des Wohnparks wird von den Initiatoren als Alternative zur Heimunterbringung betrachtet.

„Auxilium“ in Engelskirchen

Mit dem "Auxilium im Grengel" in Engelskirchen wird eine Form des Betreuten Wohnens erprobt, die den Seniorinnen und Senioren ein selbstständiges und unabhängiges Leben bis ins hohe Alter ermöglicht. Selbst bei hoher Pflegebedürftigkeit können die Bewohner in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben. Das Haus im Grengel liegt mitten im Zentrum von Engelskirchen und hat 36 Wohnungen in der Größe zwischen 52 und 62 qm. Im Eingangsbereich des Hauses befindet sich eine Sozialstation mit integrierter, ambulanter Krankenpflege, die sowohl zur Versorgung der Bevölkerung als auch der Bewohner zur Verfügung steht. Es können auch andere ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden. Um einen passenden Pflegedienst zu finden, steht das „Biss-Net-System“ des Oberbergischen Kreises zur Verfügung. Alle Leistungen der ambulanten Pflege können durch die Station erbracht werden, die auch für die Vermittlung aller sonstigen Hilfen rund um die Dinge des alltäglichen Lebens zuständig ist. Die Pflege der Nachbarschaftshilfe und der sozialen Kontakte untereinander und mit dem Bewohnern des Viertels, wird von der Sozialstation ebenfalls unterstützt. Ein Eiscafé im Eingangsbereich rundet das Ganze ab.

6.2 Gruppenwohnformen

In den letzten Jahren sind in Deutschland vermehrt Gruppenwohnformen beim altersgerechten Wohnen diskutiert worden. Dabei handelt es sich um einen Sammelbegriff für höchst unterschiedliche Konzepte, die wie folgt systematisiert werden:

Altershomogene, selbstorganisierte Wohngemeinschaften

Hier schließen sich – ähnlich wie bei einer Studentenwohngemeinschaft – drei bis fünf ältere Menschen zusammen, um in einer gemeinsamen Wohnung zu leben. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind in der Regel rüstig. Die Wohngemeinschaft soll soziale Isolation vermeiden und gegenseitige Betreuungs- und Hilfeleistungen ermöglichen. Diesen Vorteilen steht jedoch gegenüber, dass die Selbsthilfemöglichkeiten abnehmen, wenn die Pflegeproblematik zunimmt. Probleme entstehen regelmäßig, wenn einzelne Mitglieder die Wohngemeinschaft verlassen, weil die Integration neuer Mitglieder in die kollektiv gealterte

Gemeinschaft schwieriger wird. Die empirischen Daten deuten darauf hin, dass das Interesse der älteren Menschen an solchen Wohngemeinschaften noch gering ist.¹³⁶

Betreute Wohngruppen

Hier leben vier bis fünf Personen, die krank, hilfebedürftig, dement oder psychisch verändert sind, in einer Gemeinschaftswohnung und erhalten dort eine tägliche Betreuung. Beim Modell des Braunschweiger Vereins *ambet* umfasst die tägliche Betreuung die zweistündige Anwesenheit einer Betreuungskraft. Hinzu kommt ein wöchentliches Gruppengespräch sowie Verwaltungs- und Supervisionsarbeiten. Insgesamt ergeben sich 20 Stunden pro Woche.¹³⁷ Die Betreuung wird als effektiv eingeschätzt. In Braunschweig wird bei immerhin 19 von 28 Bewohnerinnen und Bewohnern eine (zumeist leichte) Verbesserung des Befindens seit Einzug in die Wohngruppe konstatiert. Die Zahl betreuter Wohngruppen wird für Deutschland auf 30 geschätzt.¹³⁸ Die Bedarfssituation wird positiv eingeschätzt. Probleme gibt es allerdings immer wieder mit dem Heimgesetz sowie bei der Finanzierung. Betreute Wohngruppen funktionieren nur, wenn eine intensive Betreuung erfolgt. Die folgende Rechnung stellt die Kosten unter der Prämisse dar, dass entweder vier- oder fünf-köpfige Wohngruppen betreut werden. Der Arbeitseinsatz richtet sich nach den Erfahrungswerten der Braunschweiger Gruppen (d. h. zwei Stunden tägliche Betreuung für die Gruppe und ein wöchentliches Gruppengespräch) und ist als absolutes Minimum anzusehen. Die Kostenrechnung erstreckt sich auf die reine Betreuung (ohne Pflegeleistungen, Miete, Nebenkosten und Haushaltsführung).

Tabelle 11: Kostenrechnung für betreute Wohngruppen

	4 Personen/Gruppe	5 Personen/Gruppe
wöchentlicher Einsatz (Std.)	20	20
Urlaubs- und Krankheitsvertretung (Std.)	4,6	4,6
Gesamtarbeitszeit/Woche (Std.)	24,6	24,6
Personalkosten/Monat (BAT IVb)	2.642,32 €	2.642,32 €
GK-Zuschlag 30 Prozent	792,70 €	792,70 €
Summe Personalkosten	3.435,01 €	3.435,01 €
Sachkosten	200,00 €	250,00 €
Gesamtkosten/Monat	3.635,01 €	3.685,01 €
Kosten/Person/Monat	908,75 €	737,00 €

Quelle: Eichener, (2004) 49

Bei den Modellprojekten konnten durch den Einsatz von geförderten Beschäftigungsverhältnissen (ABM) und/oder einer besonderen Modellförderung verschiedener Förderer (Kommune, Land, Eigenmittel des Trägers, Spenden) Finanzierungsschwierigkeiten überwunden werden.¹³⁹

¹³⁶ Weeber & Hörnle (1998) in: BMFSFJ, 1998

¹³⁷ Narten, 1998

¹³⁸ vgl. Weeber & Hörnle, in: BMFSFJ 1998:65

¹³⁹ vgl. Narten 1998: 26

6.3 Intergenerative Haus- und Wohngemeinschaften

Bei Hausgemeinschaften schließen sich mehrere Haushalte, die jeweils eine abgeschlossene Wohnung bewohnen, zu einer Gemeinschaft zusammen, in der ein Gemeinschaftsleben sowie gegenseitige Hilfeleistungen organisiert werden. Falls es sich nicht um abgeschlossene Wohnungen handelt, sondern lediglich um Zimmer, spricht man von Wohngemeinschaften. Die überwiegende Mehrheit dieser Projekte besteht aus intergenerativen Gemeinschaften, so dass sich hier im wesentlichen jüngere bzw. rüstige Menschen um ältere Menschen kümmern. In aller Regel beruht die Gemeinschaft auf einer besonderen persönlichen, freundschaftlichen oder nachbarlichen Beziehung. Zur Realisierung von Hausgemeinschaften gibt es, auch bei ein- und demselben Träger, unterschiedliche Ansätze:

- Nachbarn werden in ihren bestehenden Wohnungen zu einer Hausgemeinschaft zusammengeführt, ggf. auch unter Einsatz baulicher Maßnahmen (z. B. Einreißen von Trennwänden, Schaffung von Gemeinschaftsräumen).
- Es wird ein leerstehender Altbau angemietet oder angekauft, um dort eine Hausgemeinschaft einzurichten.
- Es wird ein Gemeinschaftshaus errichtet. In allen Fällen wird die Hausgemeinschaft durch einen ambulanten Betreuungs- und Pflegedienst versorgt.

In NRW organisiert insbesondere die Bielefelder Wohnprojektberatung Jung und Alt e.V. (www.wohnpro.org) Hausgemeinschaften. Allein in Ostwestfalen soll es derzeit rund 30 solcher Hausgemeinschaften geben, davon zehn allein in der Stadt Bielefeld.

Mehrgenerationenwohnen Alt und Jung e.V. in Bielefeld

Eine erste Wohngruppe war das Ergebnis einer erfolgreichen Hausbesetzung einer pflegebedürftigen, an Multipler Sklerose erkrankten Frau, die auf der Suche nach einer Alternative zu einer Heimunterbringung war. Der Verein folgt der Überzeugung, dass Menschen grundsätzlich kollektive Wesen sind und voneinander lernen und profitieren können. So lautete das ursprüngliche Motto: „Miteinander arbeiten, voneinander lernen und einander helfen“. Die Arbeit des Vereins lässt sich mit den Schlagwörtern *Vielfalt*, *Wählbarkeit*, *Dezentralität*, *Wohnortnähe* und *Gesundheitspflege* charakterisieren. Vielfalt bezieht sich einerseits auf die Zielgruppe und bedeutet, dass junge und alte Menschen, genauso wie Menschen mit hohem, niedrigem oder ohne Hilfe- und Unterstützungsbedarf, von dem Angebot Gebrauch machen können.

Wählbarkeit bezieht sich auf die freie Wahl der Inanspruchnahme von Art und Umfang des Dienstleistungsangebotes, die freie Wahl des Wohnortes und der sozialen Kontakte. *Dezentralität* meint die Verteilung der Wohngruppen und Angebotsstrukturen in die Stadtquartiere und ergänzt das Bedürfnis nach einem wohnortnahen Angebot. Das letzte Merkmal, die *Gesundheitspflege*, betrifft dann eine selbstbestimmte Pflege von Personen mit hohem Anteil an Hilfe zur Selbsthilfe sowie die „Gesundung“ und Aufrechterhaltung der Sozial- und Infrastruktur der jeweiligen Stadtgebiete. Angesprochen werden sollen alle Menschen unabhängig von Alter, Nationalität, Art der Krankheit oder Grad der Hilfebedürftigkeit. Umgesetzt worden sind Wohngemeinschaften unterschiedlicher Ausprägung und Haus- und Siedlungsprojekte. Die kleinste Einheit besteht aus zwei

Personen, die größte Siedlung aus 400 Wohnungen. Je nach Bedarf wird auf Häuser mit alter Bausubstanz zurückgegriffen oder einfach neu gebaut. Man unterscheidet Mehrgenerationenwohngemeinschaften und sehr spezialisierte Wohngemeinschaften, wie z. B. die Senioren-Wohngemeinschaft Schildheide, in der Senioren seit 1996 nach dem Prinzip „nicht allein und nicht ins Heim“ zusammenleben.

Hilfe und Unterstützung werden individuell zusammengestellt unter Einbeziehung von Angehörigen, Nachbarn, Freunden oder anderen Ressourcen des Stadtgebietes. Pflegefachliche Leistungen können über den Verein oder über andere örtliche, ambulante Dienste aller Träger in Anspruch genommen werden, ggf. auch rund um die Uhr. Angegliedert ist eine Wohnprojekt-Beratungsstelle, von der aus Wohnprojekte individuell konzipiert und begleitet werden. Einige der Projekte haben Bundes- und Landesfördergelder erhalten. Je nach Ausprägung des Projektes werden die Erhaltungskosten für die Wohnung über die normale Miete gedeckt. Die Pflegeleistungen werden über den Anspruch aus SGB V und XI, Bundesgenossenschaften, Sozialhilfeträger oder Rehaträger refinanziert.

Der Verein berichtet über eine große Zufriedenheit unter den Beteiligten: Die Kosten liegen rund 20 Prozent unter denen traditioneller Pflegeeinrichtungen, und die Rehabilitationserfolge sind gewaltig. Die Zustimmung aus der Bevölkerung sei nach Überwindung der Berührungsängste der ersten Jahre so groß, dass nur etwa 15 Prozent der Anfragen berücksichtigt werden können. Wichtige Voraussetzung für ein Gelingen ist die Ausrichtung der Pflege. Ziel ist es, personenbezogen zu denken und die Pflege lebensweltlich zu gestalten. Mittlerweile gibt es über 40 Wohnprojekte, weitere sind in Planung.

„Haus Mobile“ in Köln

Das Haus ist im Jahr 1997 als Neubauprojekt realisiert worden. Es umfasst 36 abgeschlossene Wohnungen (13 Eigentumswohnungen, 15 öffentlich geförderte und acht freifinanzierte Mietwohnungen) umfasst für 54 Bewohnerinnen und Bewohner. Das Projekt ist als Hausgemeinschaft konzipiert und umfasst Gemeinschaftsräume, ein gemeinsames Pflegebad und ein Gästezimmer. Die Organisation des Gemeinschaftslebens erfolgt durch den Verein „Haus Mobile“. In dem Haus leben verschiedene Personengruppen. Gezielt wird auf eine Mischung unterschiedlicher Alters- und Einkommensgruppen gesetzt

6.4 Dezentrale Wohngruppen (Hausgemeinschaften)

Die „Villa Hittorfstraße“ in Münster (Alexianer GmbH)

Dezentrale Wohngruppen für alte Menschen sind trotz der hohen medialen Aufmerksamkeit in NRW selten anzutreffen. Die Villa Hittorfstraße ist ein Wohnhaus mit zugeschalteten Service-, bei Bedarf auch ambulant erbrachten Pflegeleistungen, die sich speziell an Demenzkranke wendet. Als erste Hausgemeinschaft, die Fördermittel aus dem Bundes-Modellprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger erhielt, hat sie auch aufgrund ihrer Qualität bei Organisation und Umsetzung des Hausgemeinschaftskonzepts die Entwicklung der Hausgemeinschaftsbewegung entscheidend mit beeinflusst.¹⁴⁰

¹⁴⁰ (BMG, (2000).

Bei dem Projekt handelt es sich um eine betreute Wohngruppe für alte und demenzkranke Menschen mit insgesamt zehn Plätzen. Die Einrichtung ist in einer denkmalgeschützten und zentral gelegenen zweigeschossigen Villa aus dem Jahr 1915 untergebracht. Das Gebäude wurde behindertengerecht umgebaut und mit einem Aufzug ausgestattet. Es stehen sechs Appartements (Größe zwischen 20 und 50 qm), vier Zimmer (zwischen 18 und 23 qm) und pro Geschoss jeweils eine Wohnküche zur Verfügung. Der Wohnraum wird unmöbliert vermietet, so dass er von den Bewohnern nach eigenem Geschmack eingerichtet werden kann. Die Appartements sind abgeschlossene Wohneinheiten mit einem eigenen Telefonanschluss sowie eigenem Eingang mit Türschloss und Briefkasten. Für neue MitbewohnerInnen finden Kennenlernnachmittage statt.

Die Betreuung erfolgt tagsüber durch zwei Altenpflegekräfte, eine Hauswirtschafterin und eine Alltagsbegleiterin. Für die Nachtwache ist ein Bereitschaftsdienstes im Haus vorhanden. Je nach individuellem Bedarf werden externe Dienste zur Pflege miteinbezogen, deren Leistungen gegebenenfalls mit der Pflegeversicherung abgerechnet werden können. Die betreute Wohngruppe in der Villa Hittorfstraße ist eine Einrichtung der ambulanten Hilfe und kein Alten- oder Pflegeheim. Die Bewohner können ihr Leben weiter selbstbestimmt führen und nur bei Bedarf Hilfe in Anspruch nehmen. Die Kaltmiete beträgt zwischen 175 und 385 Euro, die Betriebskosten liegen zwischen 125 und 140 Euro. Eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ kostet 912 Euro, für die hauswirtschaftliche Versorgung besteht eine "Haushaltskasse", in die jede Bewohnerin, jeder Bewohner 200 Euro pro Monat einzahlt. Die Villa Hittorfstraße ist zu 100 Prozent ausgelastet, mittlerweile betreiben die Alexianer zwei weitere, ähnliche Projekte in Münster: Villa Mauritz und Haus Witt.

Allen Häusern gemeinsam ist die Art des Zusammenlebens. Zentraler Ort sind die Wohnküchen, in denen das gemeinsame Leben stattfindet und die - so oft und so lange dies gewünscht ist - zum Essen, Klönen, sich Aufhalten genutzt werden. Hier gilt das Prinzip: Alltag ist Therapie. Kooperiert wird mit einem ortsansässigen Pflegedienst, der von den Bewohnern theoretisch frei wählbar ist und von dem tagsüber eine erfahrene Pflegekraft als Alltagsbegleiter/Pflegecoach gestellt wird. Nachts gibt es eine Nachtbereitschaft, die den Bedürfnissen der Bewohner angepasst ist. Sie besteht in der Regel aus einer versierten, aber nicht examinierten Pflegekraft. Bei der Auswahl der Mitarbeiter wird besonderer Wert auf folgende Qualitäten gelegt. Wünschenswert ist eine gerontopsychiatrische Fachkraft, die über menschliche Wärme, Einfühlungsvermögen, Lebenserfahrung und die Fähigkeit verfügt, einen Haushalt für zehn Personen führen zu können.

Für die Renovierung der beiden Villen und die Finanzierung der Präsenzkraft gab es eine Anschubfinanzierung durch Fördermittel des Bundes (Förderung im Rahmen des Modellprojektes zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger des BMG). Die Präsenzkraft finanziert sich mittlerweile aus Eigenleistungen der Mieter sowie in Einzelfällen aus Zahlungen über das BSHG §§ 68,69 (Hilfe zum Lebensunterhalt). Fortlaufende Kosten werden finanziert über den Anspruch der Leistungen aus dem SGB V und XI. Die Lebensqualität für die BewohnerInnen hat sich deutlich verbessert, der Medikamentenverbrauch und Krankenhauseinweisungen reduziert.

6.5 Hausgemeinschaften in der stationären Pflege

Hausgemeinschaften am Christinenstift in Linnich-Gereonsweiler

Durch die Eröffnung von insgesamt sechs kleinräumigen, autonomen Bereichen im Christinenstift können verschiedene Milieus und Lebensbedingungen angesprochen werden, wodurch eine biographische Kontinuität für die Bewohner erreicht werden kann. Die Bereiche gliedern sich auf in einen Bereich für 13 Bewohner, die nicht in Gruppen zu integrieren sind und der „klassischen stationären Versorgung“ bedürfen. Dieser Bereich dient auch als Aufnahmebereich. Ein weiterer ist ebenfalls für 13 Menschen ausgerichtet, die durch ihre Multimorbidität ein hohes Maß an Pflege, Betreuung und Versorgung bedürfen. Vier Bereiche sind für je sieben bis acht Bewohner konzipiert, die Gemeinschaftsfähigkeit und Solidarität der Bewohner untereinander fordern. In diesen vier Bereichen agieren und gestalten die Bewohnerinnen und Bewohner ihren eigenen Tagesablauf selbst. Sie sind Akteure, die ihre eigene Lebensqualität und die der anderen Mitbewohner unmittelbar beeinflussen können. Durch das Angebot von verschiedenen Milieus haben die Bewohner Wahlmöglichkeiten, die am ehesten zu ihrem Lebensstil passen.

Die Bildung von Hausgemeinschaften im Christinenstift hat einen Kontrapunkt zur „totalen Institution“ der üblichen Pflegeheime gesetzt. Die einzelnen Hausgemeinschaften agieren so, als ob sie autonome, ausgegliederte „ambulante“ Hausgemeinschaften wären. Für die Alltagsgestaltung gibt es keine verbindlichen Regelwerke, da sich der Tagesablauf an Normalität, an Befindlichkeiten und Kompetenzen der Bewohner orientiert. Die BewohnerInnen müssen in erster Instanz für sich selbst sorgen, sich selbst pflegen und den Alltag gestalten. In zweiter Instanz müssen sich die Mitglieder der Hausgemeinschaft gegenseitig helfen und in dritter Instanz müssen die Angehörigen kompensatorische Hilfen anbieten. Erst in letzter Instanz greift das formelle Unterstützungssystem des Christinenstift ein.

Durch die Bildung von Hausgemeinschaften und die dadurch mögliche Einbindung von Bewohnern und deren Angehörigen in den Tagesablauf, konnten Einspareffekte erzielt werden. Trotz weniger Mitarbeiter, im Vergleich zu anderen Einrichtungen, wurden durch das Konzept der Hausgemeinschaft auf Seiten der Bewohner positive Effekte im Bereich der Aktivitäten, der Mobilität, des Demenzverlaufs und der Stimmung erzielt. Mitarbeiter identifizieren sich mehr mit dieser Form der Tätigkeit.

Durch die Hausgemeinschaften im Christinenstift ist es möglich, die Pflege und die Versorgung weitgehend ambulant zu gestalten. Im Vordergrund stehen nicht Bewohner mit Defiziten, sondern mit Kompetenzen. Die BewohnerInnen erleben sich nicht mehr als KonsumentInnen in einer nach Möglichkeit gut funktionierenden Organisation, sondern als wichtige

AkteurInnen in einem kleinräumigen Milieu, welches an bekannte und vertraute Formen anknüpft. Pflege und Versorgung hat nicht mehr das Primat im Tagesablauf der BewohnerInnen. Im Sinne eines unterstützenden Charakter hat Pflege und Versorgung damit die Bedeutung und die Wertigkeit von „hilfreichen Arrangements“ analog der häuslichen Versorgung. Die BewohnerInnen definieren sich nicht mehr durch die Leistungen, die sie erhalten: Im Vordergrund steht vielmehr der aktiv gestaltete Tagesablauf. Auf dieser Basis ist es möglich, die vertraglichen Vereinbarungen dahingehend zu ändern, dass die

vorhersehbaren, notwendigen pflegerischen Hilfen nach den Merkmalen der ambulanten Erbringung von Pflegeleistungen abgerechnet werden (persönliches Pflegebudget). Dies hat den Vorteil, dass der Bewohner tatsächlich Kunde ist und nur die Leistungen in Anspruch nimmt, die tatsächlich notwendig sind. Ferner sind die Leistungen transparent, das Selbsthilfepotential gestärkt, und Angehörige lassen sich vermehrt in die Pflege und Versorgung einbinden.

6.6 Wohnsiedlung / Altenwohndorf

Projekt Heinrichstraße in Bielefeld (Ev. Johanneswerk und BGW)

Die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft errichtet derzeit das Wohnprojekt Heinrichstraße mit 42 Wohnungen für Menschen mit Pflegebedarf und Menschen mit Behinderungen. Das Projekt soll 2005 fertiggestellt sein. Die Wohnungen sind barrierefrei und ermöglichen eine Rollstuhlnutzung. Individuelle Notrufsysteme können gewählt werden. Das Projekt ist baulich und konzeptionell so ausgerichtet, dass bedarfsorientierte Veränderungen, wie die Bildung kleiner Wohngruppen, möglich ist. Zielgruppen sind alte wie junge Menschen, Menschen mit Behinderungen, mit einer Demenz, Menschen mit geringem wie auch hohem Hilfebedarf. Ziel des Projektes ist die Prävention durch frühzeitige Unterstützung, Stärkung der Selbsthilfefähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen und ihres Umfeldes.

Die Dienstleistungen werden vom Ev. Johanneswerk angeboten. Hierzu gehören neben einem Beratungsangebot zu sozialrechtlichen Fragen und Umgang mit den Behörden auch Kochen, hauswirtschaftliche Leistungen und ein umfangreicher Katalog an Leistungen des Pflegedienstes wie ambulante Intensivpflege, Behandlungs- und Grundpflege, Anleitung zur Haushaltsführung, Eingliederungshilfe, andere Verrichtungen gemäß BSHG, psychiatrische Krankenpflege, Familienpflege bis hin zur ambulanten Finalpflege.

Über ein Angebot an einer gesicherten Pflege durch eine 24 Stunden Präsenz des Pflegepersonal soll den Menschen auch bei einer steigenden und hohen Hilfebedürftigkeit ein Leben in ihrem Wohnquartier ermöglicht werden. Die Träger gehen davon aus, dass eine Zahl von fünf bis sechs Mieterinnen und Mieter mit hohem Pflegebedarf notwendig ist, um eine 24 Stunden Präsenz durch das Pflegepersonal zu sichern. Die Abrechnung der Dienstleistungen erfolgt nach individuellem Bedarf und unter Einbeziehung der verschiedenen Kostenträger, Kombinationsleistungen und täglich zu- und abwählbaren Leistungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ambulanten Dienstes bilden ein multiprofessionelles Gemeinwesenteam. Es werden nicht nur fachspezifische Kenntnisse, sondern auch lebenspraktische Fähigkeiten vorausgesetzt. Eine besondere Schulung wird für notwendig erachtet, bei der ein besonderes Gewicht die Themen Wohnen, Häuslichkeit und Haushaltsführung, Familienpflege, Architektur und Sozialrecht erhalten sollen.

Ambulante Wohnprojekte sollen aus Sicht der beiden Träger ein Regelangebot werden und eine Alternative zu stationären Angeboten bieten. Für das Ev. Johanneswerk ist mit diesem Projekt auch ein interner Wandel vom klassischen, stationären Dienstleister zu einem kundennahen Dienstleister in Wohnprojekten innerhalb eines Gemeinwesens verbunden.¹⁴¹

¹⁴¹ vgl. Ev. Johanneswerk, Konzeption der sozialen Dienstleistungen im Wohnprojekt Heinrichstraße, 2004, unveröffentlichtes Manuskript

Wohndorf Laar in Duisburg (GEWOGÉ)

Hier handelt es sich um ein 1999 fertig gestelltes Verbundprojekt, das im mittleren Preissegment angesiedelt ist und das sich insbesondere durch seine aufgelockerte, dorfähnliche Architektur auszeichnet. Die GEWOGÉ sieht sich in der Verpflichtung, ihren Mietern ein lebenslanges Dauernutzungsrecht zu gewährleisten. Bei den bisherigen Wohn- und Haustypen ist das aber nicht möglich, da sie nicht den Ansprüchen an altersgerechtes Wohnen genügen. Aus diesem Grund begann die GEWOGÉ bereits 1990 damit, das Konzept eines altersgerechten Wohndorfes zu entwickeln. Das Ziel ist eine Verbindung der Vorteile privater Wohnformen (Wohnung u. ä.) mit denen von institutionellen Wohnformen (Alten- und Pflegeheim). Das in unmittelbarer Nähe zum Rhein gelegene Wohndorf besteht aus fünf, in aufgelockelter Bauweise errichteten Häusern mit insgesamt 112 Wohnungen und einem Dorfhaus, in dem ein Pflegeheim, ein Dienstleistungszentrum sowie Gemeinschaftsanlagen und ein Café untergebracht sind. Die Wohnungsgrößen variieren zwischen 39 und 93 qm und sind zum Teil als Eigentumswohnungen verkauft worden. Alle Wohnungen sind behindertengerecht gebaut, die Zugänge barrierefrei errichtet worden.

Für alle Bewohner ist ein Servicevertrag mit der AWO obligatorisch (88,96 Euro pro Monat für Alleinstehende, 30,67 Euro für jeden weiteren Bewohner). Er beinhaltet die Nutzung der gemeinschaftlichen Einrichtungen, den Anschluss an das Hausnotrufsystem sowie bestimmte weitere Dienstleistungen. Darüber hinausgehende Leistungen, wie tägliches Mittagessen oder Fahrdienste müssen bezahlt werden. Auch an die Möglichkeit einer stationären Betreuung aufgrund von hoher Pflegebedürftigkeit ist gedacht worden. Das ebenfalls von der AWO betriebene, im Dorfhaus untergebrachte Pflegeheim bietet 33 Pflegeplätze.

Beim Bau des Wohndorfes wurde gänzlich auf öffentliche Förderung verzichtet. Die nicht verkauften Wohnungen und das Dorfhaus wurden an einen Investor verkauft und dann von diesem wieder zurück gemietet. Eine geringe Einstiegsrente zwischen 12,50 und 13,40 Euro pro qm (plus vier jährliche Steigerungen um 0,25 Euro pro qm) garantiert seit 2001 eine Vollvermietung der Anlage. Aus heutiger Sicht würde die GEWOGÉ keine Eigentumswohnungen mehr anbieten, da die Kosten für Zwischenfinanzierung und Vermarktung als zu hoch eingeschätzt werden.

Baugenossenschaft "Freie Scholle" in Bielefeld¹⁴²

In dem 1988 gestarteten Projekt wurde auf Wunsch der Mitglieder (45 Prozent über 60 Jahre) eine eigene Altenbetreuung für die Wohnsiedlung aufgebaut, um das Motto der Genossenschaft „Sicher wohnen ein Leben lang“ auch für Senioren zu verwirklichen. Zielsetzung ist es, einen Wegzug aus Gründen der Hilfebedürftigkeit zu vermeiden und gleichzeitig den Zuzug Jüngerer zu fördern. Kernstück des Betreuungskonzeptes für das Siedlungsgebiet mit etwa 7.000 Bewohnern ist die zugehende Beratung und die Vermittlung und Koordination in den „normalen“ Wohnungen. Dieses Angebot wird ergänzt durch spezielle betreute Wohnformen als Alternative innerhalb der Siedlung. Ein weiterer Konzeptbaustein sind generationsübergreifende Gemeinschafts- und Freizeitangebote in Verbindung mit der Organisation von Nachbarschaftshilfe. Schließlich beinhaltet das Quartiersangebot ein konsequentes räumliches Wohnkonzept: Wohnberatung als

¹⁴² vgl. Kremer-Preiß & Stolarz 2003: 122

integrativer Bestandteil der zugehenden Altenberatung, individuelle und strukturelle Anpassung des Wohnungsbestandes sowie Ergänzung durch barrierefreie Neubauten. Auch das räumliche Wohnkonzept ist generationsübergreifend. Der kleinräumige Ansatz dieses Quartierskonzeptes besteht neben der Größe des Siedlungsgebietes im dezentralen Angebot von elf Nachbarschaftstreffs und einem größeren Nachbarschaftszentrum. Die Dienste der Altenberatung- und Betreuung sind diesen kleinräumigen Quartiersnachbarschaften zugeordnet. Die Mitwirkung der Bewohner findet sowohl in Gremien der Quartiersnachbarschaften als auch der Genossenschaft statt. Die Gemeinschaftsaktivitäten und der mobile soziale Dienst werden von einem „Verein Nachbarschaftshilfe“ organisiert.

Für die Personal- und Sachkosten sowie für die Investitionskosten müssen die Bewohner keine gesonderten Gebühren entrichten. Sie werden etwa zur Hälfte auf die Nutzungsgebühren aller Wohnungen umgelegt (ca. 4,50 Euro/Wohnung/Monat). Die andere Hälfte wird vom „Verein Nachbarbarschaftshilfe“ inkl. Spenden mitgetragen, dessen Mitgliedschaft freiwillig ist. Lediglich für den mobilen Dienst werden sieben bis elf Euro/Stunde in Rechnung gestellt.

7 Internationaler Vergleich von Wohnformen ältere und pflegebedürftige Menschen

7.1. Niederlande

Die Niederlande haben knapp 16 Millionen Einwohner, der Anteil der über 65-jährigen Personen an der Gesamtbevölkerung liegt zurzeit bei ca. 14 Prozent. Dieser im europäischen Vergleich sehr niedrige Wert wird sich bis zum Jahr 2040 voraussichtlich auf fast 23 Prozent erhöhen.

Seit Anfang der 70er Jahre gehört in den Niederlanden die Förderung der eigenständigen Lebensführung im Alter zu den sozialpolitischen Zielen. Seither wird versucht, die Aufnahme von Personen in Alten- und Pflegeheime zu begrenzen. Das trägt auch dem Wunsch älterer Menschen Rechnung, möglichst lange in der eigenen Wohnung und in der vertrauten Umgebung verbleiben und ambulante Pflegediensten in Anspruch nehmen zu können. Es wird zwischen Haushaltshilfe und häuslicher Krankenpflege differenziert. 1995 nahmen ca. 9 Prozent der Senioren Haushaltshilfe und 5 Prozent Krankenpflege in Anspruch. Bei den hochbetagten Personen über 85 Jahren lag der Anteil mit 19 bez. 14 Prozent natürlich höher. Die Kosten für Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege werden zu ca. 85 Prozent von der Sozialversicherung übernommen, der Rest muss selbst zugezahlt werden. Das Angebot an ambulanten Pflegedienstleistungen wird überwiegend durch gemeinnützige Träger erbracht.

Seit 1977 entscheiden regionale Begutachtungsstellen über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer Unterbringung in vollstationären Einrichtungen. Dadurch soll die Aufnahme in Alten- und Pflegeheime auf diejenigen Personen beschränkt werden, die nicht mehr selbstständig wohnen können. 1996 lebten in den Niederlanden 113.000 Menschen in stationären Einrichtungen, was zu dem Zeitpunkt rund 5,4 Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren entsprach. In den letzten Jahren ist der Anteil weiter zurückgegangen. Da die Bedeutung der stationären Einrichtungen in den Niederlanden abnimmt, sind Alten- und Pflegeheime schon vor einiger Zeit dazu übergegangen, ihre Dienste auch älteren Menschen, die noch in der eigenen Wohnung leben, anzubieten (z. B. Tagespflege, Essen auf Rädern).

Außer den Alten- und Pflegeheimplätzen steht eine Vielzahl an selbstständigen Wohnformen zur Auswahl, und zwar Wohnformen ohne und mit integriertem Dienstleistungsangebot. Letztere schließen die Lücke zwischen normaler Wohnung und stationärer Unterbringung. Bei den Wohnformen ohne integriertem Dienstleistungsangebot spielen Wohnungen aus dem regulären Wohnungsbestand die größte Rolle. Nach den gesetzlichen Bauverordnungen werden heute 50 Prozent der neu errichteten Wohnungen „anpassbar“ gebaut. Bei diesen „normalen“ Wohnungen werden bei der Planung die Anforderungen an körperbehindertengerechtes Wohnen bzw. eine relativ einfache Umwandlung berücksichtigt.

Da der komplette Umbau bestehender Wohnungen aus Kostengründen aufwendig ist, wurde das Konzept „Opplussen“ bzw. „Aufplussens“ entwickelt, bei dem Wohnungen lediglich barrierefrei umgestaltet werden. Das durch staatliche Prämien geförderte „Aufplussen“ stellt

eine recht günstige Maßnahme zur Bereitstellung altersgerechten Wohnraums dar. Zu den Wohnformen mit integriertem Dienstleistungsangebot zählen die „An- und Inleunwoningen“ sowie die Wohn-Pflege-Komplexe und die Seniorenwohnheime. Während es sich bei den „Anleunwoningen“ um altengerechte Wohnungen handelt, die direkt neben Altenheimen gebaut sind, sind die „Inleunwoningen“ selbstständige Wohneinheiten innerhalb der Altenheime. Bei beiden Wohnformen kann der Wohnungsmieter bei Bedarf kostenpflichtige Pflege- und Dienstleistungsangebote vom Personal des Altenheims in Anspruch nehmen. Für die Inanspruchnahme solcher Wohnungen ist - ähnlich wie beim Alten- und Pflegeheim - eine Bestätigung der Notwendigkeit durch den medizinischen Dienst erforderlich.

Ein vergleichbares Angebot findet man auch bei den Wohn-Pflege-Komplexen, welche die Altenheimplätze in Zukunft ganz ersetzen sollen. Hier verfügen Bewohner über eigene Wohnungen und entscheiden, welche Pflege- oder Dienstleistungen sie in Anspruch nehmen wollen. Die Seniorenwohnheime sind hingegen eher für rüstigere Senioren konzipiert.

Das von Seniorenverbänden vergebene „Seniorenlabel“ ist ein Gütezeichen für altersgerechtes Wohnen. Bereits seit den 70er Jahren wurde die Abkehr vom traditionellen Alten- und Pflegeheim eingeleitet. Für die stationäre Pflege gilt, dass eine Unterbringung erst dann erfolgt, wenn die anderen Wohnformen dem Hilfe- bzw. Pflegebedarf der Betroffenen nicht mehr gerecht werden.

7.2. Dänemark

Dänemark hat 5,3 Millionen Einwohner und ist auch von der Überalterung betroffen. Die Dänen gelten gerade im Bereich des Wohnens im Alter als besonders innovativ. Mit der Verabschiedung des „Gesetz betreffend Wohnungen für Alte und Personen mit Behinderung“ wurde 1987 ein radikaler Paradigmenwechsel weg vom klassischen Pflegeheim hin zur modernen Seniorenwohnung vollzogen. Die Wohnungen müssen von den Gemeinden bereitgestellt werden. Dahinter steht die Philosophie der Selbstbestimmung: Ältere sollen jederzeit genau die Hilfe bekommen, die sie benötigen und zwar unabhängig davon, wo und wie sie wohnen. Zielsetzung ist die Bereitstellung eines breiten Angebotes an Dienstleistungen, wie z.B. Hilfe zur persönlichen Pflege, Zubereitung von Mahlzeiten, Wohnungsreinigung sowie Unterstützung beim Einkaufen und – soweit gewünscht - regelmäßige „Sicherheitsbesuche“. Hilfe zur Selbsthilfe: Eine entmündigende Abhängigkeit soll vermieden werden. Generell haben Rehabilitationsmaßnahmen Vorrang gegenüber einer Einweisung in Tages- oder Pflegeheime. Die ambulante Hilfe ist für die Menschen kostenlos, die Kosten werden von den Gemeinden getragen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in Dänemark die Gemeinden als ausführendes Organ für den Sozial- und Gesundheitsbereich verantwortlich sind und sie daher im Vergleich zu den deutschen Kommunen auch über eine wesentlich bessere finanzielle Ausstattung verfügen.

Seit dem Paradigmenwechsel 1987 werden in Dänemark folglich keine klassischen Pflegeheime mehr errichtet. Die seither neu errichteten Seniorenwohnungen müssen körperbehindertengerecht gebaut und - gesetzlichen Vorgaben entsprechend - über eine eigene Küche, Bad mit Toilette sowie ein Alarmsystem verfügen. Im Jahr 2000 lebten rund 60.000 ältere Dänen in solchen Wohnungen und nur noch knapp 36.500 in den größtenteils umgebauten, ehemaligen Pflegeheimen. Errichtet werden die Seniorenwohnungen von

gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften und den Gemeinden, denen per Gesetz eine Vielfalt von Refinanzierungsmöglichkeiten für diese Projekte zur Verfügung stehen. Privates Kapital kann miteinbezogen werden. Bei selbstgenutztem Eigentum gewährt die Gemeinde – für den Fall das die seniorengerechten Baurichtlinien eingehalten werden – Zuschüsse und günstige Kredite. Eine Belegungsänderung bedarf der Zustimmung der entsprechenden Gemeinde. Eine Eigentumsübertragung ist nur unter sehr strengen Auflagen möglich. Die Verwaltung der Seniorenwohnungen obliegt ebenfalls den Kommunen, die auch die Belegung übernehmen. Ausschlaggebend für die Belegung ist der durch den Visitationsausschuss festgestellte Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit der Betroffenen. Eine Quote, welche die Anzahl der Seniorenwohnungen festlegt, existiert nicht. Vielmehr liegt es im Ermessen der jeweiligen Gemeindeverwaltung, die Zahl abhängig von der Bevölkerungszahl und –struktur festzulegen. Die Verwaltung wird dabei von zwei Seiten kontrolliert: Zum einen von den gesetzlich vorgeschriebenen, kommunalen Seniorenbeiräten vor Ort, zum anderen vom Sozialministerium, dem die Verwaltung jedes Jahr den Bestand an Seniorenwohnungen übermitteln muss und das dann gegebenenfalls regulierend eingreifen kann.

Es bleibt festzuhalten, dass es in Dänemark seit 1987 zu einer qualitativen Umschichtung des Wohnangebots gekommen ist. Das klassische Pflegeheim ist durch die Seniorenwohnung mit individuellen Hilfs- und Pflegedienstleistungen abgelöst worden. Insgesamt weist der Bereich des altersgerechten Wohnens ein hohes Maß an staatlicher Regulierung bei gleichzeitigem Einbezug der Zielgruppe der „Betroffenen“ auf.

7.3. Schweden

Aufgrund seines umfassenden Systems der sozialen Sicherung gilt Schweden als der Prototyp des skandinavischen Wohlfahrtsstaates. In Schweden leben zurzeit knapp 9 Millionen Einwohner. Auch in Schweden wird der ambulanten Betreuung in der eigenen Wohnung mittlerweile Vorrang gegenüber einer stationären Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung eingeräumt. Der Paradigmenwechsel ist dabei in erster Linie auf die finanziellen Probleme des schwedischen Staates Anfang der 90er Jahre zurückzuführen.

Die Finanzierung und Organisation der Altenhilfe obliegt in Schweden den Provinzen und Gemeinden. Die Regierung gibt lediglich Gesetze und Richtlinien vor, die dann von den Regionen bzw. Gemeinden umgesetzt werden müssen. Im Rahmen der „Ärdelreform“ wurden 1992 knapp 40.000 Pflegeplätze in Pflegeheimen und Krankenhäusern aus dem Verantwortungsbereich der Provinzen den einzelnen Gemeinden übertragen. Aus Kostengründen, insbesondere aber aus der sozialpolitischen Haltung heraus, haben die Gemeinden sukzessive Kapazitäten im Pflegebereich zugunsten einer besseren ambulanten Betreuung in der eigenen Wohnung abgebaut. In speziellen, altersspezifischen Wohnformen leben in Schweden heute rund 8 Prozent der über 65-jährigen, von den hochbetagten Personen über 80 Jahren knapp 20 Prozent. Die Tendenz ist rückläufig. Die speziellen Wohnangebote umfassen Alten- und Pflegeheime, Seniorenwohnanlagen und selbstorganisierte Wohngruppen. Die restlichen 92 Prozent der älteren Menschen leben in normalen Wohnungen, die sich nicht wesentlich von denen anderer Personengruppen unterscheiden. Da diese Wohnungen nicht immer den Ansprüchen älterer Menschen gerecht werden, unterstützt der schwedische Staat den barrierefreien Umbau und

behindertengerechten Ausbau von Sanitärbereichen mit Prämien. Seit Beginn der 90er Jahre werden zudem gezielt altersgerechte Wohnungen neu errichtet.

Damit ältere Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit in ihren Wohnungen verbleiben können, wird von den Kommunen ein häuslicher Unterstützungsservice und Pflegedienst angeboten. Der häusliche Unterstützungsservice bietet allgemeine Hilfen zur Alltagsbewältigung. Personen, die über diese Leistungen hinausgehende Bedarfe aufweisen, werden zusätzlich von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt. Es besteht ein gesetzlich verankerter Anspruch auf Service- und Pflegeleistungen. Die Kosten dafür trägt zum größten Teil die Gemeinde (82-85 Prozent). Die Refinanzierung erfolgt aus Steuereinnahmen der Kommunen. Weitere 10 Prozent werden von der schwedischen Zentralregierung bezahlt, der Leistungsnehmer muss nur ca. 5 und 8 Prozent der anfallenden Kosten bis zu einer festgelegten Höchstgrenze übernehmen. Für die Leistungserbringung greifen die Gemeinden zunehmend auf private Pflege- und Servicedienstleister zurück.

Bei Bedarf können sich in der eigenen Wohnung lebende ältere Menschen einen Hausnotruf installieren lassen, über den eine Verbindung mit der nächstgelegenen stationären Pflegeeinrichtung hergestellt werden kann. 1999 waren knapp 8 Prozent der Personen über 65 Jahre an ein solches Hausnotrufsystem angeschlossen, bei der Personengruppe der über 80-jährigen lag der Anteil bei fast 20 Prozent. Für stärker pflegebedürftige Menschen werden Tagespflegeangebote in speziellen Einrichtungen angeboten. Dadurch soll ein dauerhafter vollstationärer Aufenthalt vermieden bzw. zeitlich hinausgezögert werden. Weitere Maßnahmen unterstützen ältere Menschen bei der täglichen Lebensführung: Körperlich eingeschränkte Senioren können einen von den Gemeinden organisierten Fahrdienst in Anspruch nehmen. Das Besondere daran ist, dass die Leistungsnehmer dafür den gleichen Preis wie im normalen ÖPNV bezahlen. Für die Inanspruchnahme ist ein Berechtigungsschein erforderlich, außerdem existiert bei der Anzahl der Fahrten pro Person im Jahr eine Obergrenze.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Schweden die Strategie weg von der stationären Unterbringung hin zum durch zahlreiche Service- und Pflegeleistungen ergänzten Wohnen in den eigenen vier Wänden konsequent umgesetzt wird.

7.4. Großbritannien

Im ambulanten Bereich existieren unterschiedliche Betreuungs- und Servicedienste für ältere Menschen, beispielsweise *Community Warden Services* für die ambulante Betreuung in Bestandswohnungen, die Bewohner einmal pro Woche telefonisch kontaktiert und einmal pro Monat zuhause besucht, um die Lebensverhältnisse zu überprüfen. Die Dienste sind zuweilen kostenlos und erfordern lediglich eine telefonische Anmeldung. Intensivere Kurzzeitbetreuung in besonderen Lebenslagen – beispielsweise nach Entlassung aus einer Klinik oder bei Ausfall eines pflegenden Familienangehörigen - bietet der *Mobile Warden Service* an.

Supported Housing sind Wohnanlagen, die abgeschlossene, meist barrierefreie Wohnungen und in der Regel ein Notrufsystem sowie Türsprechanlagen anbieten. Bei praktisch allen Anlagen wird großer Wert darauf gelegt, dass quartiersbasierte Freizeit- und Betreuungsangebote erreichbar sind. *Supported Housing* wäre mit einer Minimalversion des

Service-Wohnens vergleichbar. *Sheltered Housing* bietet abgeschlossene Wohnungen, die in der Regel barrierefrei sind. Merkmale des *Sheltered Housing*: Ein Notrufservice sowie umfassende Gemeinschaftseinrichtungen und Betreuungsangebote. Die Mieten kommunaler *Sheltered-Housing-Wohnanlagen* liegen beispielsweise in London je nach Größe zwischen 400 und 600 € im Monat (inkl. Betreuung) und sind vergleichsweise preisgünstig. Beim *Very Sheltered Housing* handelt es sich um *Sheltered Housing* mit integrierter Pflegestation. Die Bewohner wohnen in abgeschlossenen Wohnungen der Anlagen, in denen ein Pflegeteam 24 Std. anwesend ist. Die Pflege erfolgt in den Wohnungen. *Residential Care/Care Homes* entsprechen dem deutschen Pflegeheim. *Group Homes/Shared Accomodation* wiederum sind Gruppenwohnprojekte, die sich insbesondere an demenziell Erkrankte wenden.

Die britische Regierung unterstützt die Tendenz zu selbstständigen Wohnformen und sieht insbesondere im *Very Sheltered Housing* eine Alternative zur stationären Pflege. Allerdings gibt es eine große Variationsbreite und eine gewisse definitorische Unsicherheit in Bezug auf *Sheltered Housing*. (Housing Corporation, 2002) Obwohl *Sheltered Housing* insgesamt positiv bewertet wird, gibt es eine Reihe von Wohnanlagen, die Defizite aufweisen, insbesondere hinsichtlich der Standorte und der Grundrisse. Menschen ziehen insbesondere dann in Einrichtungen des *Sheltered Housing*, wenn gesundheitliche Probleme auftreten. Dabei ist der Wunsch ausgeprägt, für den Rest des Lebens in der Wohnanlage zu bleiben.

Als zukunftsweisende Wohnform gilt das *Very Sheltered Housing*, das selbstständiges Wohnen mit integrierter Pflege verbindet und deshalb auch für Hochbetagte geeignet ist. Schlüsselfigur für die Betreuung sowohl in Bestandswohnungen wie in allen Formen altersgerechten Wohnens ist in England die Person des *wardens*. Während hier Leistungskataloge dominieren, wird das britische Modell von der Verfügbarkeit einer solchen Ansprechperson geprägt, deren Leistungen flexibel auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestellt werden. Dies bietet den Vorteil, dass sich die Dienstleistungen im Zuge der Alterung der Bewohnerschaft verändern können. Außerdem beinhaltet der *Warden-Service* eine aufsuchende Betreuung mit regelmäßiger Kontaktierung, die sowohl in betreuten Wohnanlagen als auch ambulant angeboten wird.

7.5. USA

Die USA kann weltweit wohl auf die längsten Erfahrungen mit altersgerechten Wohnformen zurückblicken. Betreutes Wohnen wird seit den 50er Jahren gefördert. Den Höhepunkt erreichte die Bewegung in den 70er Jahren, in denen auch ein Großteil der altersgerechten Wohnanlagen, die heute noch am Markt sind, entstanden ist. Aus einem bunten Spektrum der unterschiedlichsten Wohnalternativen haben sich mehrere Modelle herauskristallisiert, die die überwältigende Mehrheit der z. Zt. knapp 1,5 Mio. altersgerechten Wohnungen stellen und die auch für „Normalbürger“ zugänglich sind.

Neben dem *Independent Living*, das selbstständiges Wohnen unterstützt, jedoch nicht immer wohnbegleitende Leistungen anbietet, steht das *Assisted Living* für Wohnanlagen, die Betreuungsdienste, Gesundheitsdienste und Pflegedienste bieten. Es ist am ehesten mit dem klassischen Altenheim in Deutschland vergleichbar. Zu den Dienstleistungen des *Assisted Living* gehören u. a. 24-Stunden-Betreuung, Vollverpflegung oder Pflege- bzw. Gesundheitsleistungen. Beim *Continuing Care Retirement Communities (CCRC)* handelt es

sich um campusförmige Wohnanlagen, die abgeschlossene Wohnungen, Betreuungsleistungen, Gemeinschaftsaktivitäten, weitgehende Gesundheits- und Pflegeleistungen bis hin zur Vollpflege bieten.¹⁴³ Typisches Merkmal der *CCRC* sind die am individuellen Bedarf bis hin zur Schwerstpflegebedürftigkeit anpassbaren Betreuungs- und Pflegeleistungen. Sie sind mit grossdimensionierten Verbundkonzepten vergleichbar, die Betreutes Wohnen mit stationärer Pflegemöglichkeit integrieren. Das *Nursing Home* entspricht dem deutschen vollstationären Pflegeheim.

Für altersgerechtes Wohnen existieren in den USA allein 22 verschiedene Förderprogramme des Bundes.¹⁴⁴ Hinzu kommen zahlreiche, unterschiedlich ausgerichtete Fördermaßnahmen der Bundesstaaten und der Gemeinden. Seit 2000 ist alten Menschen mit niedrigem Einkommen der Zugang zum Betreuten Wohnen in freifinanzierten Wohnanlagen deutlich erleichtert worden. Die Mietanteile der monatlichen Entgelte werden durch Wohngeldgutscheine subventioniert, während die Entgelte für Betreuungsleistungen durch die staatliche Gesundheitsversorgung Medicaid, Hilfen Dritter und Eigenbeiträge finanziert werden. Bereits heute ist der Bedarf an Betreutem Wohnen sechsmal größer als das Angebot. Es herrscht ein Mangel an bezahlbarem Betreutem Wohnen, der dadurch verschärft wird, dass der Sozialwohnungsbestand insgesamt schrumpft. Die Seniorenkommission erwartet, dass die Zahl der alten Menschen, die stationären Pflegebedarf aufweisen, weil ihnen keine Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, stark steigen wird. Einen wesentlichen Grund für die Versorgungsdefizite beruht auf der gegenwärtigen amerikanischen Seniorenpolitik, die lediglich eine „Ansammlung von unkoordinierten Entscheidungen und unbeabsichtigten Folgewirkungen“ darstellt.¹⁴⁵ Einerseits vernachlässigen die sozialen Wohnungsbauprogramme den Betreuungsaspekt, andererseits sind die Gesundheitsleistungen auf akute Behandlungen und stationäre Pflege fokussiert, so dass es für vorpflegerische Betreuungsleistungen keine Finanzierungsmöglichkeit gibt. Daher empfiehlt die Seniorenkommission u.a. den Erhalt und die Modernisierung älterer Seniorenwohnanlagen zu fördern und Pflegeleistungen durch das staatliche Gesundheitssystem ausreichend zu finanzieren. Außerdem soll die Förderung von Wohnberatung und Umwandlung von sozialen Mietwohnungen in betreute Wohnanlagen verbessert werden.

Obwohl unzureichend, ist die Entwicklung des altersgerechten Wohnens in den USA unserer immer noch weit voraus. In den USA hat sich bei den speziell altersgerechten Wohnformen das Betreute Wohnen klar durchgesetzt. Es weist zwar hinsichtlich der Betreuungsintensität, der Gebäudetypen und der Preisniveaus ein durchaus breites Spektrum auf, hat aber das reine altersgerechte Wohnen (ohne Betreuung) genauso verdrängt wie exotische Wohnmodelle (Wohngemeinschaften oder Kollektivwohnanlagen). Des weiteren spielen Gemeinschaftsaktivitäten bis hin zu Betreuungs- und Pflegeleistungen, die nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit organisiert werden – beispielsweise *congregate services* oder *congregate care* - eine große Rolle, da kollektive Selbsthilfe in den USA eine lange, zivilgesellschaftliche Tradition besitzt. Die Finanzierung des Betreuten Wohnens ist nicht unproblematisch. Insbesondere vorpflegerische Betreuungsleistungen werden in den USA vom Gesundheitswesen nicht abgedeckt. Was den Bereich der Wohnberatung angeht,

143 vgl. Seniors Commissions Report (2002):55

144 vgl. Seniors Commissions Report, (2002)

145 vgl. Seniors Commissions Report (2002): 6

haben öffentlich finanzierte *Service Coordinators* in den letzten 10 Jahren einen wachsenden Stellenwert erhalten, sowohl um Betroffene individuell zu beraten, als auch um auf Quartiersebene die verschiedenen Dienstleistungsangebote zu koordinieren und damit die Effizienz zu steigern. Ein weiterer Trend liegt in der zunehmenden Quartiersorientierung wohnbegleitender Dienstleistungs- und Infrastrukturangebote, für die eigene Förderprogramme eingerichtet worden sind.

7.6. Themenbezogener Vergleich¹⁴⁶

Verbleib in der eigenen Häuslichkeit

Aus Sicht der Bertelsmann-Stiftung sind Deutschland und Großbritannien in Europa die einzigen Länder, in denen die individuelle Wohnungsanpassung und die entsprechende Beratung und Unterstützung in größerem Umfang durchgeführt werden. Die Koordination der 250 Beratungsstellen erfolgt in Großbritannien durch eine landesweite, staatlich finanzierte Organisation. Die individuelle Wohnungsanpassung und Wohnberatung wurde in Großbritannien schon Anfang 1980 entwickelt, und hier gesammelte Erfahrungen waren ein wichtiger Impuls für die Etablierung des Konzeptes in Deutschland. Ein weiterer Unterschied zu Deutschland besteht darin, dass die Anpassung des selbst genutzten Eigentums im Mittelpunkt steht. Außerdem beinhalten die Maßnahmen nicht nur eine altersgerechte Anpassung, sondern auch die Instandsetzung des Wohnraums, da viele ältere Eigentümer hierzu allein nicht mehr in der Lage sind. Entsprechend ist auch das Bauministerium an der Finanzierung mitbeteiligt. Diese Schwerpunktsetzung in Großbritannien begründet die Studie durch den hohen Anteil selbst genutzten Eigentums, der bei fast 70 Prozent liegt. Private Mietwohnungen, die sich bei unter 10 Prozent bewegen, spielen – ähnlich wie in den Niederlanden – kaum eine Rolle.

Als wegweisenden Ansatz für Deutschland betrachten die Autoren des Projektberichts die strukturelle Wohnungsanpassung ganzer Wohnkomplexe (Opplussen = Aufwertung), die in den Niederlanden durchgeführt wird. Auf Basis des eigens entwickelten Konzeptes „Anpassbares Bauen“ sollen normale Wohnungen so entworfen werden, dass sie auf einfache und billige Weise angepasst werden können, wenn die Bewohner behindert werden. Außerdem sollen Wohnungen für jedermann „besuchbar“ bleiben, auch für Menschen in einem Rollstuhl. Die Autoren führen aus, dass sich in den Niederlanden das „Anpassbare Bauen“ bei Neubauten schon weiter durchgesetzt hat als in Deutschland. So seien 1997 die acht wichtigsten Anforderungen in die nationalen Bauvorschriften aufgenommen und der Experimentalbereich dementsprechend auf die bestehenden Wohnungen verlagert worden. In verschiedenen Typen von Etagenwohnungen wurden insgesamt 500 Liftanlagen eingebaut und ein „Aufwertungs-Paket“ von kleineren Maßnahmen erstellt, um die Wohnverhältnisse für Ältere zu verbessern. Es sah, so die Autoren, beispielsweise eine Erhöhung des Fußbodens von Laubengängen zur Vermeidung der Schwelle zum Wohnungseingang vor, wofür verschiedene Serienprodukte eingesetzt

¹⁴⁶ Die folgenden Abschnitte basieren auf dem Projektbericht "Leben und Wohnen im Alter", den Kremer-Preiß & Stolarz (2003) für die Bertelsmann-Stiftung erstellt haben, mit deren freundlicher Zustimmung die anschließend dargestellten Inhalte übernommen werden konnten.

wurden. Im Rahmen dieses Experimentes wurden zwanzig Projekte gefördert bei denen von rund 2.130 Wohnungen des sozialen Mietsektors der Wohnkomfort für behinderte und ältere Menschen verbessert wurde.

Wohnsituation selbst verändern

Internationale Erfahrungen zu Wohnalternativen im Alter weisen Unterschiede zur gegenwärtigen Entwicklung in Deutschland auf. Insgesamt nimmt die Zahl der gemeinschaftlichen Wohnprojekte in den Ländern der EU zu: Schätzungen gehen in der EU von 2.500 Co-Housing-Projekten aus.¹⁴⁷ Gemeinschaftliche Wohnformen sind im Gegensatz zur Bundesrepublik beispielsweise in den Niederlanden oder in Dänemark, wo auch der Begriff „co-housing“ - gemeinschaftliches Wohnen unter Eigentümern oder Genossenschaftsmitgliedern - geprägt wurde,¹⁴⁸ in großer Zahl vorhanden. Im Vergleich zu den Niederlanden verweist die Bertelsmann-Stiftung auf Schätzungen, die in Deutschland von fünfmal weniger vergleichbaren Projekten ausgeht. Außerdem sei beim Betreuten Wohnen bekannt, dass Deutschland trotz der kontinuierlichen Steigerungsrate noch nicht das Versorgungsniveau ausländischer Staaten erreicht hat: Nur jeder 50. ältere Mensch hat sich in der Bundesrepublik für das Betreute Wohnen entschieden, in den USA lebt jeder 25. der älteren Generation in Projekten des Assisted Living.

Kremer-Preiß & Stolarz (2003) bewerten besonders die Unterstützung von Bewohnergruppen, die in gemeinschaftlichen Wohnprojekten zusammenleben wollen, in den Niederlanden als besser organisiert. Dabei verweisen sie auf eine finanziell geförderte, landesweite Organisation (LVGO) für die Beratung, eine größere Mitwirkungsbereitschaft der Wohnungsunternehmen und eine aktive Unterstützung durch die Kommunen sowie eine geregelte Förderung der Baufinanzierung. Auch Fortbildungsangebote für die Vorbereitung älterer Menschen, die solche Wohngemeinschaften gründen wollen, sind in den Niederlanden weiter entwickelt als hierzulande. Eine entsprechende Verbesserung dieser Rahmenbedingungen tangiert beispielsweise die öffentliche Wohnungsbauförderung der Länder, die zu verändern zwar schwierig, aber nicht unmöglich sei. Erfahrungen zu den Strukturen und zur qualitativen Umsetzung gemeinschaftlicher Wohnformen liegen den Autoren vor allem aus den Niederlanden vor, wo die Situation besser erforscht sei als in der Bundesrepublik. Der Projektbericht nennt in diesem Zusammenhang die niederländische Studie „Vom Idealismus zum Realismus“¹⁴⁹ sowie eine deutsche Untersuchung von Raumkonzepten niederländischer Wohnprojekte¹⁵⁰ im Auftrag des Bundesbauministeriums. Beide Studien würden verdeutlichen, dass in den Niederlanden ältere Menschen altershomogene Gruppen eher bevorzugen.

Die Gruppe der 65- bis 74-Jährigen ist mit 53 Prozent in den niederländischen Projekten besonders stark vertreten, da laut den Autoren das Durchschnittsalter umso höher ist, je länger die Wohngruppe besteht. Die Zahl von immerhin 28 Prozent über 75-Jährigen deutet auf das „Altwerden“ solcher Wohnprojekte hin. Die Studien würden auch zeigen, dass am Anfang der Entwicklung in den Niederlanden die Gruppen relativ klein waren, in der Zwischenzeit sich die Gruppengröße auf 20 bis 30 Wohneinheiten eingependelt hat. Für

¹⁴⁷ Reiter, (2002)

¹⁴⁸ Palsing et al., (2000)

¹⁴⁹ KDA (2000)

¹⁵⁰ Narten & Tischer (2001)

deutsche Verhältnisse sind die meisten Wohngruppen in den Niederlanden sehr groß, was Kremer-Preiß und Stolarz (2003) auf die Gemeinschaftskonzepte zurückführen: Niederländische Gruppenmitglieder würden sehr viel Wert auf ihre individuelle Freiheit und ein geschütztes Privatleben legen, was in kleinen Gruppen schwieriger zu realisieren ist. Dies äußert sich auch in dem Trend zu größeren individuellen Wohneinheiten auf Kosten der Gemeinschaftsflächen. Es sei heute üblich, dass jedes Mitglied einer Wohngemeinschaft Drei- oder Vier-Zimmer-Wohnungen als eigene Wohnbereiche hat. Gemeinschaftsräume werden auf der Grundfläche einer Wohnung konzipiert, um eine Umnutzung zu erleichtern. Die Autoren bezeichnen das gemeinschaftliche Wohnen in den Niederlanden als besser etabliert. Eine interessante Weiterentwicklung bestünde darin, solche gemeinschaftliche Wohnformen auch im Wohnungsbestand zu schaffen. Es werden Versuche unternommen, einzelne „gemeinschaftliche Wohnetagen“ in einem bestehenden Wohnblock einzurichten, um eine bessere Mischung mit Jüngeren zu ermöglichen. Gerade bezüglich der sozialen Mischung der Bewohner innerhalb eines Wohnprojektes sind die Angebote in Deutschland vielfältiger.¹⁵¹

Wohnsituation verändern, weil es nicht mehr anders geht

Der Stiftungsbericht führt aus, dass mit wohngruppenorientierten Betreuungsformen seit vielen Jahren in unterschiedlichen europäischen Ländern experimentiert wird. Während die französischen *Cantous*¹⁵² und das niederländische *Anton-Pieck-Hofje* in Haarlem¹⁵³ die Vorbilder für den eher stationären Typus der KDA-Hausgemeinschaften waren, sind ambulant betreute Wohngemeinschaften vor allem aus Schweden und der Schweiz bekannt. Laut den Autoren hat sich in Großbritannien ein besonderes Wohngruppenmodell unter dem Namen *Abbeyfield Society* etabliert, das sich in zwei Punkten von hiesigen Modellen unterscheidet: Nämlich im hohen ehrenamtlichen Engagement der Betreiber und in der Konzentration auf soziale Betreuung der Bewohner. Von besonderer Bedeutung sei in diesem Kontext auch die Salmon Group – ein Europäisches Netzwerk zur Verbreitung kleiner Wohneinheiten für Demenzkranke mit Projekten in Frankreich, Belgien, Deutschland, den Niederlanden und Großbritannien.

Mitte der 80er Jahre sind in Schweden *Group Living Facilities/Group Homes* für Demenzkranke entstanden, die in eine Gruppe integriert werden können und nur auf ambulante pflegerische Unterstützung bei der Grundpflege angewiesen sind. Auch in der Schweiz hat man mittlerweile eine mehr als 10-jährige Erfahrung mit diesem Wohnkonzept. Aufgrund eines akuten Mangels an Pflegeheimplätzen, so die Autoren, sei hier Ende der 80er Jahre vor allem in den deutschsprachigen Kantonen der Schweiz die Idee entstanden, in normalen Wohnungen eine Betreuung für Schwerpflegebedürftige sicherzustellen, die als „Pflegewohnung“ in kurzer Zeit Schule gemacht hat. Auf kantonaler und kommunaler Ebene ist sie mittlerweile offiziell anerkannt und wird vereinzelt als Alternative und Ergänzung zu den bestehenden stationären und ambulanten Angeboten beschrieben. Baugenossenschaften zeigen Interesse, planen und betreiben Pflegewohnungen. Zur

¹⁵¹ KDA, (2000) a)

¹⁵² Janis-Le Bris, (o. J.)

¹⁵³ Decker & Geurra ,(2002)

weiteren Förderung für eine intensivere Lobbyarbeit wurde 1998 in der deutschen Schweiz ein Verein gegründet - die Interessengemeinschaft dezentraler Pflegestationen (IgdPS).¹⁵⁴

Die Autoren bezeichnen die Versorgungsquoten mit diesem Wohnmodell in der Schweiz sowie in Schweden als deutlich höher im Vergleich zu Deutschland. In der Schweiz würden Schätzungen von ca. 100 Wohnpflegegruppen ausgehen.¹⁵⁵ In Schweden gibt es ca. 7.000 Plätze in *Group Homes* in 70 Prozent der schwedischen Gemeinden, was 5 Prozent aller Sonderwohnformen für ältere Menschen entspricht. Offiziellen Schätzungen zufolge sei dieses Wohnangebot für 25.000 bis 30.000 ältere Menschen in Schweden die bevorzugte Wohnform. Demzufolge müsste das jetzige Angebot vervierfacht werden.¹⁵⁶ Kremer-Preiß & Stolarz (2003) gehen davon aus, dass aufgrund des höheren Anteils an älteren Menschen in der Wohnbevölkerung sowie des höheren Anteils allein lebender älterer Menschen und des geringen häuslichen Pflegepotenzials wegen der höheren Frauenerwerbsquote in Schweden diese Bedarfsquoten auf deutsche Verhältnisse aktuell nur bedingt übertragbar sein dürften.

¹⁵⁴ Brändle-Ströh, (1998)

¹⁵⁵ Brändle-Ströh, (2003)

¹⁵⁶ Malmberg, (1997)

8 Handlungsempfehlungen für die Enquetekommission

8.1. Empfehlungen für ein bedarfsgerechtes Angebot an altersgerechten Wohn- und Pflegeformen

Es müssen im Hinblick auf die steigende Zahl junger, alter und pflegebedürftiger Menschen sowie die wachsende Zahl Hochaltriger angemessene Wohn- und Lebensformen gefunden werden, die eher in normalen Wohn- und Lebenswelten zu finden sind, als in den Sonderwohnformen der Altenhilfe.

Die Kommission geht bei ihren Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Wohnangebote für ältere und pflegebedürftige Menschen deshalb von folgenden Grundsätzen aus:

- Die Wohnbedingungen müssen den Bedürfnissen jeden Lebensalters entsprechen, Risiken und mögliche Einschränkungen des Alters berücksichtigen sowie insbesondere eine generationsintegrative Orientierung geben.
- Wohnformen müssen gefördert werden, die die Selbstständigkeit und Alltagsgestaltung hervorheben und nicht das Ambiente der typischen Betreuungsumgebung aufweisen.
- Selbstständigkeits- und gesundheitsfördernde Wohnbedingungen sind zu fördern, da Wohnen eine zentrale Bedeutung für die Erhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit hat. Dies gilt auch bei der Entwicklung von Wohn-, Pflege- und Rehabilitationskonzepten.
- Das normale Wohnen muss als wichtigste und vorrangige Wohnform Priorität erhalten und verstärkt auch in der Altenhilfe umgesetzt werden. Hierzu gehört, dass die Einrichtungen und Dienste auch auf die Erhaltung der Selbstständigkeit im normalen Wohnen ausgerichtet werden.
- Es müssen Angebote mit wohnbegleitenden Serviceleistungen geschaffen werden, die sich flexibel den sich wandelnden Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner anpassen können.
- Es sind Qualitätskriterien zu entwickeln, wie z. B. die Sicherung der Wahloption, Teilhabe, Rechtssicherheit, Integrität, Recht auf Unversehrtheit und auf eine ganzheitlich ausgerichtete Pflege beinhalten. Diese sind auch in der Förderpolitik zu verankern.

8.2. Wohnen in der „normalen“ Wohnung

Der Großteil der älteren Menschen lebt in ihrer normalen Wohnumwelt. Das Wohnen-bleiben in der vertrauten Umgebung entspricht auch überwiegend dem Wunsch der älteren Menschen auf Sicherung eines selbstständigen Wohnens.

Die Kommission sieht auch auf Grund der Ergebnisse der Umfrage der Wohnungswirtschaftsunternehmen und der Auseinandersetzung mit dem Themenbereich folgende Handlungsempfehlungen für relevant an:

1. Die Kommission empfiehlt den Wohnungsbauträgern die DIN 18025, Teil 2 als Mindeststandard anzusehen, den es bedarfsgerecht weiter zu entwickeln gilt.
2. An die Landesregierung ergehen die Forderungen:
 - Sich dafür einzusetzen, dass die DIN 18025 weiterentwickelt wird und im Zusammenhang mit Demenz auch einen Abbau kognitiver Barrieren vorsieht. Perspektivisch sollten die in NRW bereits weit entwickelten Regelungen in der Landesbauordnung bezüglich der Barrierefreiheit weiter optimiert und die Regelungen für den allgemeinen Wohnungsbau langfristig weiter ausgedehnt werden.
 - Finanzierungsmöglichkeiten für neue Wohnformen als Alternativen zur stationären Unterbringung und zur angestammten häuslichen Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu erhalten und auszuweiten. Hierzu sollte das Wohnraumförderungsprogramm des Landes deutliche Schwerpunkte bei der Förderung quartiersbezogener Wohnprojekte für pflegebedürftige Menschen im Neubau und im Bestand setzen. Die Wohnraumförderrichtlinien eröffnen seit 2004 erstmals die Förderung des Neubaus von Gruppenwohnungen und von Pflegeplätzen, die im Zusammenhang mit der Förderung von Mietwohnungen entstehen. Im Rahmen der Modernisierungsförderung wird modellhaft erprobt, wie bestehende Pflegeeinrichtungen an neue Wohnformen, wie zum Beispiel stationäre Hausgemeinschaften angepasst werden können. Diese guten Ansätze der Wohnraumförderung gilt es kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dies muss mit einer Flexibilisierung der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Schnittstellen zum Heimgesetz, VerbraucherInnenschutz beim betreuten Wohnen etc.) einhergehen. Das Förderangebot der sozialen Wohnraumförderung zielt auf Räume, die zum dauerhaften Aufenthalt bestimmt sind. Über diese Förderung hinaus müssen auch andere, ergänzende Finanzierungsmöglichkeiten zum Beispiel für Nachbarschaftsräume oder im Wohnquartier integrierte Tages- oder Kurzzeitpflegeplätze geschaffen werden. Fördermöglichkeiten für innovative Wohn- und Pflegeprojekte sind weiterhin zur Verfügung zu stellen, weiterzuentwickeln und auszubauen.
3. An die Wohnungswirtschaft und die örtliche Sozial- und Stadtplanung ergehen die Empfehlungen:
 - Die neuen Wohnungsbauförderrichtlinien so um zu setzen, dass hierüber die Angebote an überschaubaren, quartiers- bzw. stadtteilbezogenen Wohn- und Pflegeformen weiter entwickelt und ausgebaut werden können.
 - Den zunehmende Anteil älterer und hochbetagter Menschen bei allen Neubaumaßnahmen und vor allem bei der Umstrukturierung der Wohnungsbestände und Quartiere zu berücksichtigen. Notwendig sind

Wohnangebote, die bei gesundheitlichen Einschränkungen weiter genutzt werden können und die mit Service- und Pflegeleistungen kombinierbar sind.

- Die Entwicklung von integrierten Angeboten für Zielgruppen mit spezifischen Belangen, beispielsweise älterer Migrantinnen und Migranten, Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung, voranzutreiben.
- Eine soziale Integration älterer und pflegebedürftiger Menschen im Wohnquartier zu erhalten und zu fördern. Hierzu gehört auch die erforderliche Unterstützung durch eine Infrastruktur (u.a. Gemeinschafts- und Freizeitseinrichtung, Versorgungseinrichtung des alltäglichen und medizinisch-pflegerischen Bedarfs) im Wohnquartier, die diese sicherstellen soll.
- Eine Kooperation von Trägern, Initiativen, Einrichtung und Beratungseinrichtung vor Ort zu entwickeln und quartiersbezogene kleine Netzwerke zu fördern. Dabei ist auch die aktive Betroffenenbeteiligung und Selbsthilfe aller Altersgruppen eines Stadtteils auszubauen.
- Wohnungsbestandsmaßnahmen – auch unter dem Aspekt des „lebenslangen Wohnens“ - durchzuführen und die Entwicklung altersgerechten Wohnens schwerpunktmäßig auf den herkömmlichen Wohnungsbau zu konzentrieren. Auch bei der Gestaltung des Wohnungsumfelds muss verstärkt auf die Barrierefreiheit geachtet werden. Hierin ist eine wichtige, ressortübergreifende Zukunftsaufgabe für die Stadt-, Quartiers-, aber auch für die Verkehrs- und Sozialplanung zu sehen.
- Insbesondere für die Stadtteile und Wohnquartiere, die einen überdurchschnittlichen Anteil an älterer Bevölkerung aufweisen, Konzepte zu entwickeln, mit denen stärker das Zusammenleben mehrerer Generationen erreicht werden kann. Hierzu sind u.a. örtlich Konzepte zu entwickeln, die auf die spezifische Situation von Reihenhaussiedlungen mit einem hohen Anteil älterer Bevölkerung ausgerichtete Lösungen anbieten und sowohl Maßnahmen zur Stärkung einer Infrastruktur für ein intergeneratives Wohnen und Leben im Wohnquartier vorsehen als auch für die ältere Wohnbevölkerung Angebote bieten, wie Hilfen bei der Gründung einer Wohn- oder Hausgemeinschaft, Gestaltung des Eigenheims für gemeinschaftliche Wohnformen aber auch Umzugsmanagement und Wohnungstausch.¹⁵⁷
- Entwicklung von Erneuerungsstrategien für Wohnquartiere der Nachkriegszeit, die noch nicht modernisiert und entsprechend den Bedürfnissen älterer Menschen baulich angepasst wurden. Hierfür bedarf es differenzierter, auf die bauliche Situation ausgerichtete Baukonzepte, die sowohl Wohnraumanpassung mit bedarfsgerechter und technisch machbarer Modernisierung im Bestand, als auch die Beschaffung von barrierefreien Neubauten in den Wohnquartieren umfassen können.

¹⁵⁷ siehe u. a. Krings-Heckemeier (2003)

- Bei der Bestandserneuerung und Siedlungsentwicklung bedarf es der kooperativen Entwicklung stadtteilorientierter Leitbilder und Belegungsmanagements sowie der Initiative zur Förderung von Nachbarschaften und Selbstorganisationen.

8.3. Wohnraumanpassung, Wohn- & Pflegeberatung

Wohn- und Pflegeberatung sowie Wohnungsanpassung stellen für viele Menschen eine notwendige Unterstützung zur Sicherung der eigenen Häuslichkeit dar. Die Wohnberatung trägt dazu bei, die gewünschte eigene Häuslichkeit zu sichern und dadurch auch höhere Kosten, u. a. durch die stationäre Pflege, zu vermeiden. Die Wohnberatung und Wohnungsanpassung müssen insbesondere im Hinblick auf die stark wachsende Gruppe der Bewohner und Bewohnerinnen von Eigenheimen in peripheren Lagen ausgeweitet werden.

Die Refinanzierung der Wohnberatung ist allerdings nicht ausreichend abgesichert, deshalb empfiehlt die Kommission, auf eine gesicherte Finanzierung der Wohnberatung hinzuwirken. Hierzu ergeht u. a. an den Bundesgesetzgeber die Aufforderung, eine entsprechende Regelung im SGB XI zu verankern.

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung und den Kommunen gemeinsam mit den anderen Kostenträgern:

- Individuelle Lösungen zur Sicherung des Lebens in der eigenen Wohnung zu entwickeln und umzusetzen (die auch Unfallprävention beinhalten und häusliche Pflege besser sichern können).
- Ein flächendeckendes Netz an Wohnberatungsstellen auszubauen und eine ausreichende und verlässliche Regelfinanzierung der Beratungsleistungen aufzubauen.
- Die Einrichtung von Koordinations- bzw. Fachstellen voranzutreiben.
- Eine Anpassung großer Teile des bestehenden Wohnungsbestandes an die Bedürfnisse des Alters vorzunehmen und eine breitenwirksame Verankerung des barrierefreien Bauens zu erreichen.
- Eine Sensibilisierung und Qualifizierung der Wohnungsanbieter und Dienstleistungsanbieter für die Wohnbedürfnisse älterer Menschen und eine Information der Betroffenen über die Möglichkeiten altersgerechten Wohnens zu erreichen.
- Eine Aktivierung von Kapazitäten im Wohnungsbestand durch individuelle und strukturelle Wohnungsanpassung zu erzielen.
- Die Unterstützung von struktureller Wohnungsanpassung durch öffentliche Förderung, Herstellung eines unmittelbaren finanziellen Zusammenhangs von Entlastungseffekten bei der stationären Pflege und Förderung der Wohnberatung und Wohnungsanpassung zu ermöglichen.

- die Entwicklung von örtlichen Umzugsmanagement-Angeboten

8.4. Erhöhung der Transparenz und Information

1. Eine unabhängige Informations- und Beratungsarbeit ist eine notwendige Voraussetzung, um einen Überblick über die örtlichen Angebote und auch die leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen zu geben. Den Kommunen und Kreisen wird deshalb empfohlen:
 - unabhängige Pflegeberatung zu fördern und zu sichern,
 - Qualitätsstandards für Beratungsangebote zur Sicherung einer einheitlichen Beratungsqualität zu entwickeln. Möglich wäre dies im Rahmen von Best-Practise-Projekten, wo sie durch verschiedene Träger sowohl finanziell als auch konzeptionell unterstützt werden, beispielsweise durch die Entwicklung von Qualitätsstandards oder durch Versorgung mit Informationsmaterial.
 - Case-Management-Strukturen bei der Pflegeberatung mit zu berücksichtigen,
 - Verzeichnisse von Wohn- und Betreuungsangeboten auf kommunaler Ebene (inkl. der Preise) zu erstellen,
 - Verbraucherinnen- und Verbraucherorientierte Checklisten zu erarbeiten,
 - Beratungs- und Unterstützungsformen zur Sicherung eines Selbstständigen Wohnens alter Menschen mit Behinderungen u.a. über den Aufbau von Beratungs-, Kontakt- und Informationsstellen sowie regionaler Unterstützungsstellen zu schaffen.
 - Ein modernes, bewohner-(und nicht technik-)orientiertes Qualitätssicherungssystem (auf der Basis von Befragungen) zu entwickeln.
 - Eine Information für Zielgruppen über bestehende Alternativen zur stationären Versorgung zu erstellen.
2. Dem Bundesgesetzgeber wie auch der Landesregierung wird empfohlen, jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeit Instrumente zu entwickeln, die den Pflegebedürftigen stärker als bisher eine Wahlmöglichkeit einräumen und ihre Selbstbestimmung stärkt.

8.5. Vorpflegerische und pflegebegleitende Dienste

Die Organisation von ambulanten wohnbegleitenden Dienstleistungen ist für viele Bewohnerinnen und Bewohner von Bestandswohnungen notwendig, damit die eigene Häuslichkeit aufrechterhalten werden kann.

Allerdings ist die Finanzierung wohnbegleitender Dienstleistungen nicht gesichert. Für vorpflegerische Leistungen gibt es keinen Kostenträger; weder die Krankenversicherung, noch die Pflegeversicherung, noch private Versicherungen. Einzelne Träger der örtlichen Sozialhilfe haben für ausgesuchte Leistungsbereiche einzelfallorientierte oder einrichtungsbezogene Refinanzierungsmöglichkeiten entwickelt.

Die Kommission sieht u. a. in der Zusammenfassung von unterschiedlichen Hilfs-, Beratungs-, Begleitungs- und Pflegeangeboten (auch durch die Kooperation verschiedener Anbieter) in einem Dienstleistungszentrum einen organisatorischen Rahmen, der eine Leistungsdifferenzierung in räumlicher Nähe ermöglichen kann. Solche Zentren - wohnortnah geschaffen - können einen Quartiersbezug herstellen, der die lebensgerechte Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten bündelt und integriert. Das einzelne Dienstleistungszentrum kann (wie ein Bausteinsystem) über verschiedene ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote verfügen, u. a. Begegnungsstätten (mit offenem Mittagstisch), Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige, Wohnberatung und mobile, soziale Dienste und Sozialstationen.

Die Kommission schlägt der Landesregierung vor:

- die Entwicklung von stadtteilorientierten Dienstleistungszentren und den Ausbau entsprechender Angebote zu unterstützen,
- die vorpflegerischen Hilfen als soziale Dienstleistung mit Mitteln der Arbeitsmarktförderung u. a. in Form von Dienstleistungspools zu fördern und
- den Kommunen und Kreisen zu empfehlen, die örtliche Infrastruktur an vorpflegerischen und pflegeergänzenden Hilfen entsprechend weiter zu entwickeln und sichern zu helfen.

8.6. Weiterentwicklung individueller Wohn- und Pflegeangebote

1. Um eine bedarfsgerechte Versorgung mit altersgerechten Wohnangeboten zu sichern, wird es zukünftig nicht nur darum gehen, einzelne, modellhafte und zukunftsweisende Wohnformen zu entwickeln und aufzubauen, sondern es muss ebenso darum gehen, diese Wohnungsangebote in die bestehenden oder sich noch zu entwickelnden Versorgungsangebote zu integrieren.

Quartiersbezogene Wohnkonzepte ermöglichen eine Vernetzung von Wohn-, Beratungs-, Vermittlungs- und Dienstleistungsangeboten. Dabei sehen quartiersbezogene Konzepte nicht nur eine Erweiterung des Angebotes im unmittelbaren Wohnumfeld vor, sondern beinhalten auch eine schrittweise Umgestaltung der Altenhilfestrukturen von stationären Kapazitäten hin zu einem vernetzten Versorgungssystem mit einer gesicherten Pflege.

Die Kommission sieht hierin einen wichtigen Ansatz für eine altengerechte Gestaltung der Wohnquartiere, aber auch für eine intergenerative Entwicklung, wenn es gelingt, auch andere Zielgruppen in die Quartierskonzepte mit einzubeziehen.

Die Kommission empfiehlt der Landesregierung, die Entwicklung quartiersbezogener Wohnkonzepte zu unterstützen. Kommunen und Kreise sollten entsprechende Konzepte mit initiieren helfen und hierfür Wohnungsunternehmen, soziale Träger, Initiatoren, Vereine und Kirchengemeinden gewinnen und deren Umsetzung ggf. moderieren.

2. Die Kommission hält es darüber hinaus für notwendig, Refinanzierungskonzepte für die schrittweise Umgestaltung von stationären Versorgungssystemen hin zu

quartiersbezogenen Wohnkonzepten zu erstellen. Dabei gilt es zu prüfen, ob hierfür auch Wohnungsbauförderungsmittel genutzt werden können.

3. Zur Abstimmung von bedarfsgerechten Angeboten an die spezifischen Bedarfslagen und zur Stärkung der Selbst- und Nachbarschaftshilfepotentiale im Wohnquartier hält die Kommission die Mitwirkung und Mitgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner für sinnvoll und notwendig. Den Kommunen und Kreisen wird deshalb empfohlen, zusammen mit örtlichen Wohnungsunternehmen oder anderen geeigneten Trägern und Initiatoren entsprechende Beteiligungsformen zu entwickeln.
3. Obwohl in den letzten beiden Jahrzehnten durch Initiativen, soziale Träger, Wohnungswirtschaft oder durch Kommunen selbst bereits zahlreiche Modelle neuer Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen entstanden sind und das Interesse der Menschen an den entsprechenden Wohnformen stark zunimmt, ist die Zahl der Angebote immer noch sehr gering. Die Kommission hält es deshalb für notwendig, neue Wohnformen und die Anpassungsmaßnahmen im Bestand maßgeblich in der kommunalen Pflegeplanung mit zu berücksichtigen. Den Kreisen und kreisfreien Städten wird daher empfohlen, eine aktive, kommunale Pflegeplanung zu betreiben, die vorrangig die Entwicklung entsprechender Wohnangebote unterstützt. Dies sollte u. a. durch eine fachliche Beratung und Vermittlung, ggf. der Bereitstellung geeigneter Grundstücke, der Förderung einzelner, modellhafter Wohnformen und unter Einbeziehung von Wohnungsunternehmen und sozialen Trägern durch die Aufstellung von entsprechenden städtischen und sozialen Entwicklungsplänen geschehen.

8.7. Weiterentwicklung und Umgestaltung der stationären Pflege

Die konzeptionelle und bauliche Entwicklung stationärer Einrichtungen hat sich in den letzten Jahrzehnten von der klassischen Anstaltspflege über krankenhaushähnliche Heime hin zu Einrichtungen mit Wohnansprüchen und Ansätzen gemeinschaftlichen Wohnens - innerhalb der immer vorhandenen Grenzen einer Institution - verändert.

Den letzten Stand der Konzeptentwicklung im stationären Altenhilfebereich bilden die Hausgemeinschaften, in denen versucht wird, sich an der eigenen Häuslichkeit zu orientieren. Die Einrichtungen der 4. Generation stellen eine deutliche Verbesserung der bisherigen Heimstrukturen dar.

1. Die deutliche Zunahme von Menschen mit großem Pflegebedarf erfordert von Trägern richtungweisende Entwicklungsschritte. Die Kommission hält es für notwendig,
 - die bestehenden Einrichtungen entsprechend baulich und konzeptionell weiter zu entwickeln,
 - neue Einrichtungen überschaubar auszurichten und in Wohngruppen zu gestalten, die den pflegebedürftigen Menschen Geborgenheit und Normalität vermitteln und
 - zusätzlich ein flächendeckendes Angebot an Wohngruppen in Siedlungen aufzubauen, um Alternativen anbieten zu können.

- Einzelzimmer müssen zum Standard erhoben werden, da in Mehrbettzimmern der Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes Grenzen gesetzt werden.
2. Die Kommission erwartet von den Trägern stationärer Einrichtungen richtungweisende Entwicklungsschritte. Dabei muss eine Binnendifferenzierung in den Einrichtungen vorangetrieben werden, die eine
- Orientierung an Normalität, d.h. an den Lebensverhältnissen des Durchschnitts der Bevölkerung,
 - Integration in das Gemeinwesen,
 - Partizipation der Betroffenen, insbesondere auch der Angehörigen von Demenzkranken,
 - Individualität und Kontinuität der Lebensführung ermöglicht,
 - Transparenz der Versorgungsleistungen und der Preisgestaltung vorsieht.
3. Die Kommission empfiehlt der Landesregierung:
- Die Gestaltung von stationären Einrichtungen zum Altenwohnhaus zu unterstützen.
 - Den Ausbau der Prävention und Rehabilitation zu unterstützen, die Weiterentwicklung der Konzepte zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit zu fördern.
 - zu prüfen, inwieweit bei der Umnutzung von stationären Einrichtungen in betreute Wohnformen auf Rückführung von öffentlichen Fördermitteln verzichtet werden kann.
4. Die Kommission empfiehlt den Kreisen und Kommunen sowie der Landesregierung:
- Eine kleinräumige Vernetzung von Wohn- und Betreuungsformen (quartiersbezogene Konzepte) zu fördern und zu unterstützen. Hierzu gehören u. a. der Aufbau, die Koordination und Vernetzung der Angebote im Quartier, die Beratung und Vermittlung von Diensten, die Wohnberatung und Dienstleistungsangebote, u. a. für häusliche Hilfen. Die kleinräumige Vernetzung verschiedener Wohn- und Betreuungsformen im unmittelbaren Wohnumfeld sollte quartierbezogen für die dortigen Bürger überschaubar zu erreichen sein. Schon bei der Konzeption sollten die Menschen im Stadtteil einbezogen und Abstimmungen mit der Kommune getroffen werden.
 - Verbundsysteme weiter zu entwickeln, auch als trägerübergreifende Zusammenschlüsse von Wohn- und Hilfeangebote im Quartier bzw. Stadtteil in überschaubarer Größe.

8.8. Wohnangebote für Menschen mit Demenz

Insbesondere für alte Menschen mit Demenz hat sich in den vergangenen Jahren ein Spektrum verschiedener, (solitärer) Modelle für Wohn- bzw. Hausgemeinschaften entwickelt, das auch bei eintretender Schwerstpflegebedürftigkeit, die eine zeitintensive Pflege und

Begleitung erfordert, ein gesichertes Angebot darstellt. Diese Wohn- und Pflegeformen gilt es flächendeckend auszubauen, um den Verbleib der demenziell erkrankten Menschen in ihrem häuslichen Umfeld zu ermöglichen und damit eine humane und zudem auch kostengünstige Alternative zur Heimunterbringung zu bieten.

Träger in NRW sollten ermutigt werden, ihre stationären Heimeinrichtungen auf ein bewohnerorientiertes Konzept auszurichten, das sich u. a. an der Biografie der einzelnen Personen fest macht. Dort wo Beziehungspflege mit orientierten Bewohnern, zusammen mit demenziell erkrankten Bewohnern in integrativen Gruppen (als Konzept) geleistet wird, zeigt sie Gewinne für beide Personengruppen. Die gestalterischen Anpassungsmaßnahmen sollten ebenfalls ausgeschöpft und weiter entwickelt sowie eine Weiterbildung in gerontopsychiatrischen Themen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden. Kleinräumigen Wohngruppen, ob ambulant oder stationär versorgt, sind als Lernfelder für alle Beteiligten anzusehen. Sie können in dieser Hinsicht eine Vielzahl verschiedener Ansätze von integrativer bis segregativer Zusammensetzung verfolgen und dabei auch mit medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen kombiniert werden.

1. Die Kommission empfiehlt den Trägern von stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen:
 - Bei der Umgestaltung und Weiterentwicklung der stationären Einrichtungen die Belange von Menschen mit Demenz, insbesondere durch die Schaffung von überschaubaren Wohngruppen, individueller Wohnmöglichkeiten und insbesondere der Biografie der Menschen mit Demenz, in der Pflege- und Betreuungsarbeit und den Pflegekonzepten maßgeblich mit einzubeziehen,
 - die Angebote an angepassten Wohnformen für Menschen mit Demenz entweder auf der Basis von Wohngruppen oder in Form von speziell an die Bedürfnisse von Demenzkranken angepassten Wohngruppen und Hausgemeinschaften (mit Mietverträgen und Sicherung der pflegerischen Versorgung über ambulante Dienste) flächendeckend und bedarfsgerecht auszubauen,
 - insbesondere bestehende Heimeinrichtungen zu heimverbundenen Hausgemeinschaften bzw. KDA-Hausgemeinschaften weiter zu entwickeln.
2. An die Kommunen und Kreise richtet sich die Empfehlung, innenstadtnahe Flächen für Betreutes bzw. Service Wohnen oder andere Wohnformen, wie Hausgemeinschaften, betreute Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen, bereit zu stellen.

8.9. Zielgruppenspezifische Ausrichtung der verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen

1. Im stärkeren Maße als bisher sind zielgruppenspezifische Interessen bei der Planung von neuen Wohnprojekten und bei der altersgerechten Umgestaltung bestehender Wohnquartiere zu berücksichtigen. Dabei ist es notwendig auch spezifische Motivations-, Unterstützungs- und Angebotsformen zu entwickeln. Die Kommunen und Kreise sowie die anderen Akteure der Altenhilfe und die Wohnungswirtschaft sollten ihre Angebote

stärker auf die Belange der Zielgruppen ausrichten. Die Kommission geht davon aus, dass es insgesamt eines differenzierten, auf die örtliche Situation ausgerichteten Angebotes bedarf. Dabei sind verschiedene Handlungsansätze insbesondere für die Stadtplanung und örtliche Sozialplanung notwendig. Deshalb sollten in der kommunalen Pflegeplanung wie auch in der Sozial- und Stadtteilplanung:

- Nachbarschaftssysteme, Netzwerke und Selbsthilfeorganisationen gestärkt werden, die die Zielgruppen erreichen und die
 - Rahmenbedingungen für einen Verbleib in privaten Wohnungen verbessern
2. Eine zunehmend größer werdende Zielgruppe stellen die älteren Menschen mit Migrationshintergrund dar. Im Gegensatz zu den landläufigen Erwartungen werden zukünftig auch die Mehrheit der türkischstämmigen Migrantinnen und Migranten kaum auf familiäre Unterstützungspotentiale zurückgreifen können. Insbesondere den türkischstämmigen Frauen droht im Alter soziale Isolation. Für einen Teil der ersten Generation der Migrantinnen und Migranten, die in den nächsten zwei Jahrzehnten in das Ruhestandsalter kommen wird, erscheinen interkulturelle Wohnformen, die die Menschen mit mannigfachen Anpassungszwängen konfrontieren, als weniger bedürfnisgerecht als vielmehr kulturspezifische Wohnangebote, die insbesondere sprachlichen und religiösen Bedürfnissen entgegenkommen. Kleine wohnortnahe Einrichtungen mit Einzelzimmer und Wohngruppen sind am ehesten geeignet, alte Migrantinnen und Migranten aufzunehmen. Hierbei kann ein Modell der Teilintegration, in dem gemeinsam und getrennt mit den einheimischen alten Menschen gelebt wird, angestrebt werden. Dies bedeutet, dass Gruppen einer bestimmten ethnischen Zugehörigkeit in einer Einrichtung bei Berücksichtigung ihrer kulturellen Bedürfnisse von der Ernährung bis zur religiösen Versorgung durch muttersprachliches Fachpersonal betreut werden. Solche als "ethnische Schwerpunkte in der Altenhilfe" bezeichneten Modelle wurden inzwischen in der Praxis umgesetzt, so dass auf entsprechende Erfahrungen zurückgegriffen werden kann.

Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Kreisen sich im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung wie auch in der Sozial- und Stadtplanung dafür einzusetzen, dass

- eine individuelle und zugehende muttersprachliche Beratung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge, Wohn- und Pflegeberatung für ältere und pflegebedürftige Migrantinnen und Migranten angeboten wird und entsprechende Informationsarbeit auch in Zusammenarbeit mit Moscheen- und Kulturvereinen geleistet sowie Unterstützung und Schulung pflegender Angehöriger vorgenommen werden,
- eine Vernetzung zwischen Altenhilfe, der Migrationsarbeit und der Infrastruktur auf Stadtteilebene und eine Öffnung der bestehenden Angebote der Altenhilfe auch für Menschen mit Migrationshintergrund erfolgt und eine nachgehende Betreuung organisiert wird.

Als bedürfnisgerecht erscheinen möglicherweise auch kulturspezifische, betreute Wohnanlagen mit integrierter Pflegemöglichkeit. Hierzu kann auch die Bildung ethnischer

Schwerpunkte in überschaubaren stationären Einrichtungen in Ballungsgebieten gehören.

3. Die Kommission hält die Erprobung bzw. Weiterentwicklung von Wohnformen und Hilfeangeboten für Menschen mit Behinderung für notwendig. Hierzu gehören beispielsweise Wohnprojekte „autonomen Wohnens“ mit der Sicherung einer Assistenz für Menschen mit Behinderungen und Wohnangebote, die den Wohnbedürfnissen junger pflegebedürftiger Menschen gerecht werden. Die Kommission empfiehlt den Kommunen und Kreisen im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung und örtlichen Sozial- und Stadtplanung entsprechende Angebote mit zu berücksichtigen. Der Landesregierung wird empfohlen, die Entwicklung entsprechender Wohnprojekte zu unterstützen und modellhaft zu fördern.

Zur Verbesserung und zu mehr Normalisierung der Wohn- und Betreuungssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung empfiehlt die Kommission, für diesen Personenkreis verstärkt Angebote des Betreuten Wohnens auszubauen. An die beiden Landschaftsverbände als Kostenträger für das Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe und an die kreisfreien Städte und Kreise, zuständig für den Personenkreis ab 65 Jahre, ergeht die Forderung, den Ausbau ambulant unterstützender Wohnformen für ältere Menschen mit geistiger Behinderung zu betreiben. Dabei erfordert der Ausbau ambulant unterstützender Wohnformen auch integrative Betreuungsangebote und bedarfsorientierte Dienstleistungskonzepte. Neben dem Ausbau von Tagesbetreuungs- und Freizeitangeboten gilt es auch die sozialen Ressourcen im Stadtteil und Wohnquartier mit zu nutzen.

4. Nicht nur wegen der quantitativ höheren Anzahl der Personen, die zu Hause betreut werden bedarf die Zielgruppe der jüngeren Pflegebedürftigen und Wachkoma-PatientInnen einer erhöhten Aufmerksamkeit, sondern auch besonders wegen der Unterstützung der Hauptpflegeperson, die diesen Menschen betreut. Die Kommission hält es für notwendig, neben einer betreuungserleichternden Umgestaltung der Wohnraumsituation, der Erleichterung des Zugangs zu öffentlichen Einrichtungen sowie der Ermöglichung der gesellschaftlichen Integration die Wohnraumsituationen so zu gestalten, dass sie die Gesundheit der Hauptpflegeperson erhalten und fördernde Möglichkeiten für den zu Pflegenden geboten wird. Eine unterstützende Betreuung im häuslichen Umfeld kann individuelle Bedingungen schaffen, die für den Betroffenen und seine Familie von hoher Bedeutung sind. Die Kommission geht zudem davon aus, dass eine Betreuung nicht wie bisher primär durch die Familie geleistet werden, sondern es müssen differenzierte Unterstützungsangebote gemacht werden müssen; hierzu zählt auch die gezielte Wohnraumanpassung
5. Hilfeangebote, Wohnformen aber auch Pflege- und Betreuungskonzepte sollen in Zukunft auch auf die Belange pflegebedürftiger Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebenskonzept ausgerichtet werden. Dies betrifft sowohl bestehende Angebote, als auch die Weiterentwicklung der Hilfestruktur. An die Landesebene richtet sich die Forderung, die Curricula der Pflegeberufe auch auf die Belange der genannten Zielgruppen auszurichten.

6. Die Kommission empfiehlt verstärkte Maßnahmen zur Integration älterer, alleinstehender wohnungsloser Menschen in angemessene Wohnverhältnisse. Insgesamt besteht Notwendigkeit eines kooperativen ressortübergreifenden Vorgehens der Hilfetragger (Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe und Gesundheitshilfe). Die für die örtliche Wohnungslosenhilfe zuständigen Kreise und Kommunen werden zusammen mit weiteren Kostenträgern und der Wohnungslosenhilfe vor Ort aufgefordert, insbesondere die aufsuchende medizinische und pflegerische Hilfe – soweit noch nicht ausreichend vorhanden – auszuweiten und Angebote auch für begleitetes Wohnen aufzubauen. Der Landesregierung wird empfohlen, die Weiterentwicklung eines entsprechenden Hilfe- und Wohnungsangebotes im Rahmen des Förderprogramms „Hilfe für Wohnungslose“ weiterhin mit zu unterstützen und Angebot für ältere und pflegebedürftige Wohnungslose u.a. in Form von „guten Beispielen“ zu fördern.

7. Um den Bedürfnissen schwer kranker, sterbender Menschen sowie deren Angehörigen gerecht zu werden, muss ein flächendeckendes Angebot an ambulanten Hospizdiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen vorhanden sein. Hinzu kommt ein hohes Maß an Unterstützung über Angebote von Selbsthilfe-Initiativen und ehrenamtlichem Engagement. Zudem gilt es auch andere Einrichtungen, wie ambulante Pflegestationen, Altenhilfeeinrichtungen, Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte auch auf die Bedürfnisse von sterbenden Menschen auszurichten. Die Kommission empfiehlt, bei der konzeptionellen und gestalterischen Ausrichtung der stationären Hospize auch den Aspekt Wohnen maßgeblich mit zu berücksichtigen.

8.10. Entwicklung sozialer Netzwerke

Die Entwicklung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe wird in erster Linie durch Gemeinschafts- und Freizeitangebote gefördert sowie neben den Bildungs- und Freizeitangeboten auch durch neuere Formen, wie Internetcafés. In den Begegnungsstätten, die auf ein Wohnquartier ausgerichtet sind, wird teilweise ein breites Angebot an Veranstaltungen aber auch an Beratung, Sprechstunden oder gar eine Vermittlung von unterstützenden Hilfen angeboten. Hier sind z. T. auch mit Unterstützung von Wohnungsgesellschaften im Quartier Nachbarschaftszentren entstanden. Kleine soziale Netzwerke bieten zudem die Möglichkeit der Unterstützung. Bürgerschaftliches Engagement kann vorpflegerische Unterstützungsleistungen auf Stadtebene mit organisieren helfen. Allerdings bildet sich bürgerschaftliches Engagement nur in Ausnahmefällen spontan. In der Regel muss bürgerschaftliches Engagement mit den richtigen Methoden initiiert, durch Hauptamtliche begleitet, moderiert und durch ein Minimum an Förderung unterstützt werden.

Bei den quartiersbezogenen Netzwerken gilt es auch eine Vernetzung mit der ambulanten Hospizarbeit und mit *palliativ care* herzustellen.

Die Kommission empfiehlt Kommunen und Kreisen, die Bildung von sozialen Netzwerken zu unterstützen. Die Landesregierung sollte dabei die Weiterentwicklung sozialer Netze auch weiterhin fördern, insbesondere quartiersnahe Modellprojekte.

8.11. Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Die Pflegeversicherung weist u. a. bei der Absicherung von Menschen, die kontinuierlicher Aufsicht oder psycho-sozialer Betreuung bedürfen, Defizite auf. Der heutige Pflegebegriff in der Pflegeversicherung ist primär auf die somatische Pflege ausgerichtet. Diese Definition von Pflegebedürftigkeit umfasst nicht alle Bedarfe. Insbesondere nicht ausreichend sind die Bedarfe von demenzkranker, psychisch kranker oder geistig behinderter Menschen berücksichtigt. Deshalb soll bei einer Reform des SGB XI u. a. das Krankheitsbild „Demenz“ stärker bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit einbezogen werden.

Mit dem dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes ist versucht worden, Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die sich auf die Vermittlung von Leistungen und auf eine Art Basisbetreuung der Mieterinnen und Mieter beschränken, aus dem Geltungsbereich des Heimgesetzes heraus zu nehmen. Die Kommission registriert, dass weiterhin vielfältige Unsicherheiten geblieben sind, was sich auch in der Rechtsprechung niederschlägt und zu einem Investitionshemmnis beim Betreuten Wohnen führt. Für das Betreute Wohnen sind deshalb Regelungen notwendig, die die fachlichen Weiterentwicklungen von Wohn- und Pflegeformen für Pflegebedürftige nicht durch starre Vorgaben behindert sowie den Bedürfnissen nach Wohnatmosphäre und individueller Wohn- und Raumgestaltung gerecht werden, andererseits aber auch dem berechtigten Schutzanspruch der Bewohnerinnen und Bewohnern Rechnung tragen.

An den Bundesgesetzgeber ergeht die Aufforderung, das Heimgesetz zu überprüfen und zu überarbeiten, mit dem Ziel, insbesondere die Einschränkungen von Dienstleistungsangeboten und pflegerischen Angeboten im Betreuten Wohnen zu beseitigen. Die gesetzlichen Vorgaben sollen eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen insbesondere eine höhere Flexibilität bei der Gestaltung der Wohn- und Lebensverhältnisse einnehmen. Als Negativbeispiel wurde angeführt, dass beispielsweise das Heimgesetz es verbietet, dass die Bewohner, einen Teil der hauswirtschaftlichen Arbeiten – wie beispielsweise die Zubereitung von Mahlzeiten – selbst übernehmen. Weiterhin wird empfohlen, im Rahmen einer Novellierung des SGB XI eine Dynamisierung der Leistungshöhe für Wohnungsanpassungsmaßnahmen vorzunehmen.

8.12. Qualitätsentwicklung und -Sicherung

Die stationäre Pflege unterliegt den heimgesetzlichen Bestimmungen. Hierüber sind die Standards für die räumliche Struktur sowie für die personelle Ausstattung vorgegeben. Die Heimaufsicht fungiert als Kontrollinstanz. Die ambulant betreuten Wohn- oder Hausgemeinschaften unterliegen ordnungsrechtlich den Bestimmungen des Mietrechts und anderer Verbraucherschutzrechtlicher Vorschriften. Hierüber lassen sich jedoch keine verbindlichen Standards für das Wohnangebot und die Betreuungsleistungen ableiten. Zudem gibt es auch keine Kontrollinstanz. Auch für die alters- und handicapgerechten Dienstleistungsangebote bestehen noch keine umfassenden Verbraucherschutzangebote. Ein Qualitätssiegel kann nur die Erfüllung allgemeiner Mindeststandards sicherstellen, jedoch nicht individuelle Bedarfslagen berücksichtigen. Die Kommission ist sich einig, dass nicht zuletzt mit einer Ausweitung und Weiterentwicklung des Wohnangebotes und der

Dienstleistungen die Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung notwendig sein wird. Die Kommission empfiehlt entsprechende Modelle und Ansätze zu entwickeln, die u. a. Beratungs- und Beschwerdestellen, Ombudsleute, Betroffenenbeteiligung sowie Qualitätskriterien vorsehen.

9 Anhang

9.1 Fragebogen einer Umfrage unter Wohnungswirtschaftsunternehmen

Wohnraum und Wohnumfeldgestaltung für ältere und pflegebedürftige Menschen

Die Akteure der Wohnungswirtschaft spielen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen. Wir möchten die praktischen Erfahrungen, die mit dieser Entwicklung verbunden sind, in unsere Arbeit einbeziehen und wenden uns deshalb mit der Bitte an Sie uns, soweit es Ihnen möglich ist, folgende Fragen zu beantworten und ggf. entsprechendes Material beizufügen.

Fragen:

- 1) In wie weit richten Sie Ihren Wohnungsbestand auf die demographische Entwicklung und somit stärker auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen aus?
Welche Überlegungen haben Sie diesbezüglich
 - a) für Neubauvorhaben
 - b) für Modernisierungsmaßnahmen am Bestand
- 2) Welche Auswirkungen sind seit Änderung der Landesbauordnung erkennbar?
- 3) Betrachten Sie die Vorgabe der Landesbauordnung als Mindeststandards, die ggf. auch übertroffen werden oder stellen die Vorgaben für Sie maximale Standardwerte dar?
- 4) Sind Sie bereit bzw. unter welchen Bedingungen sind Sie bereit, Standards für altengerechtes, barrierefreies Wohnen auch bezogen auf Wohnraum ohne öffentliche Förderung einzuhalten?
- 5) Sehen Sie einen Änderungsbedarf bei der Wohnungsbauförderung über die derzeit ergriffenen Maßnahmen hinaus?
- 6) Wo sehen Sie möglicherweise Refinanzierungsprobleme bei altengerechten und barrierefreien Wohnraum- und Quartiersgestaltungen?
- 7) Müssen ggf. gesetzliche Regelungen (beispielsweise im Heimgesetz) verändert werden, um betreutes selbständiges Wohnen in Mietwohnungen besser refinanzieren zu können?
- 8) Bestehen Kooperationen oder Arbeitsgemeinschaften für eine Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung, die den Bedürfnissen von Älteren, Pflegebedürftigen und Menschen mit Handicaps entsprechen?

- 9) Bestehen in ihrer Gemeinde unter Mitwirkung ihrer Gesellschaft Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen und generationsübergreifende Wohnangebote?
- 10) Bestehen ihrerseits Planungen neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnangebote?
- 11) Wie gestaltet sich derzeit die Nachfrage nach solchen Wohnungen und mit welcher Nachfrage rechnen Sie in Zukunft?
- 12) Haben Sie bereits Standards für Ihre Wohnungen entwickelt, um diese im Rahmen eines gesamten Lebenszyklus bewohnbar zu machen?
- 13) Gibt es Ihrerseits Kooperationsmodelle mit Trägern der sozialen Arbeit und mit Selbsthilfeinitiativen und sozialen Netzwerken im Wohnquartier?
- 14) In wie weit sind für die MieterInnen ihres Wohnungsbestandes u.a. Beratung und/oder Betreuungsangebote im Falle einer Pflegebedürftigkeit (z.B. Tagespflegewohnungen), hauswirtschaftliche Hilfen wie auch Umzugshilfen entwickelt und aufgebaut worden?
- 15) Werden MieterInnen bzw. potentielle MieterInnen bei der Planung und Gestaltung von Modernisierungs- und Wohnraumanpassungsmaßnahmen mit einbezogen?
- 16) In wie weit sind die Belange von unterschiedlichen Zielgruppen älterer Menschen in die Planung mit einbezogen worden und werden in Zukunft einbezogen, z. B. Menschen mit Migrationshintergrund, gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften, Alleinstehende?
- 17) Sind Sie bei dem Aufbau örtlicher Netzwerke mit einbezogen?

9.2 Auswertung einer Umfrage unter Wohnungswirtschaftsunternehmen

Wohnungswirtschaft und Wohnen im Alter

Die Hauptanforderungen für das Wohnen bei Pflegebedürftigkeit und im Alter liegen nicht im Bereich Sonderwohnformen, sondern in der entsprechenden Ausgestaltung „normaler Wohn- und Lebenswelten“. Zukünftig wird es wichtig sein, neue und zusätzliche Wohn- und Hilfeangebote für pflegebedürftige und ältere Menschen wesentlich stärker im normalen Wohnungsbau zu verankern und Wohnraum für alle Lebenslagen zu schaffen. Genauso wird die Bedeutung eines altengerechten Wohnumfeldes zunehmen.

Akteure der Wohnungswirtschaft spielen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen. Im Rahmen einer Umfrage wurden Unternehmen der Wohnungswirtschaft zu ihren praktischen Erfahrungen bzgl. der

Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen befragt. Die Wohnungsunternehmen erhielten 17 Fragen mit der Bitte, diese zu beantworten und ggf. entsprechendes Material zur Verfügung zu stellen.

Folgende Unternehmen haben auswertbare Rückmeldungen bzw. Material zurückgesendet:

- Glückauf Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft, Lünen-Brambauer (*Glückauf*)
- Baugenossenschaft Freie Scholle eG, Bielefeld (*Freie Scholle*)
- Bauen und Wohnen GmbH, Bochum (*Bauen und Wohnen*)
- Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH, Bielefeld (*BGW*)
- TreuHandStelle GmbH Essen, Gelsenkirchen (*TreuHandStelle*)
- Ruhr-Lippe Wohnungsgesellschaft mbH, Dortmund (*Ruhr-Lippe*)
- Neusser Bauverein AG, Neuss (*Neusser Bauverein*)
- LEG Landesentwicklungsgesellschaft NRW GmbH, Düsseldorf (*LEG*)
- Allbau AG, Essen (*Allbau*)

Des Weiteren hat die *Aufbaugemeinschaft Espelkamp* eine Rückmeldung gegeben und ein Gespräch angeboten, bei dem die wohnungswirtschaftlichen Leistungen des Unternehmens auf dem Gebiet der Daseinsfürsorge für ältere Menschen zusammenhängend vorgestellt werden sollen. Die *Wohn- und Stadtbau GmbH Münster* hat eine Beantwortung bis Ende Januar in Aussicht gestellt.

9.2.1 Zusammenfassung der Umfrage

Entwicklung und Anpassung von Wohnungsbestand

In Abschnitt 1 werden die Aussagen der Wohnungswirtschaftsunternehmen zu den Fragen nach der Ausrichtung des Wohnungsbestandes auf Bedürfnisse älterer Menschen (Frage 1), nach der Einbeziehung der Mieterinnen in Planung und Gestaltung (Frage 15) sowie nach der Integration von unterschiedlichen Bedürfnissen bei älteren Menschen (Frage 16) zusammengefasst.

Die Entwicklung von Wohnungsbestand vor dem Hintergrund der demographischen Überlegungen für Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen

Die Wohnungsunternehmen errichten insbesondere ihre Neubauvorhaben barrierefrei. Dabei bestehen Unterschiede in der Konsequenz. Während der überwiegende Teil der Unternehmen darauf hinweist, dass Neubauvorhaben fast ausschließlich barrierefrei errichtet werden (*Neusser Bauverein*). Während die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft auf die von ihnen umgesetzten DIN 18025, Teil 2, die für Ältere und Menschen mit Behinderungen darüber hinaus höhere Anforderungen an Barrierefreiheit stellt (in diesem Zusammenhang wird auch auf das BGW-Konzept "Wohnen mit Versorgungssicherheit" verwiesen), bemühen sich andere bei Neubau und Modernisierung in

den Erdgeschoßwohnungen Barrierefreiheit herzustellen (*TreuHand GmbH Essen*). Dabei wird von einzelnen Trägern auch der Vorteil der Barrierefreiheit auch für andere Personen und MieterInnengruppen benannt (*Landesentwicklungsgesellschaft LEG*).

Größere Probleme sehen einige Unternehmen vorrangig bei der Modernisierung im Bestand. Während einige hier keine besonderen Einschränkungen benennen (u. a. *Neusser Bauverein, BGW*), betonen andere Bauunternehmen, dass sie sich um die Schaffung der Barrierefreiheit bemühen, im Einzelfall aber klären müssen, ob ein barrierefreier Umbau technisch machbar ist. Die Genossenschaft *Freie Scholle in Bielefeld* weist ihrerseits darauf hin, dass die Schaffung von altengerechten und barrierefreien Wohnungen durch Modernisierung nur bedingt in ihrem Bestand sei und sie deshalb verstärkt zur Errichtung Bestandersetzender Neubauten übergegangen ist. Dies sei nur unwesentlich teurer als der barrierefreie Umbau der Bestandswohnung und ermögliche bessere Wärme- und Schallschutzmaßnahmen.

Die Einbeziehung von MieterInnen bzw. potentiellen MieterInnen in Planung und Gestaltung von Modernisierungs- und Wohnraumanpassungsmaßnahmen (Frage 15)

Fast alle Unternehmen weisen auf die Einbeziehung ihrer Mieterinnen und Mieter bei Modernisierungsmaßnahmen hin. Dabei haben die Unternehmen für sich unterschiedliche Beteiligungsformen entwickelt.

Beim *Neusser Bauverein* finden Um- und Ausbaumaßnahmen wegen der notwendigen Räumung ohne Mitwirkung von Mieterinnen und Mieter statt. Dies begründet das Unternehmen damit, dass die Wohnung nach den Umbaumaßnahmen u. U. auch anderen Personen wieder zur Verfügung gestellt wird. Bei Modernisierungsmaßnahmen im bewohnten Zustand findet eine Zusammenarbeit mit MieterInnen statt. Nicht so bei Neubaumaßnahmen, hier werden Erfahrungen und Einschätzungen, die das Unternehmen bereits gesammelt hat, für den Umbau genutzt.

Ruhr-Lippe in Dortmund strebt eine Beteiligung der Mieterinnen und Mieter über ihren Bereich *Wohnsoziale Projekte* an. Grundsätzlich wirken die Kunden der BGW in Bielefeld im Rahmen von Versammlungen und Einzelgesprächen bei der Planung und Gestaltung des Wohnraums und des Wohnumfeldes mit. Bei der *TreuHandStelle* werden Wohnungsanpassungen grundsätzlich in enger Abstimmung mit den MieterInnen umgesetzt. Bei Modernisierungen findet hier ebenfalls eine Abstimmung statt. Bei den Entscheidungen zur Gestaltungen spielen aber auch Fragen der Bauabwicklung eine Rolle.

Die Modernisierungen werden bei der *Bau und Wohnen* in Bochum grundsätzlich über Mieterversammlungen und über persönliche Gespräche mit den Betroffenen durchgeführt: Individuelle Wünsche werden ermittelt. Es wird soweit wie möglich darauf eingegangen.

Die *Freie Scholle* stimmt ihre Maßnahmen in internen Gesprächen mit den betroffenen Mitgliedern ab. Im weiteren Verlauf wird bei Hausbesuchen den Mitgliedern eine Vorplanung vorgelegt, die dann nach den Wünschen der Mitglieder geändert wird. Für die Zeit eines Neubaus, der den Bestand ersetzen soll, werden den Mitgliedern Ausweichwohnungen im Siedlungsgebiet zur Verfügung gestellt.

Die Integration von Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen älterer Menschen in die Planung

Grundsätzlich zeigen sich alle Wohnungsunternehmen interessiert, auf die Bedürfnisse von Zielgruppen einzugehen. Die Genossenschaft *Freie Scholle* sieht allerdings keinen Sinn in speziellen Bauprojekten für Zielgruppen, da sie darin eine Segregation vermutet, während sie aber auf Integration setzen würde. Die BGW geht davon aus, dass ganzheitliche Wohnprojekte auch zielgruppenspezifische Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen. Durch Kontakt zu unterschiedlichen Zielgruppen wird versucht, gemeinsam Wohnvorstellungen umzusetzen. Als Beispiel wird das Projekt „Wohnraum für Alleinerziehende“ angeführt.

Der *Neusser Bauverein* bezieht nach eigenen Aussagen alle dargelegten Zielgruppen in die Planung mit ein. Ähnlich äußert sich auch die *Allbau* in Essen. Die *Ruhr-Lippe* berücksichtigt bislang keine migrationspezifischen Aspekte, erarbeitet aber Wohnsoziale Projekte für alle Gruppen im Rahmen von Modernisierungsmaßnahmen und fördert Selbsthilfefzusammenhänge.

Der *LEG* liegen hinsichtlich der Belange von Menschen ausländischer Herkunft sowie gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften keine dokumentierbare Erfahrungen vor. Den Wohnpräferenzen wird allerdings künftig auf regionaler Ebene stärker nachgegangen. Erfahrungen in Großsiedlungen (Monheim, Düsseldorf-Garath) zeigen, dass durch konsequentes Belegungsmanagement gute Integrationserfolge erzielt würden.

Bau und Wohnen berücksichtigt zielgruppenspezifische Bedürfnisse in seiner Arbeit. Es wird auf ein Fernseh-Programmpaket hingewiesen, das MigrantInnen angeboten wird. Eine Migrantin wurde als Kontaktperson eingestellt.

9.2.2 Aussagen zu Rahmenbedingungen & Standards

Nachfolgend werden die Aussagen zu den Auswirkungen seit Änderung der Landesbauordnung (Frage 2), zur Einschätzung und Einhaltung der in der Landesbauordnung enthaltenen Vorgaben (Fragen 3 und 4) sowie zur Entwicklung eigener Standards bei den Wohnungswirtschaftsunternehmen (Frage 12) wiedergegeben.

Auswirkungen seit Änderung der Landesbauordnung

Seit den Änderungen der Landesbauordnung zeichnet sich bezüglich der Auswirkungen ein differenziertes Bild ab. Es wird darauf hingewiesen, dass seitdem grundsätzlich alle Erdgeschosswohnungen barrierefrei errichtet werden müssen, was vorher nicht der Fall gewesen sein soll. Andere verweisen auf die Bestimmungen für öffentlich geförderten Wohnraum, die Barrierefreiheit für alle Wohnungen einfordern. Eine Reihe von Unternehmen hat zu diesem Thema noch keine Erfahrung, da sie seit Einführung der Änderungen kein Neubauprojekt mehr in Angriff genommen haben. Vereinzelt wird auf den erhöhten Planungsaufwand hingewiesen (*Bauen und Wohnen, Bochum*). Die *Freie Scholle* merkt an, dass sich für sie seither nichts geändert habe, da bei ihr bereits zuvor die Standards übertroffen wurden.

Einschätzung der Vorgaben der Landesbauordnung als Mindest- bzw. Maximalstandardwerte

Durchweg sehen die Unternehmen die Vorgaben der Landesbauordnung als Mindeststandards an, die übertroffen werden können, z.B. bei Bedienungselementen u. Bodenbelag (*Glückauf*). Vereinzelt werden aber auch mögliche Grenzen in der technischen Machbarkeit, insbesondere im Sanitärbereich benannt (*TreuHand*). Der *LEG* liegen hierzu noch keine Erfahrungswerte vor.

Bereitschaft und Bedingungen der Einhaltung von Standards für altengerechtes, barrierefreies Wohnen ohne öffentliche Förderung

Überwiegend lassen die Wohnungsunternehmen erkennen, dass sie bereit sind, für die Einhaltung von Standards für altengerechtes, barrierefreies Wohnen auch ohne öffentliche Förderung zu sorgen. *Allbau* und die *Freie Scholle* äußerten sich hierzu uneingeschränkt befürwortend(?). Letztere weisen zudem ihre Genossenschaft darauf hin, alle Maßnahmen auch ohne öffentliche Fördermittel umsetzen. Alle früher in Anspruch genommenen öffentlichen Fördermittel seien zurückbezahlt worden.

Auch die *BGW* will sich - wie sie sagt - kundenorientiert ausrichten und errichtet auch im freifinanzierten Wohnungsbau barrierefreie Wohnungen. Ähnlich äußern sich auch die Unternehmen *Bauen und Wohnen* und *Glückauf*. Auch die anderen Gesellschaften zeigen grundsätzlich ihre Bereitschaft, entsprechende Standards zu schaffen. Allerdings weisen sie auch auf die finanziellen Grenzen hin, da die Mieten nicht zu hoch steigen dürften, um die Wohnungen noch vermieten zu können.

Entwicklung eigener Standards für einen, den gesamten Lebenszyklus umfassenden Wohnbestand

Die Wohnungsunternehmen verfolgen bezüglich Wohnstandards, die auf den gesamten Lebenszyklus ausgerichtet sind, unterschiedliche Konzepte. Während der *Neusser Bauverein* mit dem Programm 18-80 einen Standard für eine Wohnung setzt, der dem gesamten Lebenszyklus gerecht werden soll, vertritt die *BGW* die Position, dass Lebenslaufmodelle nur vereinzelt sinnvoll umsetzbar sind. Die Anwendung der DIN 18025 Teil 2 (nachfolgend 18030) erscheint als die bessere Alternative, da Barrierefreiheit nicht zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist, sondern allen zu gute kommt.

Ruhr-Lippe setzt für Neubauten Barrierefreiheit als Standard. Bei Modernisierungen werden entsprechend wirksame Lösungen erarbeitet, z.B. barrierefreie Außenanlagen oder Stärkung des Services und der Selbsthilfe.

Die *LEG* bietet ein Basispaket an, das sich an der DIN Norm orientiert. Bei Neubauten orientiert sich auch *Glückauf* an der DIN 18025.

Die *Freie Scholle* hat für Neubauten und Modernisierungsmaßnahmen idealtypische Standards für lebensgerechte Wohnungen entwickelt. *Allbau* hingegen hat keine entsprechenden Standards für Wohnungen entwickelt, sondern sieht den Wohnungstausch als sinnvolle Alternative an, um eine der Lebenssituation angemessene Wohnung zu erhalten.

9.2.3 Wohnformen, Kooperationsmodelle und Projekte

Die Fragen zu diesem Themenbereich bezogen sich auf bestehende Kooperationen bzw. Kooperationsmodelle in der Wohnumfeldgestaltung und Gestaltung von Hilfe- und Pflegeangebote (Frage 8 und 9) und auf die Beteiligung der Wohnungswirtschaftsunternehmen am Aufbau von örtlichen Netzwerken (Frage 17). Ferner war die Planung neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnung von Interesse (Frage 10), ob Hilfe- und Pflegeangebote in die Konzeption des Wohnungsbestandes integriert sind (Frage 14) und wie sich die Nachfrage bzw. Zukunftsperspektive des Bedürfnisorientierten Wohnens aus Sicht der Befragten gestaltet (Frage 11).

Bedürfnisorientierte Kooperationen oder Arbeitsgemeinschaften für Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung

Der überwiegende Teil der Unternehmen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, konnte auf eine wie auch immer geartete Kooperation verweisen. Die Kooperationen bestehen in unterschiedlichen Formen und umfassen u.a.

- Kooperation mit anderen Wohnungsunternehmen,
- Kooperation mit anderen Akteuren in der örtlichen Altenhilfe, beispielsweise bei der Zusammenlegung von separaten Wohnung zu einer Wohnung für Demenzerkrankte,
- Kooperation mit der Wohnberatungsstelle,
- Kooperation mit Dienstleistern im Quartier,
- Kooperation mit Projektentwicklern, wie beispielsweise der *WohnBund-Beratung* in Bochum bei einem Konzept für ein integratives Wohnprojekt *Alt und Jung*,
- Kooperation bei konkreten Projekten mit anderen Partnern oder
- eine Beteiligung der MieterInnen bei der Wohn- und Umfeldgestaltung.

Die Unternehmen haben dabei jeweils die für sie typischen Kooperationsformen hervorgehoben. Allerdings unterhielten einzelne Unternehmen noch keinerlei Kooperationen.

Mitwirkung der Gesellschaften an Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen

Eine Reihe von Unternehmen, wie die Freie Scholle oder die Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft in Bielefeld, weisen auf ihr breites Angebot an Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen hin. Hierzu gehören u. a. Nachbarschaftstreffs, betreute Wohngruppen oder eigene mobile soziale Dienste. Andere Unternehmen berichten von einer Mitwirkung an entsprechenden Projekten, wie beispielsweise der beim Neusser Bauverein.

Im Ruhrgebiet sind beispielsweise im Rahmen der IBA „Emscher Park“ 250 entsprechend ausgestattete Wohnungen entstanden. Das Unternehmen gibt zu Bedenken, dass die in diesem Umfeld entstandenen Dienstleistungen nicht angenommen wurden und vom Dienstleister auch wieder eingestellt wurden.

Der Aufbau von tragfähigen Netzwerken mit sozialen Bindungen ist auch für eine Reihe von Unternehmen ein Thema. Hierzu gehören auch generationsübergreifende Ansätze.

Planungen neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnangebote seitens der Gesellschaften

Bis auf zwei Unternehmen sind alle anderen auch mit Planungen neuer Projekte für alten- und handicapgerechte Wohnangebote befasst. Diese unterscheiden sich allerdings im Umfang und in der Ausrichtung.

So sieht beispielsweise die BGW im Rahmen des Konzeptes „Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale“ ein Projekt mit 40 Wohneinheiten vor. Dieses befindet sich derzeit im Bau. Ein weiteres Projekt mit 38 Wohneinheiten ist in Planung. Die ebenfalls in Bielefeld ansässige *Freie Scholle* plant ein Nachbarschaftszentrum für 2006. Z.Zt. findet ein Architektenwettbewerb statt. Neben barrierefreien „Normal“-Wohnungen sind drei Hausgemeinschaften als Angebot insbesondere für demenziell erkrankte Personen geplant.

WohnBund Bochum wurde durch die *Bauen und Wohnen GmbH* mit einer Konzepterstellung für ein Wohnprojekt „Alt und Jung“ beauftragt. Außerdem sollen in Kooperationen mit sozialen Diensten Angebote für „Wohnen im Alter“ erstellt werden. Die Wohnungen gilt es entsprechend zu gestalten.

Allbau plant zwei neue Häuser, die barrierefrei ausgerichtet sind. Seitens der *TreuHandStelle* sind mehrere Projekte in Kooperation mit einem Anbieter von Betreuungsleistungen in Planung.

Kooperationsmodelle mit Trägern der sozialen Arbeit, Selbsthilfeinitiativen und sozialen Netzwerken im Wohnquartier

Seitens der Wohnungsunternehmen bestehen verschiedene Kooperationsmodelle. Einige Unternehmen unterhalten projektbezogene Kooperationen mit Trägern sozialer Arbeit, z.B. *Neusser Bauverein* (Projekt *Meertal* Zusammenarbeit mit Diakonischen Werk), *Allbau* (Kooperation mit AWO bei den altengerechten Wohnungen) oder der *Freien Scholle*, die alle ihre betreuten Wohnprojekte in Kooperationen mit anderen Trägern der sozialen Arbeit durchführt.

Ruhr-Lippe kooperiert quartiersbezogen im unterschiedlichen Maße und unterschiedlicher Ausprägung mit anderen Trägern. Ebenso hat sich die Zusammenarbeit mit sozialen Trägern auf der Ebene der Wohnquartiere bewährt.

Je nach Bestand und Lage in einer Kommune arbeitet die *TreuHandStelle* mit Trägern der sozialen Arbeit bzw. mit Selbsthilfeinitiativen zusammen, z.B. bestehen Kooperationen beim familiengerechten Wohnen.

Die *BGW* hat im Rahmen der Wohnprojekte und Quartiersgestaltung der Gesellschaft mit unterschiedlichen Trägern Kooperationsvereinbarungen geschlossen. *Bauen und Wohnen* arbeitet mit einer hauptamtlich geführten Treffpunkteinrichtung zusammen, die vom Wohnungsunternehmen mit gefördert wird.

Für die gemeinnützige Arbeit wurde von Glückauf ein Verein gegründet, der u.a. zum Ziel hat, eine generations- und kulturübergreifende Nachbarschaftshilfe zu fördern, ein soziales Netz aufzubauen, Angebote und Beratung für alle Generationen in den Zentren, Gemeinschaftsprojekte zu fördern und soziale Modellprojekte, die vom Land mit gefördert werden, durchzuführen. Kooperationen bestehen projektbezogen mit dem Diakonischen Werk im „Betreuten Wohnen-Projekt“, mit dem Polizeipräsidium bezüglich Sicherheit durch Baumaßnahmen sowie mit der Arbeitsloseninitiative Brambauer.

Integration von Hilfe- und Pflegeangeboten in die Konzeption des Wohnungsbestandes

Hilfe- und Pflegeangebote sind in den Konzeptionen der Wohnungsunternehmen unterschiedlich stark verankert. Die *BGW* stellt entsprechende Angebote und Hilfen, die für ältere und pflegebedürftige Menschen wichtig sind, über Kooperationen mit anderen Trägern sicher. Die *Freie Scholle* hat eine unternehmenseigene Altenberatung und -betreuung eingerichtet, die ältere und pflegebedürftige Menschen besucht und mit ihnen die notwendigen Hilfen für den Verbleib in der Wohnung abklärt sowie Hilfen organisiert. Dieses Angebot besteht bereits seit 15 Jahren. Die Kosten für die soziale Arbeit der Beratungsstelle werden von allen Genossenschaftsmitgliedern getragen.

Der *Neusser Bauverein* unterhält kein eigenes Hilfeangebot, vermittelt bei Bedarf jedoch Beratungs- und Betreuungsangebote für professionell arbeitende Einrichtungen. Bei *Ruhr-Lippe* werden Betreuungsangebote ebenfalls nicht vorgegeben. Allerdings wird fachliche Beratung über den Bereich *Wohnsoziale Projekte* angeboten. *Allbau* bietet eine Beratung für ältere MieterInnen an. Bei Pflegebedürftigkeit kann Beratung erfolgen. Ein Angebot an Wohnungen für Pflegebedürftige ist nicht vorhanden.

Bei der *TreuHandStelle* stehen in jeder Niederlassung ein bis zwei SozialarbeiterInnen zur Verfügung, die Wohnberatung, Umzugshilfen und Unterstützung bei Antragstellungen für die Pflegekasse anbieten.

Die *LEG* verweist auf die örtlichen Netzwerke, die entsprechende Hilfen sicherstellen sollen. *Bauen und Wohnen* unterhält einen Umzugsservice, der älteren Menschen einen preiswerten und bequemen Umzug ermöglichen soll. *Glückauf* bietet in seinen Wohnanlagen entsprechende Leistungen nach einem Baustein-Prinzip an. Über eine niedrige Betreuungspauschale wird ein Teil der Personalkosten für Fachkräfte getragen. Hinzu kommen Hilfen bei Pflegebedarf. Zusätzliche individuelle Hilfen werden über ambulante Dienste geleistet. Weitere Angebote in Form von Information und Programmangeboten erfolgen über die Treffpunkte und Kommunikationszentrum.

Beteiligung am Aufbau örtlicher Netzwerke

Von allen Wohnungsunternehmen werden örtliche Netzwerke und die Teilnahme an denselben als wichtig eingeschätzt. Dabei sehen sich einige Unternehmen oft auch als Impulsgeber für entsprechende Initiativen. Bauen und Wohnen stellt beispielsweise seine Beteiligung am Netzwerk „gerontopsychiatrische Versorgung“ und „sozialer Treffpunkt“ und zudem die Unterstützung von MieterInneninitiativen sowie die Teilnahme an Stadtteilkonferenzen heraus. Auch die anderen Wohnungsunternehmen führen ihre quartiers- und stadtteilspezifischen Netzwerkstrukturen an. Die *BGW* beteiligt sich am Quartiersmanagement der Kommune. Die *LEG* verweist auf ortsspezifische Aktivitäten. Hierbei spielen soziale Netzwerke, die soziale und Hilfeleistungen anbieten, eine besondere Rolle. Nach dem Vorbild der „Glückauf“, die am Aufbau örtlicher Netzwerke beteiligt war, wurden innerhalb der *TreuHandStelle* ähnliche Projekte in Dortmund-Lindehorst, Gelsenkirchen und Leuna aufgebaut.

Nachfrage und Zukunftsperspektive von Bedürfnisorientierten Wohnungen

Die Wohnungsunternehmen verzeichnen übereinstimmend eine große Nachfrage nach alten- und behindertengerechten bzw. barrierefreien Wohnungen. Es wird von allen Unternehmen davon ausgegangen, dass die Nachfrage in Zukunft noch weiter steigen wird.

Vor allem die Nachfrage nach altengerechten Wohnungen mit entsprechenden Service wird zunehmen. Gleichzeitig muss durch Wohnungsanpassungen, Betreuungsangeboten im Bestand und ergänzende Dienstleistungen älteren und behinderten Menschen ein Wohnen in der gewohnten Umgebung ermöglicht werden.

Es besteht eine steigende Nachfrage nach seniorenfreundlichen Wohnungen durch MieterInnen aus dem Wohnbestand aber auch durch externe Personen. Von einem Unternehmen wird darauf hingewiesen, dass herkömmliche Seniorenwohnungen aufgrund ihrer begrenzten Größe (1,5 Zi, 45 qm) nicht mehr nachfragekonform sind.

Die LEG, berichtet davon, dass ihre MieterInnen bislang zwar die Vorzüge einer besseren Ausstattung gerne in Anspruch nehmen, dies aber noch nicht zu einer Nachfrage nach entsprechend ausgestatteten Wohnungen führen würde. Sie geht aber auch „von einem weiteren Zuwachs der Zahl „älterer deutscher MieterInnen und langfristig auch von einem Anstieg der älteren Haushalte mit ausländischer Herkunft“ aus; außerdem komme es bei ihren jetzigen bzw. potentiellen älteren MieterInnen zukünftig zu einer Stagnation und z. T. auch Verschlechterung der Einkommensverhältnisse.

Die Freie Scholle weist darauf hin, dass die Nutzungsgebühren derzeit in der Genossenschaft für normale EinkommensbezieherInnen zwar finanzierbar seien, die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung und speziell die Einkommensentwicklung bei älteren Menschen allerdings Sorge bereite.

Probleme und Änderungsbedarf

Zu diesem Themenkomplex wurden Fragen nach Refinanzierungsproblemen bei altengerechten und Barrierefreien Wohnungen (Frage 6) sowie nach Änderungsbedarf seitens der Gesetzgebung (Frage 7) und der Wohnungsbauförderung (Frage 5) gestellt.

Refinanzierungsprobleme bei altengerechten und barrierefreien Wohnraum- und Quartiersgestaltungen

Fast ausnahmslos wird von den Wohnungsunternehmen auf Refinanzierungsprobleme bei Modernisierungsmaßnahmen hingewiesen. Dabei stellt in vielen Fällen besonders die Schaffung der Barrierefreiheit durch den nachträglichen Einbau von kostenträchtigen Aufzuganlagen ein Problem dar. Von einem Unternehmen wird auch auf Finanzierungsprobleme bei Umbaumaßnahmen im Sanitärbereich hingewiesen. Auch auf die oft fehlenden baulichen Voraussetzungen für die Schaffung der Barrierefreiheit wird aufmerksam gemacht.

Es wird von den Unternehmen ein Zielkonflikt zwischen den notwendigen baulichen Maßnahmen zur Erreichung der Barrierefreiheit einerseits und der Belastung für die MieterInnen durch zu hohe Mietnebenkosten, die aufgrund der teuren Umbaumaßnahmen entstünden andererseits, beschrieben.

Notwendigkeit veränderter gesetzlicher Regelungen für die Refinanzierung von betreutem, selbständigen Wohnen

Die Genossenschaft Freie Scholle in Bielefeld fordert bessere Finanzierungsmöglichkeiten für neue Wohnformen als Alternative zwischen stationärer Unterbringung und der angestammten häuslichen Versorgung. Andere Wohnungsbau-träger unterstrichen eine klare Abgrenzung zu den Einrichtungen, die dem Heimgesetz unterliegen.

Änderungsbedarf für die Wohnungsbauförderung

Die Wohnungsunternehmen sehen überwiegend keinen Änderungsbedarf bei der Wohnungsbauförderung. Die BGW fordert allerdings eine grundsätzliche Verbesserung der Förderung von Gemeinschaftsräumen und von Funktionsräumen wie Pflegebad, Nachtbereitschaftsraum, Kurzzeitpflegeappartement etc.

Der *Neusser Bauverein* schlägt vor, ggf. eine Förderung von integrierten Pflegeeinrichtungen vorzusehen. Die verstärkte Einbeziehung von Wohnberatungsstellen als Fachplaner schlägt *Ruhr-Lippe* vor. Die *LEG* schließlich hält die Fördervolumina für nicht ausreichend, um marktfähige Mieten kalkulieren zu können.

9.2.4 Zusammenfassung und Handlungsempfehlung

Im Rahmen einer Umfrage, - durchgeführt von der *Enquetekommission Situation und Zukunft der Pflege in NRW*, Arbeitsgruppe Wohnen - wurden Unternehmen der Wohnungswirtschaft zu ihren praktischen Erfahrungen bzgl. der Entwicklung und Ausgestaltung altengerechter und barrierefreier Wohnungen befragt.

Entwicklung und Anpassung von Wohnungsbestand

Der überwiegende Teil der Unternehmen weist darauf hin, dass Neubauvorhaben ihrerseits fast ausschließlich barrierefrei errichtet werden. Einzelne Unternehmen stellen darüber hinaus sogar höhere Anforderungen an Barrierefreiheit. Andere bemühen sich bei Neubau und Modernisierung zumindest in den Erdgeschoßwohnungen Barrierefreiheit herzustellen. Größere Probleme sehen einige Unternehmen vorrangig bei der Modernisierung im Bestand. Während einige hier keine besonderen Einschränkungen hervorheben, betonen andere Bauunternehmen, dass sie sich um die Schaffung der Barrierefreiheit zwar bemühen, im Einzelfall aber klären müssen, ob ein barrierefreier Umbau technisch machbar sei.

Einbeziehung von MieterInnen bzw. potentiellen MieterInnen in Planung und Gestaltung von Modernisierungs- und Wohnraumanpassungsmaßnahmen

Fast alle Unternehmen weisen auf die Einbeziehung ihrer Mieterinnen und Mieter bei Modernisierungsmaßnahmen hin. Dabei haben die Unternehmen für sich unterschiedliche Beteiligungsformen entwickelt. Bei einer Reihe von Wohnungsunternehmen werden im Vorfeld von Modernisierungsmaßnahmen über Mieterversammlungen und/oder persönliche Gespräche mit den Betroffenen die individuellen Wünsche ermittelt. Beispielsweise wird bei einem Unternehmen bei Hausbesuchen den Mitgliedern eine Vorplanung vorgelegt, die dann nach den Wünschen der Mitglieder geändert wird. Eine andere Gesellschaft hob hervor, dass für die Zeit eines Neubaus, der den Bestand ersetzen soll, den Mitgliedern Ausweichwohnungen im Siedlungsgebiet zur Verfügung gestellt werden.

Integration von Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen älterer Menschen in die Planung

Grundsätzlich zeigen sich alle Wohnungsunternehmen interessiert, auf die Bedürfnisse von Zielgruppen einzugehen. Allerdings sieht ein Unternehmen keinen Sinn in speziellen Bauprojekten für Zielgruppen, da hiermit eine Segregation vorgenommen wird und sie demgegenüber auf Integration setzen würde.

Ein anderes Unternehmen orientiert sich an dem Leitbild von ganzheitlichen Wohnprojekten, die auch zielgruppenspezifische Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigen. Durch Kontakt zu unterschiedlichen Zielgruppen werde versucht, gemeinsam Wohnvorstellungen umzusetzen. Der überwiegende Teil der Wohnungsunternehmen bezieht nach eigenen Aussagen darauf, Zielgruppen in die Planung mit einzubeziehen. In einem Beispiel wurde eine Migrantin als Kontaktperson eingestellt. Eine Gesellschaft bietet für MigrantInnen ein Fernseh-Programmpaket an.

9.2.5 Rahmenbedingungen & Standards

Auswirkungen seit Änderung der Landesbauordnung und die Standards

Seit Änderungen der Landesbauordnung zeichnet sich bezüglich der Auswirkungen ein differenziertes Bild ab. So wird darauf hingewiesen, dass seither grundsätzlich alle Erdgeschosswohnungen barrierefrei errichtet werden müssen, was vorher nicht der Fall gewesen sein soll. Es wird aber auch auf die Bestimmungen für öffentlich geförderten Wohnraum verwiesen, da diese die Barrierefreiheit für alle Wohnungen einfordert. Einer Reihe von Unternehmen liegen noch keine Erfahrung vor, da sie seither kein Neubauprojekt mehr in Angriff genommen haben. Vereinzelt wird auf den erhöhten Planungsaufwand hingewiesen, oder es wird auch hervorgehoben, dass sich für das Unternehmen seither nichts geändert habe, da bereits zuvor die Standards übertroffen wurden.

Durchweg sehen die Unternehmen die Vorgaben der Landesbauordnung als Mindeststandards an, die übertroffen werden können, z.B. bei Bedienungselementen. Vereinzelt werden aber auch mögliche Grenzen in der technischen Machbarkeit, insbesondere im Sanitärbereich benannt. Nur ein Unternehmen sieht in den Vorgaben der Landesbauordnung die Maximalstandards.

Einerseits besteht eine hohe Bereitschaft, Standards für altengerechtes, barrierefreies Wohnen auch ohne öffentliche Förderung einzuhalten. Allerdings weisen sie auch auf die finanziellen Grenzen hin, da die Mieten nicht zu hoch steigen dürften, um die Wohnungen vermieten zu können.

Überwiegend lassen die Wohnungsunternehmen erkennen, dass sie bereit sind, für die Entwicklung eigener Standards für einen Wohnbestand, der auf den gesamten Lebenszyklus umfassenden ausgerichtet sein soll, einzustehen. Die Wohnungsunternehmen verfolgen unterschiedliche Konzepte. Während ein *Bauträger* mit seinem Programm (18-80) einen Standard für eine Wohnung setzt, der dem gesamten Lebenszyklus gerecht werden soll, vertritt eine andere Gesellschaft die Position, dass Lebenslaufmodelle nur vereinzelt sinnvoll umsetzbar sind. Die Anwendung der DIN 18025 Teil2 (nachfolgend 18030) wird als die bessere Alternative angesehen, da Barrierefreiheit nicht zielgruppenspezifisch ausgerichtet ist, sondern allen Personen zu Gute kommen soll.

Überwiegend wird für Neubauten Barrierefreiheit als Standard gesetzt. Bei Modernisierungen werden entsprechend wirksame Lösungen erarbeitet. Ein Wohnungsunternehmen sieht in einem Wohnungstausch eine sinnvolle Alternative zu den aufwendigen Umbaumaßnahmen, um eine der Lebenssituation angemessene Wohnung zu erhalten.

9.2.6 Wohnformen, Kooperationsmodelle und Projekte

Bedürfnisorientierte Kooperationen oder Arbeitsgemeinschaften für Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung

Der überwiegende Teil der Unternehmen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, konnte auf eine wie auch immer geartete Kooperation verweisen. Die Kooperationen bestehen in unterschiedlichen Formen und umfassen u. a.

- Kooperation mit anderen Wohnungsunternehmen,
- Kooperation mit anderen Akteuren in der örtlichen Altenhilfe beispielsweise bei der Zusammenlegung von separaten Wohnung zu einer Wohnung für Demenzerkrankte,
- Kooperation mit der Wohnberatungsstelle,
- Kooperation mit Dienstleistern im Quartier,
- Kooperation mit Projektentwicklern wie beispielsweise der *WohnBund-Beratung* in Bochum bei einem Konzept für ein integratives Wohnprojekt *Alt und Jung*,
- Kooperation bei konkreten Projekten mit anderen Partnern oder
- eine Beteiligung der MieterInnen bei der Wohn- und Umfeldgestaltung.

Allerdings können noch nicht alle Wohnungsunternehmen Kooperationen vorweisen.

Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen - Projekte für alten- und handicappgerechte Wohnangebote

Eine Reihe von Unternehmen weisen auf ihr breites Angebot an Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen und auf ihre Mitwirkung an entsprechenden Projekten hin.

Im Ruhrgebiet sind beispielsweise im Rahmen der IBA „Emscher Park“ 250 entsprechend ausgestattete Wohnungen entstanden.

Der Aufbau von tragfähigen Netzwerken mit sozialen Bindungen ist ein weiteres wichtiges Thema. Hierzu gehören auch generationsübergreifende Ansätze.

Bis auf zwei Unternehmen sind alle anderen auch mit Planungen neuer Projekte für alten- und handicappgerechte Wohnangebote befasst. Diese unterscheiden sich allerdings im Umfang und in der Ausrichtung: Angefangen von der Projektplanung über den *WohnBund NRW, über die* Planung einzelner barrierefreier Häuser, die Errichtung von Hausgemeinschaften bis hin zu Projekten mit 40 Wohneinheiten. Mehrere in Planung befindliche Projekte sollen in Kooperation mit einem Anbieter von Betreuungsleistungen betrieben werden. Hierin wird auch zunehmend ein wichtiges Aufgabenfeld gesehen.

Die Förderung von quartiersbezogenen kleinen sozialen Netzwerken

Seitens der Wohnungsunternehmen bestehen verschiedene Kooperationsmodelle. Einige Unternehmen unterhalten projektbezogene Kooperationen mit Trägern sozialer Arbeit. Die Zusammenarbeit mit sozialen Trägern hat sich für diese Unternehmen bisher bewährt. Hilfe- und Pflegeangebote sind in den Konzeptionen der Wohnungsunternehmen unterschiedlich stark verankert.

Beispiele:

- Die *BGW* stellt entsprechende Angebote und Hilfen, die für ältere und pflegebedürftige Menschen wichtig sind, über Kooperationen mit anderen Trägern sicher.

- Die *Freie Scholle* hat eine unternehmenseigene Altenberatung und –betreuung eingerichtet, die ältere und pflegebedürftige Menschen besucht und mit ihnen die notwendigen Hilfen für den Verbleib in der Wohnung abklärt und Hilfen organisiert. Dieses Angebot besteht bereits seit 15 Jahren. Die Kosten für die soziale Arbeit der Beratungsstelle werden von allen Genossenschaftsmitgliedern getragen.
- Der *Neusser Bauverein* unterhält kein eigenes Hilfeangebot, vermittelt bei Bedarf jedoch Beratungs- und Betreuungsangebote von professionell arbeitenden Einrichtungen.
- Bei *Ruhr-Lippe* werden eigene Betreuungsangebote ebenfalls nicht vorgehalten. Allerdings wird fachliche Beratung über den Bereich Wohnsoziale Projekte angeboten.
- *Allbau* bietet eine Beratung für ältere MieterInnen an, bei Pflegebedürftigkeit kann Beratung erfolgen. Allerdings ist kein Angebot an Wohnungen für Pflegebedürftige vorhanden.
- Bei der *TreuHandStelle* stehen in jeder Niederlassung 1-2 SozialarbeiterInnen zur Verfügung, die Wohnberatung, Umzugshilfen und Unterstützung bei Antragstellungen für die Pflegekasse anbieten.
- Die *LEG* verweist auf die örtlichen Netzwerke, die entsprechende Hilfen sicherstellen sollen.
- *Bauen und Wohnen* hält einen Umzugsservice vor, der älteren Menschen einen preiswerten und bequemen Umzug ermöglichen soll.
- *Glückauf* bietet in seinen Wohnanlagen entsprechende Leistungen nach einem Baustein-Prinzip an. Über eine niedrige Betreuungspauschale wird ein Teil der Personalkosten für Fachkräfte getragen. Hinzu kommen Hilfen bei Pflegebedarf. Weitere individuelle Hilfen werden über ambulante Dienste geleistet. Weitere Angebote in Form von Information und Programmangeboten erfolgen über die Treffpunkte und Kommunikationszentrum.

Von allen Wohnungsunternehmen werden örtliche Netzwerke und die Teilnahme an denselben als wichtig eingeschätzt. Die Wohnungsunternehmen weisen auf die bestehenden quartiers- und stadtteilspezifischen Netzwerkstrukturen hin. Dabei sehen sich einige Unternehmen oft auch als Impulsgeber für entsprechende Initiativen, beispielsweise Netzwerke für „gerontopsychiatrische Versorgung“ und soziale Treffpunkte. Als wichtig wird auch die Unterstützung von MieterInnen-Initiativen sowie die Teilnahme an Stadtteilkonferenzen angesehen.

Nachfrage und Zukunftsperspektive von Bedürfnisorientierten Wohnungen

Die Wohnungsunternehmen verzeichnen übereinstimmend eine große Nachfrage nach alten- und behindertengerechten bzw. barrierefreien Wohnungen. Es wird von allen Unternehmen davon ausgegangen, dass die Nachfrage in Zukunft noch weiter steigen wird. Vor allem die Nachfrage nach altengerechten Wohnungen mit entsprechendem Service wird steigen. Gleichzeitig muss durch Wohnungsanpassungen, Betreuungsangebote im Bestand und ergänzende Dienstleistungen älteren und behinderten Menschen ein Wohnen in der gewohnten Umgebung ermöglicht werden.

Es besteht eine steigende Nachfrage nach seniorenfreundlichen Wohnungen durch MieterInnen aus dem Wohnbestand aber auch durch externe Personen. Von einem Unternehmen wird darauf hingewiesen, dass herkömmliche Seniorenwohnungen aufgrund ihrer begrenzten Größe (1,5 Zi, 45 qm) nicht mehr nachfragekonform sind.

Es wird von einem weiteren Anstieg der Zahl älterer MieterInnen und langfristig auch von einem Anstieg der älteren Haushalte mit „ausländischer Herkunft“ ausgegangen. Eine Wohnungsgesellschaft geht davon aus, dass es bei ihrer jetzigen bzw. ihrer potentiellen älteren Mieterschaft zukünftig zu einer Stagnation und z. T. auch Verschlechterung der Einkommensverhältnisse kommen wird. Die wirtschaftliche Entwicklung - und speziell die Einkommensentwicklung bei älteren Menschen - bereitet auch anderen Unternehmen Sorge.

9.2.7 Probleme und Änderungsbedarf

Refinanzierungsprobleme bei altengerechten und barrierefreien Wohnraum- und Quartiersgestaltungen

Fast ausnahmslos wird von den Wohnungsunternehmen auf Refinanzierungsprobleme bei Modernisierungsmaßnahmen hingewiesen. Dabei wird von allen auf die Finanzierungsschwierigkeiten hingewiesen, die durch den nachträglichen Einbau von kostenträchtigen Aufzugsanlagen für die Schaffung der Barrierefreiheit entstehen. Oft stellen auch die baulichen Voraussetzungen für die Schaffung der Barrierefreiheit ein Problem dar. Es wird von den Unternehmen ein Zielkonflikt zwischen den notwendigen baulichen Maßnahmen zur Erreichung der Barrierefreiheit einerseits und der Belastung für die MieterInnen durch zu hohe Mietnebenkosten andererseits, die aufgrund der teuren Umbaumaßnahmen entstünden, hingewiesen. Seitens einzelner Unternehmen wird eine mögliche Entwicklung hingewiesen, bei der sich die ökonomische Situation für viele der älteren Generation aufgrund weiterer Belastungen und geringeren Alterseinkommen zukünftig verschlechtern könnte. Dies hätte auch Folgen für die Wohnsituation .

Gefordert werden von den Wohnungsunternehmen u. a. bessere Finanzierungsmöglichkeiten für Neue Wohnformen als Alternative zur stationären Unterbringung und der angestammten häuslichen Versorgung. Es wird eine klare Abgrenzung zu den Einrichtungen, die dem Heimgesetz unterliegen, gefordert.

Änderungsbedarf bei der Wohnungsbauförderung besteht bezüglich der Förderung von Gemeinschaftsräumen und eine Förderung von Funktionsräumen wie Pflegebad, Nachtbereitschaftsraum, Kurzzeitpflegeappartement etc.. Ein Vorschlag sieht eine Förderung von integrierten Pflegeeinrichtungen vor, ein weiterer die verstärkte Einbeziehung von Wohnberatungsstellen als Fachplaner.

9.2.8 Handlungsempfehlungen für die Enquete-Kommission

Die Arbeitsgruppe "Wohnen" sieht auf Grund der Ergebnisse der Umfrage der Wohnungswirtschaftsunternehmen und der Auseinandersetzung mit dem Themenbereich folgende Handlungsempfehlungen für die weitere Diskussion in der Enquetekommission für relevant:

- Es sollten bessere Finanzierungsmöglichkeiten für neue Wohnformen als Alternativen zur stationären Unterbringungen und angestammten häuslichen Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen geschaffen werden.

- Die Förderrichtlinien der Städtebauförderung sollten diesbezüglich weiterentwickelt werden, u. a. durch Förderung von Gemeinschafts- bzw. Funktionsräumen (bspw. Pflegebädern, Nachbarschaftsräumen oder Kurzzeitpflegeappartements) oder integrierter Pflegeeinrichtungen. Dazu sollten verstärkt Wohnberatungsstellen als Fachplaner hinzugezogen und quartiersbezogene kleine Netzwerke gefördert werden.
- Die Entwicklung von integrierten Angeboten, die spezifischen Belangen von Zielgruppen, bspw. älteren Migrantinnen oder Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung, sollte vorangetrieben werden.
- Kooperationen und Arbeitsgemeinschaften vor Ort sollten entwickelt werden.

Literaturverzeichnis

- Alt und Jung, Bielefeld (2003) Deskriptive Studie zur Weiterentwicklung von Wohn- und Pflegestrukturen am Beispiel von Wohnprojekten in Ostwestfalen, Berlin/Bielefeld
- Baric-Büdel, D. (2001), Spezifika des Pflegebedarfs und der Versorgung älterer Migranten, thema.160, KDA
- Berghammer, A., Gramm, M., Vogler, L., & Schmitt-Dannert, H. H. (1997), Investigation of the social status of paraplegic individuals after medical rehabilitation, Spinal Cord, 35, S. 493-497
- Bienstein, C. & Hannich, H. J., (2001) Universität Witten-Herdecke, Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten, Thema: Wohnen und Leben im Hospiz.
- Blaumeiser, H.; Blunck, A.; Klie, T.; Pfundstein, T. & Wappelshammer, E. (2002): Handbuch kommunale Altenplanung. Frankfurt
- Blinkert, B. & Klie, T. (2002), Die Verankerung von Solidarität in der Sozialstruktur - Eine empirische Untersuchung über milieuspezifische Pflegebereitschaften und bürgerschaftliches Engagement, Unveröffentlichtes Manuskript, Freiburg. (Im Erscheinen bei Vincentz, Hannover)
- Brändle-Ströh, A. (1998), Pflegewohnung – ein Modell gemeinschaftlichen Wohnens aus der Schweiz – Konzept und Erfahrungen, Zürich
- Brändle-Ströh, A. (2003), Ein Blick zurück, in: Stiftung Alterswohnen in Albisrieden (Hrsg.), So lange als möglich zuhause – und dann? Dokumentation der Jubiläumstagung 10 Jahre Alterswohnen in Albisrieden vom 15. Nov. 2002 in Zürich, Zürich
- Braubach, M. (2003), Wohnumwelt und Pflegebedürftigkeit im Alter, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
- Brechman, Th. (2003) Vom Tourenteam zum Gemeinwesenteam, Zuschrift an die Enquetekommission Pflege, unveröffentlichtes Manuskript
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1996) Empfehlungen zur Reha und Pflege von Menschen mit schwersten neurologischen Schädigungen. Thema: Wohnen und Leben im Hospiz
- Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner e.V. (BIVA) (1999), Heim oder nicht Heim? ... das ist hier die Frage – Diskussionspapier der BIVA zu Rechtsfragen beim Betreuten Wohnen für Senioren, o. O
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1998), Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, 2003
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hrsg.), (2000), Wohnungsanpassung und Wohnberatung, Workshop in Kassel am 23./24. 2. 1999, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2000), Hausgemeinschaften - Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus, BMG-Modellprojekte, Bd. 8, Köln
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002), KDA Hausgemeinschaften 2001/2002 – Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger, Band 9; Köln.
- Centinkaya, M. (2003) Kooperationsprojekt Essen-Katernberg, Erfahrungen aus dem Bundesmodellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“
- Decker, K. & Guerra, V. (2002), Das Anton-Pieck-Hofje in Haarlem, Niederlande, in: Klie, T. (2002), Netzwerk Wohngruppen für Menschen mit Demenz, Hannover, S. 151 ff.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und ambulante pflegerische Dienste (DEVAP) (2001), Hausgemeinschaften – Chancen und Risiken eines Modells, Positionspapier 2001

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (1992), Nomenklatur der Altenhilfe, Frankfurt/Main
- Ditunno, J. F. & Formal, C. S. (1994), Chronic spinal cord injury, The New England Journal of Medicine, 330(8), S. 550-556
- Dröge, F. J. (2004), Das Hospiz lebensHAUS - Wohnen und Lebens im Hospiz, unveröffentlichtes Manuskript
- DSQ. (2001), Deutsche Stiftung Querschnittlähmung, <http://www.dsq.de>
- Eichener, V. (2004), Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW - Formen, Modelle, Zukunftsperspektiven, Expertise für die Enquetekommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" beim Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen, Bochum
- Engel, H. & Engels, D. (2001), Case-Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen, Stuttgart
- Ev. Johanneswerk (2004), Konzeption der sozialen Dienstleistungen im Wohnprojekt Heinrichstraße
- Exner, G. (2001), Bericht: 25 Jahre Anlaufstelle und Arbeitskreis Querschnittlähmungen, Hamburg: Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg.
- Friedrich, K. (1993), Untersuchung zum räumlichen Verhalten alter Menschen, in: Bähr, J. (Hrsg.), Kieler Arbeitspapiere zur Landeskunde und Raumordnung, Band 28, Geographisches Institut, Kiel
- Getta, M. & Schnabel, E. (2000), Pflegerische Problemlagen in vollstationären Einrichtungen, in: Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Projektbericht, vielfältiges Manuskript, Düsseldorf, S. 45-60
- Große Anfrage NRW, SPD, „Leben im Alter“, DS 13/2726
- Große Anfrage NRW, „Bündnis 90/Die Grünen, „Psychiatrie in NRW“, DS 13/2863
- Große Anfrage NRW, SPD, „Situation behinderter Menschen in NRW“, DS 13/2864
- Große Anfrage NRW, CDU, „Wohnen im Alter“, DS 13/4367
- Hartmann, E.; Heinemann-Knoch, M. & Korte, E. (2000), Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen, Studie über Erfolg und Effizienz eines Modellprojektes, Düsseldorf.
- Heeg, S. (2002), Neuer Geist in alten Strukturen, in: Gemeinsam handeln, Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft
- Heiber, Andreas (2004): Kostenvergleich ambulanter und stationärer Versorgung
- Heinze, R. G. et al. (1997), Neue Wohnung auch im Alter - Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft, Schader Stiftung, Darmstadt.
- Housing Corporation (2002), The bigPicture. Older People Main Report, May 2002
- Infratest, Sinus & Becker, H. (1991), Die Älteren - zur Lebenssituation der 55- bis 70jährigen, Bonn
- Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) (2002), Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.), Berlin
- Janis-Le Bris, H. [o. J.]: Das französische Cantou Modell. Stationäre Mitbetreuung durch Angehörige [unveröffentlichtes Manuskript]
- Keteci, A. (2003), Wohnbedürfnisse älterer Migranten. Diplomarbeit, Fachhochschule Düsseldorf
- Kitwood, T. (2000), Demenz - Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“, Verlag Hans Huber, Bern
- Klie, T. & Leonhard, B. (2001), Die Abgrenzung zwischen SGB XI und BSHG in: Igl, G. & Welti, F. (Hrsg.), Die Verantwortung des Sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation. Sozialpolitik in Europa Band 7, Wiesbaden.
- Klie, T. (2001), Demenz – Ethische Aspekte, in: Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege, Mabuse-Verlag
- Klie, T. (2001a), Rechtsgutachten Betreutes Wohnen, Unveröffentlichtes Manuskript, Freiburg/Bonn
- Klie, T. (2001b), Rechtliche Anforderungen an das Betreute Wohnen, in: Betreutes Wohnen, Tagungsdokumentation der Fachtagung am 7. Nov. 2000, Düsseldorf.

- Kochanek, J. (2001), Organisationsentwicklung in Altenheimen am Beispiel des Reginenhauses in Hamm – ein Erfahrungsbericht, in: Tackenberg, P. & Abt-Zegelin, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege, Mabuse Verlag.
- Koch-Straube. U. (2001), Pflegeberatung, Bern.
- Krahmer U. & Manns C. (2000), Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, Hannover.
- Kremer-Preiß, U. & Stolarz, H. (2003), Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung - eine Bestandsanalyse, Zwischenbericht im Rahmen des Projektes "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln.
- Kremer-Preiß/Narten (2004), Betreute Wohngruppen – Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität - Pilotstudie, Hrsg. Bertelsmann Stiftung/KDA, Leben und Wohnen im Alter, Band 4, Gütersloh/Köln
- Krings-Heckemeier, M. T. (2003), Safer Living – jeder nach seiner Fasson. Wohnen der Generation 50 Plus, Die Wohnungswirtschaft 7/2003.
- Kruse, A., 2001: Lebensstile und Umwelt älterer Menschen, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [Hrsg.]: Lebensstile – Wohnbedürfnisse – Wohnformen, Workshop in Hamburg am 20./ 21. 4. 1999, Bonn/Berlin
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (Hrsg.), (2000), Die niederländische Studie „Vom Idealismus zum Realismus – Über 15 Jahre gemeinschaftliches Wohnen älterer Menschen“, Köln.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (Hrsg.), (2000a), Wohnen in Gemeinschaft. Dokumentation des deutsch-niederländischen Expertenworkshops am 20. und 21. Januar 2000 in Königswinter, Köln.
- Land Berlin, Senat für Bildung, Jugend und Sport (2002), Anders sein und älter werden – Lesben und Schwule im Alter, Dokumentation zur Fachtagung am 22./23.11.2002.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (2001), Schwerbehinderte Personen in Nordrhein-Westfalen, <http://www.lids.nrw.de/statistik/daten/c/d313behind.html>.
- Landesregierung NRW (2003), Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW), Drucksache 13/3498, Düsseldorf.
- Landesregierung NRW (o. J.), Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes, Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PflG NW, Hekto.Man.
- Malmberg, B. (1997), Group Homes - An Alternative for Older People with Dementia, Institute of Gerontology, Jonköping/Sweden, Reprint series No. 55, reprinted from: „State of the art in dementia care“, edited by Mary Marshal, Centre for Policy on Ageing, p. 78 ff.;
- Malmberg, B./Slundström, G./Zarit, S. H., 1998: Housing the Demented Elderly in Sweden, Institute of Gerontology, Jonköping/Sweden: Reprint series No. 61. Reprinted from „Research and Practice in Alzheimer Disease“, Serdi Publisher, Springer Publishing Company, p. 193 ff.
- Matzke, S. (2003), WohnBund NRW, In gewohnter Umgebung wohnen bleiben können, Die Wohnungswirtschaft 1/2003, S. 14ff.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (1994), Heimaufsicht in Nordrhein-Westfalen - Bestandsaufnahme und Perspektive, Düsseldorf.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (1997), Beratung nach dem Landespflegegesetz, Düsseldorf.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (MFJFG) (2000), Neue Wohnprojekte für ältere Menschen – Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) (2003), Jahresbericht 2002 zur finanziellen Situation im Modellprojekt Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen, Landtag NRW, Vorlage 13/2086, Düsseldorf.

- Müller-Hergl, C. (2001), Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden: Positive Personenerbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping, in: Tackenberg, P. & Abt-Zeglin, A. (Hrsg.), Demenz und Pflege, Mabuse-Verlag.
- Naegele, G. & Reichert, M. (1998), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege in Deutschland – ein Überblick, in: Naegele, G. & Reichert, M. (Hrsg.), Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Nationale und internationale Perspektiven. Hannover. S. 13-34.
- Narten, R. & Tischer, S. (2001), Räume für gemeinschaftliche Wohnprojekte älterer Menschen – Erfahrungen aus den Niederlanden –, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.
- Narten, R., (1998), Rahmenbedingungen für die Entstehung und Etablierung neuer Wohnformen im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Wohnformen älterer Menschen im Wandel. Expertenband 3 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung, Frankfurt a. M., New York 1998, S. 12-51.
- Niepel, T. (2003), Zusammenfassung von Ergebnissen der wissenschaftlichen Projektbegleitung „Wohnberatung NRW“, SoFoB-Institut, unveröffentlichtes Manuskript, Bielefeld.
- Pache, M. (1998), Beratung bei Pflegebedürftigkeit, Stuttgart.
- Palsing, S. et al. (2000), Aeldre i bofaelleskab, Older people in co-housing, Kopenhagen
- Pawletko, K. W. (2002), Neue Qualität braucht neue Strukturen, in: Gemeinsam Handeln, Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft
- Pawletko, K. W. (2003), Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.
- Pfundstein, T. (2002) Möglichkeiten und Grenzen der Infrastrukturplanung - Die Planungskonzepte der Länder, in: Klie, T. (Hrsg.), Fürs Alter planen. Beiträge zur kommunale Altenplanung. Freiburg, S. 17-38.
- Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (1999), Mitwirkung in Alten- und Pflegeheimen, Heimbeiräte und Ersatzgremien - Eine Bestandaufnahme zu Mitwirkungsmodellen in Alten- und Pflegeheimen und deren Praxis in NRW, Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport (Fördernummer 64/V42A/0587, MASSKS).
- Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2004), Zusammenfassung "Wohngruppen für demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen" für Enquetekommission Pflege des Landtages in NRW, Berlin.
- Reiter, A. (2002), Generation 50 Plus – Lifestyle & Neues Wohnen, in: „Alter hat Zukunft – gerne älter werden in Tirol, Wie wohnen, wenn wir älter werden, Tagungsdokumentation vom 15. Nov. 2002, Innsbruck.
- Rothgang, H. & Vogler, A. (1998), Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen, Regensburg.
- Salzmann-Zöbeley, E. (2002), Zusammen Leben im Pflegeheim - demente und nicht demente Menschen unter einem Dach, in: Gemeinsam handeln, Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
- Saup, W. (2003), Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Bd. 2, Augsburg.
- Schmidt, R. (2002), Wohnen mit Dienstleistungsoptionen, in: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2003), Anders sein und älter werden – Leben und Schwüle im Alter, Dokumentation der Fachtagung vom 22./23. November 2002, Berlin.
- Schmidt, R. (2003), Perspektiven einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung und –sicherung, in: Schnabel, E. & Schönberg, F. (Hrsg.) Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger, Münster.
- Schneekloth, U. (1997), Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30, S. 163-172.
- Schwedisches Institut (1990), Tatsachen über Schweden - Altersversorgung in Schweden, TS 8; Ohfe, Stockholm.

- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2003), Anders sein und älter werden –
Lesben und Schwule im Alter, Dokumentation der Fachtagung vom 22./23. November
2002, Berlin.
- Seniors Commission Report (2002), A Quiet Crisis in America. A Report to Congress by the
Commission on Affordable Housing and Health Facility Needs for Seniors in the 21st
Century, Washington (www.seniorscommission.gov).
- Sowarka, D. (2000), Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen, in: Entzian, H.
(Hrsg.) Soziale Gerontologie, Mabuse Verlag, S. 69-82.
- Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) & Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
(Hrsg.), (1997), Wohnen ohne Barrieren: Hintergrundinformationen und Fakten,
Köln/Rotterdam.
- Tasiemski, T., Bergström, E. Savic, G., & Gardner, B. P. (2000), Sports, recreation and em-
ployment following spinal cord injury - a pilot study, Spinal Cord, S. 38, 173-184.
- Tschainer, S. (2002), Fachkompetenz und Nächstenliebe, in: Gemeinsam handeln,
Tagungsband des 3. Kongresses der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
- Wallrafen-Dreisow, H. u. a. (1995), Vom Pflegeheim zum Altenwohnhaus, Frankfurt/M.
- Weeber, R. & Hörnle, G. (1998), Barrierefreies Wohnen für ältere Menschen, insbesondere
mit Blick auf Wohngemeinschaften, Expertise im Auftrag der
Sachverständigenkommission "2. Altenbericht der Bundesregierung", Stuttgart.
- Wendt, W. R. (1997), Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen - Eine
Einführung, Freiburg.
- Winter, H.-P.; Gennrich, R. & Haß, P. (2002), KDA-Hausgemeinschaften – eine
Dokumentation von 34 Projekten, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln.
- Ziesche, F. & Epp, G. (2002), Stimmen die Verträge?, Altenheim, 05/2002, S. 33 ff.

Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf eines Präventionsgesetzes

Abkürzungen der Organisationen und Personen, deren Stellungnahmen in die Synopse eingearbeitet sind:

APK	- Aktion Psychisch Kranke
BAGW	- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BfGe	- Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.
BkSpi	- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
BpTK	- Bundespsychotherapeutenkammer
BAGH	- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BVÖGD	- Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
DAG SHG	- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
DGVT	- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
DHS	- Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V.
DPR	- Deutscher Pflegerat
Fink	- Ulf Fink/Büro für Gesundheit und Prävention
Froboese	- Prof. Dr. Ingo Froboese (Leiter des Zentrums für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln)
Gesundheit Berlin	- Gesundheit Berlin e.V./Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
KBV	- Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kolip	- Prof. Dr. Petra Kolip, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen
KZBV	- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Rosenbrock	- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung)
SpiK	- Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung
VDR/BfA	- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
Artikel 1 Bundespräventionsgesetz (BPrävG)					
Erster Abschnitt Allgemeine Regelungen					
1	Zweck des Gesetzes		<u>BAGFW:</u> Anliegen der Prävention muss es auch sein, den Eintritt einer Behinderung		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			einschließlich einer chronischen Krankheit zu verhindern. Dieser Sachverhalt ist durchgängig zu beachten		
2	Gesundheitliche Prävention	Definition von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention sowie der Gesundheitsförderung.			
3	Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention	<p>Im § 3 werden Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention definiert. Als Maßnahmen der sekundären Prävention werden neben Früherkennungsuntersuchungen auch „die Aufklärung und Beratung bezüglich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen“ genannt.</p> <p>„Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen.“</p>	<p><u>SpiK:</u> Früherkennungsuntersuchungen enthalten neben ihrem potenziellen Nutzen immer auch einen potenziellen Schaden.</p> <p><u>BfGe:</u> Das Zusammenspiel von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention wird nicht thematisiert.</p> <p><u>DGVT:</u> Bei den Maßnahmen zur primären Prävention fehlt die Verhältnisprävention.</p> <p><u>BAGH:</u> Im Gesetzestext wird hervorgehoben, dass die Angebote der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe eine wichtige Maßnahme im Bereich der tertiären Prävention sind. Ergänzend ist hinzuzufügen, dass die Beratungs- und Aufklärungsangebote der Selbsthilfe ebenfalls den Bereich der primären und der sekundären Prävention betreffen können (Beratungsangebote der Eltern chronisch kranker Kinder und Jugendlicher)</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Aufklärung des Versicherten bezüglich Früherkennungsuntersuchungen sollte auch „deren potenziellen Nutzen sowie Schaden“ umfassen.</p>	
4	Vorrang von				

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
	gesundheitlicher Prävention				
5	Eigenverantwortung				
6	Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern	<p>In § 6 werden die Verantwortlichkeiten von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern zur gesundheitlichen Prävention umschrieben.</p> <p>In Absatz 3 ist vorgesehen, dass sich die sozialen Präventionsträger regelmäßig mit den in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über regionale Erfordernisse der Prävention abzustimmen haben.</p>	<p><u>SpiK:</u> Finanzielle Beiträge von Bund und Ländern sowie deren Fortentwicklung zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung werden nicht erkennbar. Ein reines Leistungsgesetz für die Träger der Sozialversicherung lehnen die Spitzenverbände ab.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Die Aufträge und die Beiträge der Sozialversicherungen (§ 23) und die der Länder (§§ 17-18) werden konkretisiert, während die Konkretisierung entsprechender Zuwendungen des Bundes fehlt.</p> <p><u>SpiK:</u> Diese Regelung wird abgelehnt. Bezüglich der Leistungen der Sekundär- und Tertiärprävention sowie für die Verhaltensprävention wird kein besonderer Abstimmungsbedarf mit den Ländern gesehen. Die Abstimmung im Bereich der lebensweltbezogenen Prävention wird umfassend in den Rahmenvereinbarungen nach § 18 geregelt.</p> <p><u>Gesundheit Berlin:</u> In die Abstimmungen sollten die Wohlfahrtsverbände und die Netzwerkorganisationen der Gesundheitsförderung einbezogen werden. Dies ist wichtig, um den</p>	<p><u>SpiK:</u> „Bund und Länder verausgaben jährlich für die Belange der gesundheitlichen Prävention mindestens die Mittel, die sie 2004 hierfür aufgewendet haben. Die Mittel werden jährlich entsprechend der Steigerungsrate der Aufwendungen der sozialen Präventionsträger fortentwickelt.“</p> <p><u>SpiK:</u> § 6 Abs. 3 wird ersatzlos gestrichen.</p> <p>In § 6 Abs. 3 werden die gesellschaftlichen Gruppen und Netzwerkorganisationen der Gesundheitsförderung als Akteure aufgenommen.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>partizipatorischen und zivilgesellschaftlichen Charakter der Gesundheitsförderung herauszustellen.</p> <p><u>BkSpi:</u> Generell sollte sichergestellt sein, dass die Entscheidung über die Präventionsprogramme von den in den Kommunen zu benennenden Stellen unter Einbindung des ÖGD erfolgt und nicht die Landesebene der kommunalen Ebene Festlegungen vorgibt (gilt auch für § 18).</p>		
7	Soziale Präventionsträger	Soziale Präventionsträger können sein die gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), die Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) und die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung.	<p><u>SpiK:</u> Arbeitslose haben erhöhte Krankenrisiken und auch Privatversicherte profitieren von der Präventionsförderung. Die ALV und die PKV sollten deshalb in das Präventionsgesetz einbezogen werden.</p> <p><u>SpiK:</u> Für allgemeine bevölkerungsbezogene Aufklärungsmaßnahmen ist primär die öffentliche Hand verantwortlich. Es ist zu gewährleisten, dass sich die Aufklärungsmaßnahmen der Stiftung auf primärpräventive Projekte auf Bundes- und Landesebene beziehen. Aufklärungsmaßnahmen der Stiftung für sekundäre und tertiäre Prävention werden abgelehnt.</p>		
8	Vorbehalt abweichender Regelungen	Die Zuständigkeiten für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention richten sich nach den für	<p><u>KBV:</u> Es ist zu befürchten, dass wegen bestehender Abgrenzungsfragen gut</p>		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		die jeweiligen sozialen Präventionsträger geltenden Leistungsgesetzen. Sozialleistungsträger, die nicht soziale Präventionsträger sind, erbringen Präventionsleistungen nach den für sie geltenden Vorschriften.	funktionierende Präventionsmaßnahmen künftig nicht mehr durchgeführt werden. <u>APS:</u> Es ist noch deutlicher herauszustreichen, dass die im Präventionsgesetz aufgeführten Leistungen nicht die gesetzlichen Verpflichtungen der Länder und Kommunen berühren, die sich aus den SGB II, VIII, IX, XII und Ländergesetzen ergeben.		
Zweiter Abschnitt Informationsgrundlagen für gesundheitliche Prävention					
9	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	Als eine Grundlage zur Planung und Bewertung von Präventionsinstrumenten erstellt das Robert-Koch-Institut (RKI) in Abständen Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (Abs. 1). Die Berichte werden in Abständen von sieben Jahren erstellt, erstmals zum 1. Juli 2011 (Abs. 3). Zu den Inhalten gehören die Verbreitung von Krankheiten, die Erfassung der Verteilung auf bestimmte Bevölkerungsgruppen, die Bedeutung für die Gesundheit und die ökonomische Bedeutung. Dazu gehören Prognosen über die mögliche Beeinflussung durch Präventionsmaßnahmen und Angaben über den messbaren Erfolg eingeleiteter oder durchgeführter Präventionsmaßnahmen (Begründung).	<u>SpiK:</u> Auf Grund der anhaltenden Diskussion in einigen Ländern über die Fortführung bzw. Einrichtung von Krebsregistern sollte ausdrücklich auf die diesbezügliche Verantwortung der Länder verwiesen werden. <u>Bundesärztekammer:</u> Der 7-Jahres-Abstand ist zu lang, um rechtzeitig Fehlentwicklungen entgegensteuern zu können. <u>BfGe:</u> Der Zeitraum für die Erstellung der Gesundheitsberichte sollte fünf Jahre nicht überschreiten. <u>BAGH:</u> Die Erfahrungen der Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen sollten als Erkenntnisquelle herangezogen werden.	<u>SpiK:</u> „Als eine Grundlage für Planung und Bewertung von Instrumenten zur gesundheitlichen Prävention (...) erstellt das Robert-Koch-Institut (...) sowie von Daten der Länder <u>unter Einbezug der epidemiologischen Krebsregister, Kommunen und der Bundeszentralen für gesundheitliche Aufklärung</u> Berichte zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung (Gesundheitsberichte).“	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p><u>Gesundheit Berlin:</u> Die Berichte sollten stärker sozialepidemologisch ausgerichtet werden und auch die Determinanten von Gesundheit zu berücksichtigen</p> <p><u>Kolip:</u> Die Gesundheitsberichterstattung muss gendersensibel erfolgen, d.h. die Daten sind nach Geschlecht aufzubereiten und müssen die Lebensbedingungen von Frauen und Männern berücksichtigen.</p> <p><u>BVÖGD:</u> Da sich die Lebensbedingungen – und damit auch die gesundheitlichen Bedingungen – in Deutschland erheblich unterscheiden, kann die Formulierung von Ziele nur teilweise auf Bundesebene stattfinden. Zielformulierungen müssen auch vor Ort aufgrund lokaler Problemlagen erfolgen. Dazu ist die Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen heranzuziehen.</p>	<p><u>Gesundheit Berlin:</u> „das Robert-Koch-Institut führt regelmäßige (<u>zu streichen: bundesweite und repräsentative</u>) sozialepidemologische Erhebungen <u>und qualitative Untersuchungen</u> durch, <u>die über Präventionspotenziale und die Entwicklung der Gesundheitsdeterminanten berichten.</u>“</p> <p><u>BVÖGD:</u> „Berichte zur gesundheitlichen Situation der Länder und Kommunen gehen ergänzend in die Planung und Bewertung präventiver Maßnahmen ein.“</p>	
Dritter Abschnitt Zielorientierung und Koordinierung der primären Prävention und Gesundheitsförderung					
10	Grundsatz	Die sozialen Präventionsträger sind dafür verantwortlich, dass die Maßnahmen zur primären Prävention	Gesundheit Berlin: Der beteiligungsorientierte Ansatz soll betont werden.	„nach Gegenstand, Umfang und Ausführung koordiniert <u>unter Einbeziehung von</u>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		und Gesundheitsförderung zielorientiert und koordiniert erbracht werden.		<u>Verbänden und gesellschaftlichen Gruppen</u> erbracht werden.“	
11	Ziele und Teilziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung	<p>Der Stiftungsrat der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschließt im Benehmen mit dem Stiftungs-Kuratorium Empfehlungen zu Präventionszielen und Teilzielen. Die Empfehlungen werden mindestens im Abstand von sieben Jahren überarbeitet (Abs. 1).</p> <p>Der Stiftungsrat unterbreitet den gemeinsamen Gremien von sozialen Präventionsträgern und Ländern sowie Kommunen (vgl. § 18,1) Vorschläge zu Maßnahmen der Verhaltenprävention und der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Die Vorschläge werden im Abstand von sieben Jahren überarbeitet (Abs. 4).</p> <p>An der Vorbereitung der Empfehlungen und Vorschläge nach 11,1 und 11,4 werden die Länder, die Kommunen, die BZGA, das RKI, die Patientenbeauftragte, der Behindertenbeauftragte, die</p>	<p><u>SpiK:</u> „Empfehlungen“ zu Präventionszielen und Teilzielen sind nicht verbindlich genug.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> „Empfehlungen „ haben absehbar zu wenig Wirkung. Im Übrigen muss die Ärzteschaft an der Entscheidung über die Ziele und Teilziele der Prävention beteiligt werden.</p> <p><u>KBV:</u> Um die bestehende ärztliche Versorgung und die Präventionsmaßnahmen effektiv zu verzahnen, ist eine stärkere Beteiligung der Ärzteschaft bei der Definition der Präventionsziele erforderlich (s. a. Stn. Zur Besetzung des Kuratoriums)</p> <p><u>DGVT:</u> Die Zielbindung („Empfehlungen“) ist zu unverbindlich. Dies gilt insbesondere für die Verhältnisprävention, die in der Hand der Sozialversicherungsträger bleibt.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Es fehlt eine Konkretisierung des Beteiligungsverfahrens.</p> <p><u>BAGH:</u> Es fehlt eine ausdrückliche</p>	<p><u>SpiK:</u> Der Stiftungsrat beschließt vorrangige Ziele der primären Prävention und Gesundheitsförderung sowie Teilziele zur Konkretisierung der Präventionsziele.</p> <p><u>BVÖGD:</u> „Die bundesweiten Zielsetzungen sollen nach der lokalen Bedarfssituation auf Basis der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen spezifiziert.“</p> <p><u>BMVEL:</u> Aufnahme der „Plattform Ernährung und Bewegung e.V.“</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Drogenbeauftragte das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung sowie andere für die Prävention maßgebliche Verbände beteiligt (Abs. 5).</p> <p>Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung beschließt die Empfehlungen durch ihren Stiftungsrat im Benehmen mit dem Kuratorium. Kommt ein Beschluss nicht zustande findet ein Schiedsverfahren statt, Das Nähere zur Einrichtung der Schiedsstelle und der Organisation und Bestellung der Mitglieder wird vom BMGS bestimmt (Abs. 6).</p> <p>Bis zur erstmaligen Beschlussfassung</p>	<p>Beteiligung der Selbsthilfe an der Zielfindung.</p> <p><u>DHS:</u> Die Gesundheitsziele sollten – nach entsprechender Abstimmung – politisch festgelegt werden.</p> <p><u>Kolip:</u> Bei der Formulierung der Präventionsziele soll auch die Verteilung von Krankheiten und Risiken nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage beachtet werden. Es fehlt allerdings der Hinweis darauf, dass daraus auch zielgruppenspezifische Ziele abzuleiten sind. Die bloße Bestandsaufnahme reicht nicht. Die Präventionsziele sind hinsichtlich der Angemessenheit für beide Geschlechter zu prüfen.</p> <p><u>SpiK:</u> Diese Vorschrift ist ein Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie. Statt dessen sollte ein selbstverwaltungsnaher Konfliktlösungsmechanismus gewählt werden.</p> <p><u>SpiK:</u></p>	<p><u>Kolip:</u> Angeregt wird vor Beschlussfassung einen Gender Mainstreaming-Prozess einzuleiten.</p> <p><u>SpiK:</u> Einrichtung einer selbstverwaltungsnahen Schiedsstelle analog § 89 SGB V (Schiedsamt für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung bestehend aus Vertretern der Kassen und der Ärzteschaft) oder § 76 SGB XI (Schiedsstelle bestehend aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen).</p> <p><u>SpiK:</u></p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>über Ziele und Teilziele gelten die Vorschläge des Abschlussberichtes von gesundheitsziele.de (Abs. 7).</p> <p><i>Dort sind folgende Ziele formuliert:</i></p> <p>(a) <i>Diabetes Mellitus 2:d Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen;</i></p> <p>(b) <i>Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen;</i></p> <p>(c) <i>Tabakkonsum reduzieren;</i></p> <p>(d) <i>Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung;</i></p> <p>(e) <i>Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken.</i></p>	<p>Die Spitzenverbände der GKV haben unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen (Beratende Kommission besetzt u. a. mit Vertretern von Bund, Ländern, BzGA, Sachverständigenrat) einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V erarbeitet. Auf die sollte zurückgegriffen werden.</p> <p><u>BfGe:</u> Diese Übergangsregelung ist problematisch, da damit das in den letzten Jahren bearbeitete Thema „gesund altern“ von der Agenda genommen würde.</p> <p><u>Froboese:</u> Die von gesundheitsziele.de formulierten Präventionsziele lassen sich nicht nur mit Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung erreichen.</p> <p><u>BPtK:</u> Die Präventionsziele von gesundheitsziele.de (Bewegung, Ernährung und Stress) berücksichtigen nicht stark genug die psychische Gesundheit von Kindern.</p> <p><u>BAGH:</u> Die Themenpriorisierung bei gesundheitsziele.de erfolgte nicht vor dem Hintergrund einer nationalen Präventionspolitik, sondern musste den beschränkten Ressourcen eines</p>	<p>„Bis zur erstmaligen Beschlussfassung gelten die Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.“</p> <p><u>BPtK:</u> Die Bundesstiftung formuliert bis zum 01.01.2006 neue Präventionsziele für Kinder und Jugendliche.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>Modellprojekts Rechnung tragen. Damit besteht die Gefahr, dass bei der Zielbestimmung die gebotene Themenvielfalt nicht hinreichend berücksichtigt wird. Stattdessen sollte das Forum Prävention und Gesundheitsförderung damit beauftragt werden, kurzfristig die vorhandenen Expertisen auszuwerten und einen Zielkatalog vorzulegen.</p>		
12	Präventionsprogramme	<p>Die Stiftung und die gemeinsamen Gremien von sozialen Präventionsträgern und Ländern sowie Kommunen (vgl. § 18,1) beschließen unter Einbeziehung ärztlichen und anderen fachspezifischen Sachverständes auf Landesebene Präventionsprogramme zur Umsetzung der Präventionsziele und ihrer Teilziele (Abs. 1).</p> <p>Die Entscheidungsgremien nach § 18,1 können die Präventionsziele und Teilziele um weitere Ziele und Teilziele ergänzen soweit in ihrem Verantwortungsbereich besondere Bedarfslagen für Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung bestehen (Abs. 3)</p>	<p><u>SpiK:</u> In der Stiftung ist bereits durch die Beteiligung der Bundesärztekammer innerhalb des Kuratoriums eine Einbeziehung ärztlichen Sachverständes in die Programmentwicklung gewährleistet. Statt dessen sollte – wie bereits derzeit in § 20 Abs. SGB V geregelt – die Beteiligung „unabhängigen“ Sachverständes vorgesehen werden.</p> <p><u>KBV:</u> Die Einbeziehung ärztlichen Sachverständs ist für die Effektivität der Präventionsprogramme unverzichtbar.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Das Verfahren der Einbeziehung ist nicht konkretisiert.</p> <p><u>SpiK:</u> Hierdurch wird die zielbezogene Stärkung der Prävention geschwächt.</p> <p><u>BAGH:</u> Durch die Zielfindungsprozesse auf</p>	<p><u>SpiK:</u> Abs. 3 wird ersatzlos gestrichen.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>Länderebene besteht die Gefahr der Zersplitterung der Präventionspolitik</p> <p><u>Rosenbrock:</u> Es fehlt an einer geeigneten Verklammerung von Bundesstiftung, Entscheidungsgremien auf Landesebene und einzelnen Sozialversicherungsträgern. Es existieren zu viele Ausweichmöglichkeiten.</p>		
Vierter Abschnitt Gesundheitliche Aufklärung					
13	Gemeinsame Verantwortung für gesundheitliche Aufklärung	Die BZGA und die Stiftung führen Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung durch.			
14	Zuständigkeiten	<p>Die BZGA beteiligt sich an den Maßnahmen in dem im BzGA-Errichtungsgesetz festgelegten Umfang.</p> <p>Die sozialen Präventionsträger nehmen ihre Verantwortung für die gesundheitliche Aufklärung über die Stiftung wahr.</p>	<p><u>SpiK:</u> Den sozialen Präventionsträgern werden umfassende Zuständigkeiten für die gesundheitliche Aufklärung in allen Bereichen der Prävention zugewiesen. Die BZGA dagegen ist auf gesetzlich festgelegte Bereiche beschränkt. Aus Sicht der Spitzenverbände sind von der Stiftung ausschließlich versichertenbezogene, die Projekte auf Bundes- und Landesebene begleitende Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung in Teilfinanzierung zu finanzieren. Ihre Beteiligung an Aufklärungsmaßnahmen zur sekundären und tertiären Prävention wird abgelehnt.</p>		
Fünfter Abschnitt Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung					
15	Verhaltensprävention	Soziale Präventionsträger führen eigenverantwortlich Maßnahmen der Verhaltensprävention durch.	<p><u>SpiK:</u> Die Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Träger sind nicht klar voneinander abgegrenzt. Die sozialen</p>	<p><u>SpiK:</u> „Die Spitzenverbände der sozialen Präventionsträger verständigen sich hierzu</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Die sozialen Präventionsträger erbringen bei vergleichbaren Anlässen vergleichbare Leistungen. Bei gleichem Anlass sollen die Leistungen nach Handlungsfeldern sowie nach Kriterien für Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik einheitlich sein. Dabei beziehen die sozialen Präventionsträger den ärztlichen</p>	<p>Präventionsträger sollten die Auflage erhalten, eindeutige Abgrenzungskriterien miteinander zu vereinbaren.</p> <p><u>Fink:</u> Abgrenzungs- und Schnittstellenprobleme sind zu erwarten.</p> <p><u>Kolip:</u> Es fehlt der Hinweis darauf, dass auch Maßnahmen der Verhaltenprävention geschlechtersensibel zu entwickeln und zu implementieren sind. Dies betrifft die Zielgruppen, Zugangswege, Inhalte und Methodik.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Lebenschancen“ wird nicht als Ziel der Leistungen genannt. Eine Ausrichtung der verhaltenspräventiven Leistungen auf gute Risiken sollte aber vermieden werden</p> <p><u>SpiK:</u> Im Rahmen der Verhaltensprävention spielen psychologische und pädagogische Kompetenzen und weniger biomedizinische Kompetenzen eine Schlüsselrolle. Eine Beschränkung auf ärztlichen Sachverstand ist deshalb nicht sachgerecht.</p>	<p>insbesondere bezüglich Zuständigkeit, Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen mit Wirkung für ihre Mitglieder.“</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> „Dabei richten sie ihre Leistungen an den in § 3 formulierten Grundsätzen aus.“</p> <p><u>SpiK:</u> Einbeziehung unabhängigen</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		Sachverstand der Bundesärztekammer ein. (Abs. 3)	<p><u>Bundesärztekammer:</u> Die bisher von der GKV erbrachten verhaltenspräventiven Leistungen werden „in ihrer Mehrzahl“ nicht zielgruppengerecht genutzt. Die Einbeziehung der Ärzteschaft kann deshalb nicht auf allgemeine Fragen beschränkt werden, sondern muss auch im Bereich der unmittelbaren Leistungserbringung erfolgen.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Regelung sieht vor, dass die Leistungen zur Verhältnisprävention „einheitlich erbracht werden“. Kreativität und Innovation bei den einzelnen Präventionsträgern werden hierdurch behindert. Die Regelung ist deshalb auf gemeinsame und einheitliche Kriterien zu beschränken.</p>	<p>Sachverstands.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> „und bei im Einzelfall bereits bestehenden Erkrankungsrisiken nach ärztlicher Rücksprache erbracht werden.“</p> <p><u>SpiK:</u> „und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes sicher, dass sie den gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien insbesondere hinsichtlich Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik entsprechen.“</p>	
16	Ärztlich erbrachte und veranlasste Leistungen	Die sozialen Präventionsträger erbringen Leistungen zur primären Prävention durch Ärztinnen und Ärzte oder auf ärztliche Veranlassung, wenn die Leistungen nur unter ärztlicher Beteiligung erbracht werden können oder ihre Bewilligung eine ärztliche Begutachtung erfordert.	<p><u>SpiK:</u> Leistungen der primären Prävention bedürfen keiner ärztlichen Begutachtung, da sie sich an gesunde Versicherte richten.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Um eine zielgruppen- und</p>		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			indikationsgenaue Zuweisung von Versicherten in die verhaltenspräventiven Angebote zu gewährleisten, sollte auch für andere primärpräventive Leistungen eine vorherige ärztliche Begutachtung des Versicherten sichergestellt werden.		
17	Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	<p>Die sozialen Präventionsträger erbringen im Zusammenwirken mit den für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern und Kommunen zuständigen Stellen gemeinsam und einheitlich Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Setting-Maßnahmen/der Begriff wird im Gesetzesentwurf nicht verwendet) (17,1).</p> <p>Lebenswelten sind „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Arbeitens, Lernens, der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und des Spielens“ (Abs. 2).</p>	<p><u>VDR/BfA:</u> Rentenversicherungsbeiträge würden für Präventionsmaßnahmen verwendet, die entgegen der Zweckbindung der Beiträge, nicht nur den Rentenversicherten zugute kommen.</p> <p><u>Fink:</u> Die vorgesehenen Regelungen verstoßen gegen die strikte Trennung von Selbstverwaltung und Staat.</p> <p><u>BAGFW:</u> Der Begriff „Träger von Lebenswelten“ ist rechtlich unbestimmt. Das wird in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten führen. So können z. B. Heime unter dem Begriff der Lebenswelt des „Wohnens“ subsumiert werden, was dann die Frage aufwirft, ob dann die Gemeinden zum zuständigen und anspruchsberechtigten Träger werden.</p>	<p><u>Fink:</u> Die Entscheidungshoheit über die Mittelvergabe muss bei den Sozialversicherungsträgern bleiben und darf nicht einem heterogen zusammengesetzten „Entscheidungsgremium“ überantwortet werden.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Die im Begründungstext aufgeführten „Senioreneinrichtungen, stationäre Pflegeeinrichtungen und Wohnheime sowie Krankenhäuser“ sollten in den Gesetzestext integriert und um das Setting „Arztpraxen“ erweitert werden.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen können erbracht werden, wenn die Beteiligung der Betroffenen sichergestellt ist, die Bereitschaft des Trägers der Lebenswelt zur Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen besteht und er einen angemessenen Eigenanteil für die Leistung übernimmt, der auch in Form von Sach- oder Personalmitteln erbracht werden kann (Abs. 4).</p> <p>.</p> <p>Soziale Präventionsträger können zeitlich befristet eigenverantwortliche Leistungen erbringen. Voraussetzung ist die Zustimmung des Entscheidungsgremiums nach § 18 Abs. 1. (Abs. 6)</p> <p>Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung kann sich an</p>	<p><u>BVÖGD:</u> Die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit sollte besonders herausgestellt werden.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Formulierung „angemessener Eigenanteil“ führt zu Rechtsunsicherheiten.</p> <p><u>SpiK:</u> Das bei den sozialen Präventionsträgern vorhandene Know-How sollte in die Lebenswelt-Projekte eingebracht werden können. Das sollte unter Anrechnung der damit verbundenen Kosten ermöglicht werden. Deshalb sollte ein zusätzlicher Abs. 4a eingefügt werden.</p> <p><u>SpiK:</u> Die eigenverantwortliche Erbringung – gemeinsam und einheitlich beschlossener – lebensweltbezogener Präventionsmaßnahmen durch einzelne Präventionsträger ist generell und nicht nur zeitlich befristet zu ermöglichen.</p>	<p><u>BVÖGD:</u> „Lebenswelten mit einem überdurchschnittlichen Anteil sozial und gesundheitlich benachteiligter Personen sind bei der Förderung bevorzugt zu berücksichtigen.“</p> <p><u>SpiK:</u> „in Höhe von mindestens 30 vom Hundert der Gesamtkosten“</p> <p><u>SpiK:</u> „Personal und Sachaufwendungen, die sozialen Präventionsträger im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zusätzlich aufbringen, sind auf die aufzubringenden Mittel anzurechnen.“</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen beteiligen oder im Einvernehmen mit den Entscheidungsgremien nach § 18 eigene Maßnahmen durchführen (Abs. 7).			
18	Organisation der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	Zur Durchführung der lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen schließen die sozialen Präventionsträger mit den in den Ländern zuständigen Stellen auf Landesebene gemeinsame Rahmenvereinbarungen ab. Darin ist u. a. die Bildung eines gemeinsamen Gremiums zu regeln, das insbesondere über die Zielbildung und die Mittelverwendung zu entscheiden hat. Kommt es innerhalb eines Mindestzeitraums nicht zum Abschluss einer gemeinsamen Rahmenvereinbarung tritt die Landesregierung in Ersatzvornahme.	<p><u>VDR/BfA:</u> Durch die Ersatzvornahmeregulung wird den Ländern die Entscheidungshoheit über den Inhalt der Rahmenvereinbarungen und damit auch über die Verwendung der Beitragsmittel gegeben. Die Finanz- und Entscheidungshoheit muss aber in der Hand der Sozialversicherungsträger bleiben,</p> <p><u>SpiK:</u> Es ist erforderlich, die vorgesehenen Mindestinhalte der Rahmenvereinbarungen (Besetzung, Entscheidungshoheit, Mittelverwaltung) zu konkretisieren.</p> <p><u>BAGH:</u> Problematisch ist das Recht zur Ersatzvornahme einer Rahmenvereinbarung durch die Landesregierung. Hier besteht die Gefahr, dass Verschiebebahnhöfe entstehen. Zudem ist die Patientenbeteiligung vorzusehen</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Zusammensetzung des gemeinsamen Entscheidungsgremiums und die Stimmberechtigung hat sich am Umfang der jeweils aufgebrachten Finanzierungsmittel auszurichten. Dabei ist sicherzustellen, dass keine Entscheidungen gegen das Votum der sozialen Präventionsträger getroffen werden können.</p> <p><u>BfGe:</u> Als „zuständige Stellen“ sollten zumindest im Begründungsteil die</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
				Landesvereinigungen für Gesundheit aufgeführt werden.	
19	Ausführung von Leistungen	Leistungen zur Verhaltensprävention und lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen können „unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freigemeinnützigen oder privaten Einrichtungen und Diensten ausgeführt werden. (...) Die sozialen Präventionsträger bleiben für die Ausführung der Leistungen verantwortlich“ (Abs. 3).			
20	Wirksamkeit und Qualitätssicherung	Leistungen zur Verhaltensprävention dürfen nur erbracht oder gewährt werden, wenn deren Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist. Ist dies noch nicht der Fall, können Leistungsträger und Leistungserbringer vertraglich festlegen, dass die Wirksamkeit auf Kosten des Leistungserbringers innerhalb einer angemessenen Frist begleitend nachzuweisen ist. Lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen dürfen nur erbracht oder gewährt werden, wenn vorab der Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts einschließlich eines Konzepts zum Qualitätsmanagement geführt wird (Abs. 1).	<p><u>SpiK:</u> Klarzustellen ist, dass die Kosten des Wirksamkeitsnachweis nicht förderfähig sind.</p> <p><u>BPtK:</u> Offen bleibt, wie die Finanzmittel für die Evaluation aufzubringen sind.</p> <p><u>Kolip:</u> Es fehlt der Hinweis darauf, dass in der Evaluation und im Qualitätsmanagement die Geschlechterperspektive zu berücksichtigen ist.</p> <p><u>Rosenbrock:</u> Die vorgesehene Regelung, dass der Leistungserbringer die Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen zu finanzieren hat, ist nicht einsichtig und verringert die Einflussmöglichkeiten der sozialen Präventionsträger. Um einheitliche Standards und eine hohe „Qualität der Qualitätssicherung“ zu</p>	<p><u>BPtK:</u> Die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung sollte Bundesmittel für die Evaluation von Präventionsprogrammen erhalten (Position wird von Kolip geteilt).</p> <p><u>Rosenbrock:</u> „Ist die Wirksamkeit nicht ausreichend nachgewiesen, soll zwischen dem Leistungsträger und dem Erbringer der Leistung vertraglich festgelegt werden, dass sie innerhalb</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Der Stiftungsrat beschließt Empfehlungen zu Qualitätsstandards zu Leistungen der Verhaltensprävention (20,3). Die Qualitätsstandards werden in Abständen von fünf Jahren überprüft (20,5).</p> <p>Die Stiftung und die gemeinsamen Entscheidungsgremien nach § 18 veranlassen gemeinsam stichprobenhafte Qualitätskontrollen von Präventionsmaßnahmen (Abs. 4).</p>	<p>gewährleisten, muss ihre Gestaltung im Einflussbereich der sozialen Präventionsträger liegen..</p> <p><u>SpiK:</u> „Empfehlungen“ sind nicht verbindlich genug.</p>	<p>einer angemessenen Frist begleitend nachzuholen ist...“</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um die Wirksamkeit und Qualität der vorgesehenen Leistungen zu gewährleisten, sollte auch der ärztliche Sachverstand gehören.</p> <p><u>SpiK:</u> „beschließt Anforderungen und Kriterien“</p>	
Sechster Abschnitt Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention					
21	Grundsätze	Die sozialen Präventionsträger und ihre Verbände können einzeln oder gemeinsam Modellvorhaben durchführen (Abs. 1).	<p><u>BfGe:</u> Als Partner der sozialen Präventionsträger bei den Modellvorhaben sollten nicht zu die Gesundheitsbehörden oder die Sozialhilfeträger herausgestellt werden, sondern auch die zahlreichen nicht-staatlichen Träger und Anbieter von Präventionsleistungen.</p>		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p><u>SpiK:</u> Es ist klarzustellen, dass sich die Modellvorhaben auf die primäre Prävention und Gesundheitsförderung beziehen.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Modellprojekte sollten auf Fragestellungen beschränkt werden, die bei positiven Ergebnissen eine realistische Aussicht auf eine dauerhafte und flächendeckende Umsetzung haben. Es gilt einer „Kultur der Modellprojekte“ entgegenzuwirken.</p>		
22	Mitwirkung der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung	Die Stiftung kann Modellvorhaben mit bundesweiter Bedeutung selbst durchführen, sich an ihrer Durchführung beteiligen oder fördern. Darüber hinaus hat die Stiftung die Aufgabe, die gegenseitige Information der Maßnahmenträger sicherzustellen			
Siebter Abschnitt Umfang und Verteilung der Mittel					
23	Aufbringung und Verteilung der Mittel für primäre Prävention und Gesundheitsförderung	<p><u>Ab 2008:</u></p> <p>Verhaltensprävention: GRV: 16 Mio. € GPV: 4 Mio. € GKV: 72 Mio. € <u>GUV: 8 Mio. €</u> = 100 Mio. €</p> <p>Lebensweltbezogene Maßnahmen: GKV: 72 Mio. € GRV: 16 Mio. € GUV: 8 Mio. € <u>GPV: 4 Mio. €</u> = 100 Mio. €</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Finanzausstattung auf Bundes- und Landesebene mit 150 Mio. € ist deutlich überhöht.</p> <p><u>VDR/BfA:</u> In der Begründung des GE wird ausgeführt, dass die Mehraufwendungen der GRV über Einsparungen bei den Rehabilitationsleistungen zu finanzieren sind. Dem steht der wachsende Bedarf an Reha-Leistungen infolge der demografischen Entwicklung, der</p>	<p><u>SpiK:</u> <u>Ab 2006:</u></p> <p>Verhaltensprävention GRV: 16 Mio. € GPV: 8 Mio. € GKV: 144 Mio. € <u>GUV: 8 Mio. €</u> = 176 Mio. €</p> <p>Lebensweltbezogene Maßnahmen: GKV: 27 Mio. € GRV: 16 Mio. € GUV: 8 Mio. €</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Zuwendungen für die Stiftung: GKV: 36 Mio. € GRV: 8 Mio. € GUV: 4 Mio. € <u>GPV: 2 Mio. €</u> = 50 Mio. €</p>	<p>angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit und der zunehmenden Chronifizierung von Krankheiten gegenüber. Dazu kommen Ausgabensteigerungen infolge der Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises durch Hartz IV.</p> <p><u>BAGFW:</u> Die Gegenfinanzierung der Präventionsleistungen durch Reduzierungen bei Reha-Maßnahmen und in der Pflege wird entschieden abgelehnt.</p> <p><u>Rosenbrock:</u> Eine Finanzierung aus Beitragsmitteln der Sozialversicherungen ist akzeptabel, da sie Sozialversicherungsträger als Parafisci zur Erfüllung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben herangezogen werden können. Die Lösung über die Sozialversicherungsträger ist allerdings ordnungspolitisch nur dann logisch, wenn auch die Arbeitslosenversicherung einbezogen wird.</p> <p><u>KZBV:</u> Die Höhe der vorgesehenen Finanzmittel ist zu niedrig. Allein für die zahmedizinische Individualprophylaxe gesetzlich versicherter Kinder und Jugendlicher in den alten Bundesländern wurden in</p>	<p><u>GPV: 1,5 Mio. €</u> = 52,5 Mio. €</p> <p>Zuwendungen für Stiftung: GKV: 9 Mio. € GRV: 8 Mio. € GUV: 4 Mio. € <u>GPV: 0,5 Mio. €</u> = 22,5 Mio. €</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Die Mittel werden in einer Übergangsfrist bis zum 31.12. 2007 stufenweise auf das vorgeschriebene Niveau gebracht (Abs. 5).</p>	<p>2003 etwa 326 Mio. € ausgegeben.</p> <p><u>SpiK:</u> Das automatische Anwachsen der Beträge legt die Anwachsstufen ohne ergebnis- und kriteriengestützte Wirksamkeitsprüfung sowie ohne nachgewiesenen Bedarf schematisch fest.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Da Gesundheitsförderung und Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, müssen zur Bewältigung dieser Aufgaben auch regelhaft staatliche Finanzmittel einbezogen werden.</p>	<p><u>SpiK:</u> Über ein Aufwachsen der zu leistenden Beträge für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen und „Über ein Aufwachsen der Zuwendungen an die Stiftung bzw. über eine Reduzierung des Betrags für die Verhaltensprävention ist auf Grundlage der von der Stiftung zu formulierenden Kriterien ergebnisorientiert zu entscheiden.“ (Abs. 5)</p>	
24	Verwendung nicht abgerufener Mittel	<p>Von einem sozialen Präventionsträger nicht abgerufene Mittel für die Verhaltensprävention oder die Stiftung werden im Folgejahr zusätzlich für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen verwendet (Abs. 1).</p> <p>Von einem sozialen Präventionsträger nicht genutzte Mittel für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen werden im Folgejahr zusätzlich für entsprechende</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Regelung greift unzulässig in Selbstverwaltungskompetenzen ein.</p>	<p><u>SpiK:</u> Die nicht genutzten Finanzmittel werden vom Präventionsträger zusätzlich für lebensweltbezogene</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		Leistungen auf Länderebene bereitgestellt (Abs. 2).		Präventionsleistungen verwandt oder können von ihm für Leistungen auf Länderebene zur Verfügung gestellt werden.	
Achter Abschnitt Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention					
25	Berichterstattung der sozialen Präventionsträger und der für Prävention und Gesundheitsförderung in den Ländern zuständigen Stellen				
26	Präventionsbericht	<p>Die Bundesregierung legt dem Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen Präventionsbericht vor. (Abs. 1)</p> <p>Der Bericht entsteht auf Grundlage eines Gutachtens des wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. (Abs. 2)</p>	<p><u>SpiK:</u> Der Präventionsbericht sollte auch Ausführungen dazu enthalten, inwieweit die beschlossenen Präventionsziele erreicht wurden.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Präventionsberichterstattung ist originäre Aufgabe des Bundes und sollte nicht aus Sozialversicherungsmitteln finanziert werden. Der wissenschaftliche Beirat wird aber durch die Sozialversicherungsträger finanziert. Zudem soll der Beirat die Gremien der Stiftung beraten. Diese Funktion würde durch die Beauftragung zur Berichterstattung erheblich beeinträchtigt.</p>	<p><u>SpiK:</u> „Die Bundesregierung beauftragt mit der Ausarbeitung der Berichte den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die Bundesregierung fügt dem Bericht des Sachverständigenrates eine Stellungnahme bei.“ (Abs. 2)</p>	
Artikel 2 Präventionsstiftungsgesetz (PrävStiftG)					
1	Name, Rechtsform und Sitz der Stiftung	„Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“, bundesunmittelbare Stiftung mit Sitz in Berlin.			
2	Zweck der Stiftung	<ul style="list-style-type: none"> - Beteiligung an Gesundheitlicher Aufklärung - Beteiligung an 	<p><u>Gesundheit Berlin:</u> Die Aufgabenstellung der Stiftung sollte erweitert werden hinsichtlich</p>	<p><u>Gesundheit Berlin:</u> „die anwaltschaftliche Vertretung der</p>	-

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>lebensweltbezogenen Präventionsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung und Beschluss von Qualitätsstandards - Beteiligung an der Durchführung oder Förderung von Modellvorhaben - Erarbeitung und Beschluss der Präventionsziele - Erarbeitung und Beschluss von Vorschlägen zu Präventionsmaßnahmen 	<p>der Anforderung der Ottawa-Charta (Advocacy, Setting-Ansatz, Netzwerk-Bildung)</p> <p><u>Fink:</u> Abgrenzung zwischen den Kampagnen der Stiftung und denen der BzgA nicht klar.</p>	<p>Gesundheitsinteressen der Bevölkerung (...) die Kooperation und Förderung von bundesweiten Netzwerken zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten.“</p>	
3	Stiftungsvermögen	Die Stiftung erhält jährliche Zuwendungen der beteiligten Sozialversicherungsträger. Sie ist berechtigt, Zuwendungen von dritter Seite entgegenzunehmen.			
4	Satzung	Die Satzung der Stiftung muss durch das BMGS genehmigt werden. Bei Nichtzustandekommen eines Satzungsbeschlusses des Stiftungsrates legt das BMGS den Inhalt der Satzung fest.	<p><u>SpiK:</u> Da die Stiftung eine Einrichtung der Selbstverwaltung ist, sollte auch für den Fall, dass kein Satzungsbeschluss zustande kommt, ein selbstverwaltungsnaher Konfliktlösungsmechanismus gewählt werden.</p>	<p><u>SpiK:</u> „Kommt ein Satzungsbeschluss nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 11 Abs. 6 BprävG den Inhalt der Satzung fest.“</p>	
5	Organe der Stiftung				
6	Stiftungsrat	<p>30 vom BMGS für die Amtszeit von fünf Jahren berufene Mitglieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Bundesregierung - 3 Bundesrat - 1 kommunale Spitzenverbände - 16 GKV - 4 GRV - 2 GUV - 1 GPV 	<p><u>Bundesärztekammer:</u> Die Bundesärztekammer muss im Stiftungsrat vertreten sein.</p> <p><u>BAGH:</u> Unter dem Aspekt der Patientenbeteiligung ist eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen im Stiftungsrat angezeigt.</p>		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		Das BMGS kann die Zusammensetzung des Stiftungsrats per Rechtsverordnung ändern.	<p><u>Fink:</u> Bedenklich ist, dass per Gesetz festgelegt wird, wer im Stiftungsrat Sitz und Stimme hat. Die sollte Sache der geldgebenden Stifter, also der Sozialversicherungsträger, sein.</p> <p><u>SpiK:</u> Diese Regelung entspricht nicht den Grundsätzen der Selbstverwaltung, „mindestens ist eine gesetzliche Regelung vorzusehen, dass neu hinzugetretene Stifter – auch mit den Stimmen von Bund, Ländern und Kommunen – die sozialen Präventionsträger nicht überstimmen können“.</p>	<p><u>SpiK:</u> „Der Stiftungsrat kann nach Zustimmung des Stiftungsrats erweitert werden. Hierzu bedarf es einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder.“</p>	
7	Kuratorium	<p>16 vom Stiftungsrat berufene Mitglieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung - 1 RKI - 1 BzgA - 1 BÄK - 1 DGB - 1 BDA - 2 Bundesregierung - 2 Bundesrat 	<p><u>SpiK:</u> Die Vorschlagsrechte der Bundesregierung und des Bundesrates führen zu einer doppelten Besetzung von Bund und Ländern in den Gremien der Stiftung. Aus dem gleichen Grund sind die Vorschlagsrechte von RKI und BzgA zu streichen</p> <p><u>DPR:</u> Die vorgesehene Besetzung des Stiftungsrats lässt befürchten, dass dort Fragen der Mittelverteilung einen höheren Stellenwert haben werden als die Frage ihres sinnvollen Einsatzes.</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Vorschlagsrechte von Bundesregierung, Bundesrat, RKI und BzgA werden gestrichen. Die Anzahl der Kuratoriumsmitglieder ist auf 10 anzupassen.</p> <p><u>DPR:</u> Vorgeschlagen wird, Gesundheits- und Sozialberufe und die Verbraucherorganisationen einzubeziehen. Die könnte über das Kuratorium erfolgen.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Das Kuratorium berät die Stiftung im Rahmen der ihm gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeiten und bei sonstigen Angelegenheiten von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung.“</p>	<p><u>BAGH:</u> Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die BZgA, die Bundesärztekammer, der DGB und der BDA eigene Sitze erhalten sollen, obwohl sie auch Mitglieder im Deutschen Forum sind.</p> <p><u>BfGe:</u> Die Sitzverteilung ist nicht nachvollziehbar, das Deutsche Forum erhält 7 Sitze, während weitere Beteiligte eigene Sitze erhalten, obwohl auch sie Mitglieder des Forums sind.</p> <p><u>DAG SHG:</u> Der Paradigmenwechsel zu einer eigenständigen Patientenbeteiligung sollte sich auch in der Besetzung des K. widerspiegeln.</p> <p><u>Bundesärztekammer:</u> Bundesregierung und Bundesrat sitzen sowohl im Stiftungsrat als auch im Kuratorium. Einzelne Mitglieder des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung sitzen auch im Kuratorium. Das ist sachlich nicht nachzuvollziehen.</p> <p><u>KBV:</u> Um die in § 11 Abs.1 vorgesehene Berücksichtigung der Präventionsziele in der vertragsärztlichen Versorgung</p>	<p><u>BAGH:</u> Alle 16 Sitze sollten dem Deutschen Forum zugewiesen werden, andernfalls beansprucht die BAGH ebenfalls einen Sitz.</p> <p><u>BfGe:</u> Alle 16 Sitze sollten durch das Forum besetzt werden – evtl. mit der Maßgabe, bei deren Besetzung bestimmte Arbeits-/Berufs- oder Verbandsbereiche zu berücksichtigen.</p> <p><u>DAG SHG:</u> Vorgeschlagen wird eine Vertretungsregelung analog zu der im Kuratorium des IQWiG (30 Mitglieder, 5 Vertreter von Patientorganisationen)</p> <p><u>BMVEL:</u> Das Forum Prävention und Gesundheitsförderung sollte mit 11 Mitgliedern vertreten sein, von denen mindestens 3 von Patientorganisationen benannt werden. Das Vorschlagsrecht von Bundestag und Bundesrat sollte entfallen. Bund und Länder sollten jedoch mit beratender Stimme im</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>zu gewährleisten, sollte die KBV im K. vertreten sein.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Beratungstätigkeit des Kuratoriums sollte sich ausschließlich auf die gesetzlichen Aufgaben der Stiftung begrenzen. Ein Beratungsauftrag auch für „sonstige Angelegenheiten von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung“ ist abzulehnen.</p> <p><u>Fink:</u> „Staatslastigkeit“ durch Doppelvertretung von Bund, Ländern und Kommunen</p>	<p>Kuratorium vertreten sein.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Wörter „und bei sonstigen Angelegenheiten von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung“ werden gestrichen.</p> <p><u>Fink:</u> Die gesetzte Mitgliedschaft von Bundesregierung, Bundesrat RKI und BzGA sollte gestrichen werden. Ansonsten wären auch die Sozialversicherungsträger am K. zu beteiligen</p>	
8	Vorstand	3 Mitglieder, die nicht dem Stiftungsrat angehören. Der Vorstand wird vom Stiftungsrat berufen und ist hauptamtlich tätig.	<p><u>SpiK:</u> Diese Regelung ist wegen der dadurch entstehenden Kosten nicht sachgerecht.</p>	<p><u>SpiK:</u> Der Vorstand besteht aus ehrenamtlichen Mitgliedern, zur Führung der laufenden Geschäfte bestellt er eine hauptamtliche Geschäftsführung.</p>	
9	Wissenschaftlicher Beirat	Bis zu 7 Mitglieder. Die Mitglieder werden vom Stiftungsrat im Einvernehmen mit dem BMGS bestellt.	<p><u>SpiK:</u> Mit der Stiftung wird eine gänzlich neue Struktur auf Bundesebene geschaffen. Die Arbeit der Stiftung sollte durch eine externe unabhängige Evaluation in geeigneten Zeitabständen geprüft werden.</p>	<p><u>SpiK:</u> Als neuer § 9a (Externe Evaluation) wird eingefügt: „Die Arbeit der Stiftung wird extern evaluiert. Näheres regelt die Satzung.“</p> <p><u>DAG SHG:</u></p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
				Bildung eines Patientenbeirats, der die Stiftung in Patientenangelegenheiten berät.	
10	Aufsicht-, Haushalts- und Rechnungswesen	Die Rechtsaufsicht über die Stiftung führt das BMGS (Absl 1).			
Artikel 3 BZgA-Errichtungsgesetz (BZgA-EG)					
1	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung				
2	Aufgaben der Bundeszentrale	<p>Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung und von Teilgruppen der Bevölkerung zu</p> <ul style="list-style-type: none"> - gesundheitlicher Prävention, - Suchtprävention, - Prävention von Infektionskrankheiten, insbesondere AIDS, - Blut- und Plasmaspenden nach dem Transfusionsgesetz, - Organspenden nach dem Transplantationsgesetz. <p>Darüber hinaus nimmt die BZgA Aufgaben nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz wahr.</p>			
3	Aufklärung zur gesundheitlichen Prävention	Die BZgA wirkt mit an der Aufklärung über schwerwiegende gesundheitliche Risiken und über schwerwiegende Krankheiten. Sie bezieht in ihre Aufklärungsarbeit die Präventionsziele und ihre Teilziele mit ein.	<u>Gesundheit Berlin:</u> Die Aufgabenbeschreibung sollte positiver (ressourcenorientiert) erfolgen.	„Die Bundeszentrale wirkt mit an der <u>Information der Bevölkerung über eine gesunde Lebensführung, eine gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten</u> und ...“	
4	Aufklärung zur Suchtprävention				
5	Aufklärung zur Prävention von Infektionskrankheiten	Die BZgA ist insbesondere auf dem Gebiet der AIDS-Prävention tätig.			

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
6	Umfang der Tätigkeit, Zielsetzung, Qualitätssicherung				
7	Forschung	Die BZgA kann Forschung betreiben insbesondere zur <ul style="list-style-type: none"> - Wirkung gesundheitlicher Aufklärung, - Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen; - Neuer Entwicklungen gesundheitsrelevanten Verhaltens, - Weiterentwicklung der gesundheitlichen Aufklärung. 			
8	Wissenschaftlicher Beirat	Bei der BZgA wird ein wissenschaftlicher Beirat eingerichtet.			
9	Aufgabendurchführung	Die BZgA wird vom BMGS oder vom BMFSFJ beauftragt.	<u>BMVEL:</u> Auch das BMVEL sollte die Möglichkeit erhalten, die BZgA zu beauftragen, da bei den Aufgaben der BzGA auch die Zuständigkeit des BMVEL im Bereich der Ernährung beführt ist.	<u>BMVEL</u> „Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft“ wird eingefügt.	
10	Zusammenarbeit	Die BZgA arbeitet zusammen mit den zuständigen Einrichtungen des Bundes, der Länder, den Sozialversicherungsträgern, privaten Trägern und wissenschaftlichen Stellen sowie ausländischen und internationalen Stellen.	<u>Gesundheit Berlin:</u> Statt der Bezeichnung „private Träger“ sollte die BZgA zur Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisation verpflichtet werden. <u>BfGe:</u> Um Schnittstellenprobleme zwischen der BZgA und der Stiftung bzw. dem Deutschen Forum zu vermeiden, sollten die Aufgaben voneinander unterschieden werden.	„Wohlfahrtsverbänden, Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Netzwerken der Gesundheitsförderung...“	
11	Aufträge Dritter	Die BZgA kann im Auftrag der Stiftung gesundheitliche			

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		Aufklärungsmaßnahmen durchführen sowie die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungskonzepten übernehmen (Abs. 1).			
12	Fachaufsicht	BMGS			
Artikel 4 Änderung des SGB I Artikel 5 Änderung des SGB IV Artikel 6 Änderung des SGB V					
20	Verhaltensprävention	<p>Die Krankenkassen sollen Leistungen der Verhaltensprävention erbringen (Abs. 1).</p> <p>Leistungen der Verhaltensprävention werden nicht für Versicherte erbracht, die entsprechende Leistungen von einem anderen Präventionsträger oder als Bestandteil ihrer Krankenbehandlung erhalten (Abs. 3).</p>	<p><u>Bundesärztekammer:</u> Die „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Lebenschancen“ wird nicht mehr als Ziel der Leistungen genannt. Eine Ausrichtung der verhaltenspräventiven Leistungen auf gute Risiken sollte aber vermieden werden</p>		
20a	Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	Die Krankenkassen erbringen lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen.			
20b	Betriebliche Gesundheitsförderung	<p>Die Krankenkassen können Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erbringen. (Abs. 1)</p> <p>Die Krankenkassen sollen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammenarbeiten. (Abs. 3)</p>	<p><u>SpiK:</u> Die Eigenständigkeit der Krankenkassen im Handlungsfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollte klargestellt werden.</p> <p><u>SpiK:</u> Ein kassenartenübergreifendes Vorgehen kann insbesondere in Betrieben sinnvoll sein, deren Mitarbeiter/innen unterschiedlichen Krankenkassen angehören. Eine generelle Soll-Vorschrift ist zu weitgehend.</p>	<p><u>SpiK:</u> Das Wort „eigenständig“ wird eingefügt.</p> <p><u>SpiK:</u> „können“</p>	
20c	Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	Die Krankenkassen unterstützen die Träger der GU bei ihren Aufgaben			

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen (Abs. 1).			
20d	Förderung der Selbsthilfe	Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen und –organisationen sowie themen-, bereichs- und indikationsgruppen-übergreifende Selbsthilfekontaktstellen. Dazu beschließen sie gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die KBV und die Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. (Abs. 1).	<p><u>SpiK:</u> Zur Klarstellung, dass sich die Selbsthilfeförderung nicht auf die Förderung von Gruppenaktivitäten mit primär-präventiver Zielsetzung bezieht, ist eine Klarstellung erforderlich.</p> <p><u>SpiK:</u> Um Abgrenzungsprobleme zu den Dachorganisationen der Selbsthilfe zu vermeiden, ist eine Definition der „Selbsthilfeorganisationen“ erforderlich.</p> <p><u>SpiK:</u> Für die Beteiligung der Selbsthilfe auf der Landes- und auf der örtlichen/regionalen Förderebene ist eine Klarstellung erforderlich, wer die</p>	<p><u>SpiK:</u> „Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und –organisationen, die sich die Tertiärprävention von Versicherten zum Ziel gesetzt haben.“</p> <p><u>SpiK:</u> „Zu Selbsthilfeorganisationen haben sich Selbsthilfegruppen auf Landes- oder Bundesebene zusammengeschlossen, die auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder eine gemeinsame Krankheitsursache oder eine gemeinsame Krankheitsfolge spezialisiert sind.“</p> <p><u>SpiK:</u> „Die Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen benennen aus ihrer Mitte heraus Vertreter,</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		<p>Die GKV-Spitzenverbände beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Selbsthilfeförderung. Die Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen (Abs. 2).</p> <p>Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Selbsthilfeförderung soll 2005 für jeden ihrer Versicherten 0,54 Euro betragen. Sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße (durchschnittliches rentenversicherungspflichtiges Einkommen) zu dynamisieren. 50% der Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds aufzubringen. Über die Vergabe beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf der jeweiligen Förderebene gemeinsam nach Beratung mit den Vertretern der Selbsthilfe. Erreicht eine Krankenkasse den Förderbeitrag in einem Jahr nicht, hat sie diese Mittel im Folgejahr zusätzlich in die Gemeinschaftsförderung zu zahlen (Abs. 3).</p>	<p>jeweiligen maßgeblichen Vertreter der Selbsthilfe sind.</p> <p><u>SpiK:</u> Weder durch wissenschaftliche Untersuchungen noch durch die Förderpraxis ist der Förderbedarf in Höhe von 0,55 Euro je Versichertem belegt. Die Erhöhung der Fördermittel sollte nicht verpflichtend jedes Jahr vorgenommen werden, sondern sich an der tatsächlichen Bedarfs- und Ausgangslage ausrichten.</p> <p><u>SpiK:</u> Die Krankenkassen sollten die Möglichkeit haben, in einem Jahr nicht ausgeschöpfte Fördermittel entweder eigenverantwortlich im Folgejahr auszuschütten oder der Gemeinschaftsförderung zuzuführen.</p> <p><u>BAGH:</u> Die Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen sollte gesetzlich festgeschrieben werden. Die Erfahrungen zeigen, dass sich die</p>	<p>die stellvertretend den Aufgaben nach § 20 d SGB V nachkommen sollen.“</p> <p><u>SpiK:</u> Dynamisierungsregel als „Kann-Regel“, gültig ab 01.01.2008</p> <p><u>SpiK:</u> „Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für entsprechende Leistungen zu verwenden, oder kann sie im Folgejahr zusätzlich in die Gemeinschaftsförderung einzahlen.“</p> <p><u>BAGH:</u> 25% zur Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene; 25% Landesebene; 25% zur</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>Kassen nicht verständigen können.</p> <p><u>DAG SHG:</u> Durch die Regelung, dass mindestens 50% der Mittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen sind, werden die Absprachen zwischen den Kassen und der Selbsthilfe unterlaufen. Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen müssten wieder mehr als einen Antrag stellen und die Gesamtförderung von zur Zeit mindestens 8 Cent wäre in Frage gestellt, da von der von Kassen und Selbsthilfe angestrebten Fördersummen von 13 Cent nur die Hälfte zur Gemeinschaftsförderung zur Verfügung gestellt werden muss.</p> <p><u>BAGH:</u> Die Aufspaltung der Finanzmittel in Fondsgelder und in die Gelder, die die Krankenkassen in einer Regie verausgaben können, wird auf örtlicher Ebene zu einer weiteren Vervielfachung der Ansprechpartner auf Kassenseite führen.</p>	<p>Förderung der Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene;; 25% Selbsthilfekontaktstellen</p> <p><u>DAG SHG:</u> Die 50%-Regelung gilt nur für die Landes- und Bundesebene.</p> <p>Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung sollte über einen „realen“ Fonds (nicht „Virtuell“) organisiert werden, bei dem es eine eindeutige Zuständigkeit eines Verbandes oder einer Kasse gibt (diese Position wird von der BAGH geteilt)</p> <p>Zusätzlich sollte in die Begründung aufgenommen werden, dass Fördermittel auch für die Patientenbeteiligung nach § 140 f & g verwendet werden können.</p> <p><u>BAGH:</u> Die Krankenkassen sollten auf örtlicher Ebene verpflichtet werden, das Förderverfahren über einen Ansprechpartner für alle Kassen abzuwickeln.</p>	

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
				<u>BAHG:</u> In der Begründung wird hervorgehoben, dass über den § 20d SGB V auch der erhöhte Bedarf der Selbsthilfe abgedeckt werden soll, der mit den Aufgaben der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen verbunden ist (§ 140 f SGB V). Dies sollte auch im Gesetzestext selbst erwähnt werden.	
65b	<u>Gesundheit Berlin:</u> Förderung von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung		<u>Gesundheit Berlin:</u> Förderung von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung als Pflichtleistung der Krankenkassen.	<u>Gesundheit Berlin:</u> Der Einschub „von Modellprojekten“ wird gestrichen.	
Artikel 7 Änderung des SGB VI					
8a	Aufgabe der Leistungen zur gesundheitlichen Prävention	Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur Verhaltensprävention sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und beteiligt sich an der	<u>VDR/BfA:</u> Es sind keine besonderen versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung vorgesehen. So müsste praktisch jeder Antragsteller eine Leistung zur Verhältnisprävention erhalten. Der GRV muss ein größerer Ermessensspielraum eingeräumt werden. Insbesondere muss der Bezug zur Erwerbsunfähigkeit deutlich hervorgehoben werden, um eine Abgrenzung zu den Leistungen anderer Präventionsträger zu ermöglichen.	<u>VDR/BfA</u> „(1) Die Träger der Rentenversicherung können Leistungen zur Verhältnisprävention erbringen, um die Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen der Versicherten und deren Kinder zu unterstützen und damit einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorzubeugen. (2) Über Gegenstand, Umfang und Ausführung der	
12a	Verhaltenprävention	Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung.			
12b	Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	Präventionsleistungen werden nicht für Versicherte erbracht, die gleichartige Leistungen als medizinische Vorsorgeleistungen erhalten (12a, 3).			
31	Sonstige Leistungen				

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
		Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können Zuwendungen erbracht werden „für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern; <u>dazu gehören auch Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen.</u> “ (Nummer 5)	<u>VDR/BfA:</u> Durch die Regelung würden auch Selbsthilfeinitiativen ohne rehabilitative Zielsetzung förderfähig. Außerdem würden mit den Kontaktstellen Verwaltungsstrukturen gefördert. Beides kann nicht Aufgabe der GRV sein.	Leistungen entscheidet der Träger der Rentenversicherung auf Grundlage gemeinsamer Richtlinien der Träger der Rentenversicherung, die im Benehmen mit dem BMGS erlassen werden und sich an den Präventionszielen und Teilzielen ... orientieren. <u>DAG SHG:</u> Die Selbsthilfeförderung durch die GRV sollte analog zum § 20d SGB V-E geregelt werden.	
Artikel 8 Änderung des SGB VII					
1b	Maßnahmen zur gesundheitlichen Prävention	Die nach dem SGB VII zu erbringenden Leistungen zur Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der Maßnahmen zur Früherkennung von Berufskrankheiten und der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sind zugleich Präventionsmaßnahme i. S. des Bundespräventionsgesetzes. Dies gilt auf für die Heilbehandlung einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit sie der Verhütung von Verschlimmerungen oder Folgeerkrankungen dienen.	<u>BMVEL:</u> Die Maßnahmen der Prävention kommen auch Privatversicherten zugute, die PKV sollte deshalb in Aufgabendurchführung und Finanzierung einbezogen werden.		
20a	Prävention und	Die Unfallversicherungsträger			

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
	Gesundheitsförderung in Lebenswelten	erbringen lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen.			
Artikel 9 Änderung des SGB IX					
Artikel 10 Änderung des SGV XI					
45d	Grundsätze	Die Pflegekassen erbringen Leistungen zur Verhaltensprävention sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und beteiligen sich an der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung.			
45e	Verhaltensprävention	Die Pflegekassen sollten für ältere Versicherte mit hohem gesundheitlichem Risiko Leistungen der Verhaltensprävention erbringen, um Risiken für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzuwenden und zu vermindern (Abs. 1). Präventionsleistungen werden nicht für Versicherte erbracht, die gleichartige Leistungen als medizinische Vorsorgeleistungen erhalten können (Abs. 3).			
45f	Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten	Die Pflegekassen erbringen Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten.			
Artikel 11 Änderung des SGB XII					
Artikel 12 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte					
Artikel 13 Änderung des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte					
Artikel 14 Änderung des Gesetzes zur Organisationsreform in der gesetzlichen Rentenversicherung					
Artikel 15 Inkrafttreten					
	Nach dem Tage der Verkündung. Die Regelungen zu den Leistungspflichten der sozialen Präventionsträger treten am 1 Oktober 2005 in Kraft		<u>SpiK:</u> Auch die finanzwirksamen Teile des Gesetzes sollten erst zum 01.01.2006 in Kraft treten. Insbesondere die Projekte in Lebenswelten, die sich im		

§§	Titel	Inhalt	Stellungnahme	Vorschlag	Bewertung
			<p>Allgemeinen durch einen hohen Koordinierungs- und Abstimmungsaufwand auszeichnen, benötigen eine Vorlaufzeit. Außerdem sprechen haushaltsrechtliche Gründe gegen ein vorgezogenes Inkrafttreten. Die Krankenkassen haben über ihre eigenen Maßnahmen hinaus keine weiteren Mittel in die Haushalte für 2005 eingestellt.</p>		



Markus Kurth
Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Markus Kurth, MdB · Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

Berlin

Platz der Republik 1
11011 Berlin

Jakob-Kaiser-Haus
Raum 1.763

☎ (030) 227 – 7 19 70

📠 (030) 227 – 7 69 66

✉ markus.kurth@bundestag.de

Wahlkreis

Ruhrallee 44
44139 Dortmund

☎ (0231) 5 57 46 60

📠 (0231) 5 57 46 61

✉ markus.kurth@wk.bundestag.de

Berlin, 04.03.2005

Stellungnahme von Markus Kurth zum Entwurf des 2. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland“

Zusammenfassende Bewertung

Die Vorlage des 2. Armuts- und Reichtumsberichts durch die Bundesregierung ist zu begrüßen. Der Berichtsentwurf ist ein konstruktiver Beitrag zur Auseinandersetzung über die sozialen Lebenslagen in Deutschland. Die Rot-Grüne Bundesregierung löst damit ihre Ankündigung aus der ersten Legislaturperiode ein, regelmäßig eine umfangreiche Darstellung der sozialen Lage in Deutschland vorzulegen. Es war immer klar, dass ein solcher, relativ ungeschönter und wissenschaftlich erarbeiteter Bericht auch Ergebnisse veröffentlichen wird, die auf gesellschaftliche Defizite und auch Unzulänglichkeiten der eigenen Politik schließen lassen. Aus diesem Grund haben sämtliche Vorgängerregierungen bewusst auf einen solchen Bericht verzichtet.

Die Ergebnisse dienen nicht nur der Evaluation und Darstellung der bisherigen Wirtschafts- und Sozialpolitik, sondern auch der Konzeption zukünftiger Maßnahmen. Aus diesem Grund plädiere ich für eine offene und ausführliche Debatte des Berichts. Die Grüne Bundestagsfraktion wird in der kommenden Woche in einer Anhörung mit Armutsforschern und Praktikern der Jugend- und Sozialarbeit über mögliche Konsequenzen des Berichts diskutieren.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Seite 2 von 5 Seiten des Schreibens vom 04.03.2005

Die Medien haben in ihrer Berichterstattung in erster Linie das Ergebnis „Immer mehr Deutsche leben in Armut“ transportiert. Schaut man sich dagegen die Ausführlichkeit und die Datenlage des Berichts an, wird deutlich, dass diese pauschale Quintessenz eines über 300 Seiten langen Berichts entschieden zu kurz greift. Auch wäre es verfehlt, die Rot-Grüne Sozialpolitik auf dieser Grundlage als „gescheitert“ zu bezeichnen. Die Wahrheit ist weniger eindeutig und wesentlich komplexer.

Richtig ist, dass von 1998 bis 2003 die Armutsrisikoquote (d.h. Anteil der Personen unterhalb der Armutsgrenze 60% des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens) von 12,1% auf 13,5% angestiegen ist. Der Bericht schwächt diese Ergebnisse mit dem Argument ab, dass das hohe Wohlstandsniveau in Deutschland eine relativ hohe Armutsrisikoquote bedingt. Immerhin liegt diese Armutsgrenze rechnerisch bei 938 Euro monatlichem Einkommen pro Person. Damit stände Deutschland gut da und läge nach den letzten verfügbaren Vergleichsdaten aus dem Jahre 2001 im europäischen Vergleich auf Platz drei hinter Dänemark und Schweden.

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung darf man es sich aber nicht zu leicht machen. Die Bundesregierung versucht leider, die Debatte mit Hinweis auf den relativ hohen Schwellenwert der Armutsrisikogrenze abzuwürgen. Das wird dem Problem der verfestigten Armutslebenslagen nicht gerecht. Wir müssen die Ergebnisse des Berichts in ihrer Gesamtheit sehen und ausführlich debattieren. Wir können uns nicht damit trösten, dass die Lage in anderen Staaten schlechter ist.

Betrachtet man zum Beispiel die Entwicklung der Armutsrisikoquote von Familien, so ergibt sich ein erheblicher Handlungsbedarf für die Kinder- und Familienpolitik in unserem Land. Die Armutsrisikoquote von Familien mit 3 und mehr Kindern ist von 13,2% auf 13,9% gestiegen.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Seite 3 von 5 Seiten des Schreibens vom 04.03.2005

Gerade hier lässt der Bericht konkrete Erklärungen vermissen. Auch wenn sich die Einkommenssituation von Familien aufgrund höherer Transfers und stärkerer Erwerbsbeteiligung gerade bei Müttern (Anstieg von 55% auf 65%; durchschnittliche Frauenerwerbsquote 58,9%,) verbessert hat, ist deren Armutsrisikoquote gestiegen. Eine Erklärung könnte sein, dass der Bericht weder die steigende Belastung durch indirekte Steuern noch die Kürzung von freiwilligen Leistungen der Länder und Kommunen berücksichtigt.

Aus meiner Sicht deuten die Zahlen aber auch darauf hin, dass gerade Frauen bei gesteigerter Erwerbstätigkeit keine die Existenz sichernden Einkommen erzielen (Teilzeit plus niedrige Löhne). Zusammen mit dem generellen Reallohnverlust ergeben sich dadurch Einkommensniveaus, die trotz weiterer Einnahmen wie z.B. Kindergeld und Wohngeld häufig nicht ausreichen, um die entstehenden Kosten des Familienhaushaltes ausreichend zu decken. Schon in der alten Sozialhilfe gab es 250.000 Bedarfsgemeinschaften, die trotz Erwerbsfähigkeit ergänzende >Hilfe zum Lebensunterhalt< bezogen. Die Dunkelziffer der Anspruchsberechtigten dürfte noch höher liegen. Diese Ergebnisse sind alarmierend und müssen auch für eine kritische Bewertung unserer Arbeitsmarktpolitik herangezogen werden. Auf jeden Fall zeigt dies, dass die so genannte „Sozialhilfefälle“ nicht in der von Neoliberalen unterstellten Form durchgängig existiert. Offenbar gibt es Hunderttausende, die arbeiten, obwohl ihr Einkommen unterhalb des Regelsatzes liegt!

Die Bundesregierung bewertet in ihrem Bericht vor allem die Erhöhung des Kindergeldes als die entscheidende Maßnahme zur Verbesserung der Einkommenssituation von Familien. Dennoch müssen wir beobachten, dass trotz dieses familienspezifischen Transfers das bedarfsgewichtete Nettoäquivalenzeinkommen von Familienhaushalten geringer gestiegen ist als bei Haushalten ohne Kinder. Diese Fakten belegen, dass die Förderung durch Kindergeld nach dem Gießkannenprinzip nicht ausreicht, um die Situation bedürftiger Familien wirklich zu verbessern. Der bloße Blick auf die monetären Transferleistungen verstellt die Sicht auf die gesamte Kostenbe-



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Seite 4 von 5 Seiten des Schreibens vom 04.03.2005

lastung von Familien. So wird beispielsweise in Frankreich ein geringeres Kindergeld gezahlt, dafür ist aber der Kindergartenbesuch kostenfrei. In Deutschland erfordert er dagegen einen Betrag in Höhe von durchschnittlich 50% des Kindergeldes. Außerdem gibt es in Frankreich kein Ehegattensplitting, stattdessen ein effektives Familiensplitting, das die Kinder höher berücksichtigt, als es das deutsche Kindergeld tut.

Diese Fakten zeigen, dass wir unser System des Familienlastenausgleichs überprüfen und zielgerichteter ausrichten müssen. Wir müssen auch die Ergebnisse des Berichts über die deutlich geringeren Bildungschancen von Kindern aus einkommensschwachen Familien stärker in unserer Politik berücksichtigen. Auch wenn wir programmatisch die richtigen Forderungen formulieren und mit dem Ausbau von Kinderbetreuung und Ganztagschulen die richtigen Weichen gestellt haben, macht der Bericht den erheblichen Nachholbedarf für eine innovative Familien- und Kinderpolitik deutlich.

Zu kritisieren ist eindeutig, dass der Bericht auf eine differenzierte Analyse zur Sicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums durch ALG II und Sozialgeld verzichtet. Die seit Jahren erhobene sozialpolitische Forderung nach einer Erhöhung der Regelsätze entsprechend der Kostensteigerung wird vom Bericht nicht aufgegriffen. Die seit dem 1. Januar 2005 gekürzten Regelsätze für Kinder über 7 Jahre und die selbst zu zahlenden Gesundheitsleistungen (nicht-verschreibungspflichtige Medikamente) finden im Bericht keine Beachtung. Hier müssen wir die Debatte deutlicher führen und den Beschluss unseres Kieler Parteitages umsetzen: Die Höhe der Regelsätze muss transparent berechnet und an die gestiegenen Lebenshaltungskosten angepasst werden.

Um seinem Anspruch gerecht zu werden, auch ein „Reichtumsbericht“ zu sein, leistet der Bericht zu wenig und fällt sogar hinter die Ausführlichkeit der Jahresgutachten 2004/2005 des Sachverständigenrats zurück. Es findet sich hier zwar eine ausführliche Darstellung der Vermögensentwicklung, es fehlt aber eine entsprechend diffe-



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Seite 5 von 5 Seiten des Schreibens vom 04.03.2005

renzierte Darstellung der Einkommensentwicklung und der zunehmenden Einkommensungleichheit. Vor allem fehlen aber die Schlussfolgerungen, wie dem Trend wachsender Einkommens- und Vermögensungleichheit begegnet werden soll. Dabei sind die Fakten überdeutlich: Die Schere zwischen Arm und Reich weitet sich zunehmend. Während die Haushalte in der unteren Hälfte der Verteilung nur über etwas weniger als 4% des gesamten Nettovermögens verfügen, entfallen auf die vermögendsten 10% der Haushalte knapp 47% (ohne Betriebsvermögen). Der Anteil des obersten Zehntels ist gegenüber 1998 um gut zwei Prozentpunkte gestiegen.

Die Bundesregierung reagiert mit dem Hinweis, dass die durch Rot-Grün veranlasste Schließung von Steuerschlupflöchern sicherstellt (O-Ton Regierungssprecher „Einkommensmillionäre haben keine Möglichkeiten mehr, sich arm zu rechnen), dass sich auch die Vermögenden ausreichend an der Finanzierung des Gemeinwesens beteiligen. Die Realität ist eine andere und leider bleibt auch die Blockierung des Abbaus der Steuervergünstigungen durch die Opposition unerwähnt. Für Bündnis 90/Die Grünen sollte sich aus den Ergebnissen des Reichtumsberichts genügend Material für eine neue offensiv geführte Steuerdebatte ergeben.

Ich habe hier nur die wichtigsten Ergebnisse des Berichts zusammengefasst und bewertet. Eine ausführlichere Darstellung der einzelnen Kapitel findet Ihr im Anhang. Der gesamte Bericht kann unter www.markus-kurth.de heruntergeladen werden.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Markus Kurth, MdB · Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

2. Armuts- und Reichtumsbericht. Darstellung der Kabinettsfassung vom 3. März 2005

Methodische Vorgehensweise des Berichts

Verwendete Definition von Armut	3
Armut, sozio-kulturelles Existenzminimum und Sozialhilfebezug	5
Definition von Reichtum	6
Datenlage	6
Analytisches Vorgehen der Untersuchung (vereinfachte Darstellung)	6
Einbettung der Analyse in den Kontext der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen	7

Die Zentralen Ergebnisse des Berichts:

I. Einkommensverteilung	8
II. Vermögensverteilung	9
III. Überschuldete Haushalte	10
IV. Sozialhilfebezug und gesellschaftliche Teilhabe	11
V. Lebenslagen von Familien und Kindern	12
VI. Erwerbstätigkeit und Arbeitsmarkt	13



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

VII. Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Armut und Gesundheit	14
VIII. Bildung - Schlüssel zu Teilhabe	15
IX. Lebenslagen behinderter Menschen	16
X. Soziale und wirtschaftliche Situation von Migrantinnen und Migranten	18
XI. Menschen in extremer Armut und begrenzt selbsthilfefähige Personen	19
XII. Politische und gesellschaftliche Partizipation	20



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Methodische Vorgehensweise des Berichts

Verwendete Definition von Armut:

In wohlhabenden Industrienationen ist die Verwendung eines relativen Armutsbegriffs sinnvoll, da das durchschnittliche Wohlstandsniveau wesentlich über dem physischen Existenzminimum liegt. Mit einem relativen Armutsbegriff wird Armut als eine auf den mittleren Lebensstandard bezogene Benachteiligung aufgefasst. Die Höhe des Einkommens wird als zentraler Indikator für den Lebensstandard oder die Lebensqualität gesehen. Auch wenn der Bericht Armut als eine mehrdimensionale, also nicht nur finanzielle Benachteiligung darstellt, lässt sich von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln indirekt auf das Maß an gesellschaftlicher Teilhabe schließen.

Aus diesem Grund wird im Bericht die zwischen den EU-Mitgliedsstaaten vereinbarte Definition einer „Armutsrisikoquote“ verwendet. Sie bezeichnet den Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen weniger als 60% des Mittelwertes (Median) aller Personen beträgt. In Deutschland beträgt die so errechnete Armutsriskogrenze 938 Euro (Datenbasis EVS 2003)

Relative Einkommensarmut ist jedoch nicht „der“ Indikator für die Messung und Feststellung von Armut. Ihre Bedeutung ist in mehrfacher Hinsicht zu relativieren:

- Die Festlegung des Anteils am Mittelwert, der die Armutsriskogrenze definiert (also z.B. die erwähnten 60 %), ist lediglich eine Konvention.
- Nach dem Konzept hängt die Armutsriskogrenze vom Wohlstandsniveau ab. Weil in Deutschland der erreichte Wohlstand vergleichsweise hoch ist, liegt die Armutsriskogrenze höher als in anderen Ländern. Das ist bei internationalen Vergleichen zu berücksichtigen.
- Maße relativer Einkommensarmut sagen vor allem etwas über die Einkommensverteilung aus, jedoch nichts über die Einkommensressourcen, die zur Befriedigung der notwendigen Bedürfnisse erforderlich sind.
- Schließlich greift eine indirekte Bestimmung der Armut wie etwa in Form der Einkommensarmut zu kurz, wenn andere Faktoren (z.B. Vermögen, Schulden, Gesundheit, Bildung, Arbeitslosigkeit) bei gleichem Einkommen einen jeweils unterschiedlichen Stellenwert besitzen.

Ein „bestes“ Messkonzept der Armut kann nicht festgestellt werden, weil den Maßstab dafür, bei welchem Einkommen, Lebensstandard oder Handlungsspielraum Ungleichheit nicht mehr hingenommen werden kann, gesellschaftliche Wertvorstellungen oder sozialpolitische Normen liefern. Einkommensarmut, benachteiligte Lebenslagen und Ausgrenzung stellen verschiedene, einander ergänzende Diagnosekonzepte dar, die kombiniert und auf die Integration der



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Handlungsmöglichkeiten und Chancenangebote des aktivierenden Sozialstaats hin geöffnet werden müssen.

Von relativen Definitionen eines Armutsrisikos unterscheiden sich absolute Definitionen. Personen gelten als „absolut arm“, wenn sie nicht genügend Mittel zum physischen Überleben haben. Die Grenze zur Armut wird hier dann überschritten, wenn die Versorgung unterhalb einer vorgegebenen Schwelle liegt (physisches Existenzminimum), d.h. wenn die Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreichen.

Armut, sozio-kulturelles Existenzminimum und Sozialhilfebezug

Die staatlichen Sozialleistungen wie ALG II und Sozialgeld verfolgen das Ziel der Sicherung des sozio-kulturellen Existenzminimums.

Dieses Konzept nimmt nicht nur die physische Existenz zum Bezugspunkt, sondern auch den Ausschluss von der Teilhabe am gesellschaftlich üblichen Leben, die soziale Ausgrenzung. Diese gesellschaftspolitische Werthaltung hat mit dem Begriff „Führung eines menschenwürdigen Lebens“ ihren Ausdruck im deutschen Sozialhilferecht gefunden. Das sozio-kulturelle Existenzminimum wird im Sozialhilferecht definiert und abgesichert. Die Bekämpfung von Armut durch Sicherung eines Minimums an materiellem Lebensstandard zählt somit zu den wesentlichen sozialstaatlichen Teilhabegarantien. Der Sozialstaat eröffnet bereits damit gesellschaftliche Teilhabe.

Die Inanspruchnahme von Sozialhilfe zeigt aber nur das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung einen zugesicherten Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung erreichen. Dies ist jedoch nicht mit Armut gleichzusetzen. Vielmehr drücken sich hierin fehlende unabhängig von dieser Unterstützung verfügbare Verwirklichungschancen aus. Der Sozialhilfeanspruch kann aber gezielt zur Überbrückung von finanziell kritischen Übergangsphasen eingesetzt werden, oder die Leistung wird - zum Beispiel bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende - mit aktivierenden Elementen verknüpft und befähigt so zur Selbsthilfe. Dann erweitert sich der Blick in Richtung auf eine verlaufsorientierte Betrachtung von Existenzsicherung und die Berücksichtigung von aktivierenden Elementen, mit denen der Sozialstaat Teilhabe- und Verwirklichungschancen bietet.

Definition von Reichtum

Die begriffliche Fassung von Reichtum ist ebenso vielschichtig wie die von Armut, seine definitorische Abgrenzung und empirische Ermittlung sind zudem mit weiteren Schwierigkeiten verbunden. Anders als bei der Armutsberichterstattung kann beim Reichtum nicht in analoger Weise wie bei Armutsfragen an eine etablierte Forschungsrichtung, konzeptionelle Vorarbeiten und empirische Arbeiten angeknüpft werden. Die Bundesregierung hat angesichts der noch weitgehend diffusen begrifflichen Fassung von Reichtum, des erst in Ansätzen entwickelten



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Forschungsstandes und der unbefriedigenden Datenlage die Forschungsaktivitäten im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung insbesondere zur obersten Spitze der Einkommens- und Vermögensverteilung intensiviert. Die Ergebnisse sind in den 2. Armuts- und Reichtumsbericht eingeflossen.

Datenlage

Die Datenlage und die Datenqualität konnten für den 2. Armuts- und Reichtumsbericht im Sinne des Auftrags des Deutschen Bundestags vom 19. Oktober 2001 weiter verbessert werden.

Von Seiten der Bundesregierung wurden eine Reihe von Forschungsprojekten auf den Weg gebracht, um zu Fortschritten bei der Datenlage vor allem an den unteren und oberen Rändern der Verteilung zu kommen. Der Bericht der Bundesregierung stützt sich aber nach wie vor auf eine Vielzahl von Datenquellen. Zumeist wurden diese Informationen, die zur Analyse von Armut und Reichtum genutzt werden können, aber nicht mit dem Ziel einer kontinuierlichen Armuts- und Reichtumsberichterstattung erhoben. Die Nutzung vorhandener Datenquellen hat hierbei Vorrang vor einer Ausweitung des Erhebungsprogramms.

Analytisches Vorgehen der Untersuchung (vereinfachte Darstellung)

Anhand des Nettoäquivalenzeinkommens wird zunächst eine „Armutrisikogrenze“ ermittelt, die die Bevölkerung in zwei Gruppen aufteilt, nämlich in eine Gruppe, die darunter liegt und eine andere, die darüber liegt. Die so unterteilten Gruppen werden daraufhin untersucht, wie sich z.B. die Wohnsituation unterhalb und oberhalb dieser Grenze darstellt, wie der Erwerbsstatus und der Bildungsstand ist, wie sich der Gesundheitszustand darstellt oder wie hoch der Anteil der Sozialhilfeempfänger etc. ist. Kommen für die durch das Einkommen abgegrenzte Armutrisikogruppe weitere Einschränkungen oder Benachteiligungen hinzu, besteht also eine Kumulation von - sich möglicherweise gegenseitig verstärkenden - Armutrisiken. Es erhöht sich die Armutswahrscheinlichkeit für diese Haushalte. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten zur Erhebung repräsentativer haushalts- bzw. personenbezogener Daten z.B. im Hinblick auf eine Lebenslagendimension wie „Gesundheit“ bislang sehr viel begrenzter sind als bei der Dimension „Einkommen“. Auch werden etwa im unteren Einkommenssegment Personen ohne festen Wohnsitz nicht erreicht. Im oberen Einkommenssegment werden Gruppen mit besonders hohem Einkommen etwa in die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe entweder gar nicht einbezogen oder es besteht eine eingeschränkte Auskunftsbereitschaft insbesondere bei den Fragen nach Einkommen und Vermögen. Vielfach sind die Datengrundlagen auch zu wenig geschlechtsspezifisch ausgelegt.

Einbettung der Analyse in den Kontext der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen

Die Armuts- und Reichtumsentwicklung kann nicht losgelöst von der Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft und der Weltkonjunktur betrachtet werden. Aus diesem



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Grund liefert der Bericht eine genaue Analyse der wirtschaftlichen Entwicklung im Berichtszeitraum:

Der Zeitraum von 1998 bis 2003 ist in gesamtwirtschaftlicher Hinsicht von zwei sehr unterschiedlichen Phasen geprägt. Während die Jahre 1998 bis 2000 eine günstige Entwicklung zeigen, hinterließ die Stagnationsphase von 2001 bis 2003 deutliche Spuren. Analog zur konjunkturellen Lage waren die Möglichkeiten zur Erzielung von Einkommen am Markt ebenso eingeschränkt wie der Umverteilungsspielraum des Steuer- und Transfersystems. Dazu kommt ein Trend zunehmender Differenzierung der Markteinkommen. Im früheren Bundesgebiet hat sich das durchschnittliche monatliche Haushaltsnettoeinkommen vom 1. Halbjahr 1998 bis zum 1. Halbjahr 2003 nominal um 7,8% von 2.686 Euro auf 2.895 Euro erhöht. Real entsprach dies einem Zuwachs von 1,1%. In den neuen Ländern stieg das Nettoeinkommen in diesem Zeitraum nominal um 10,4% von 2.023 Euro auf 2.233 Euro und damit real um 3,5%.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Die Zentralen Ergebnisse des Berichts:

I. Einkommensverteilung

Der Anstieg des Armutsrisikos hat sich bis 2003 fortgesetzt. Die Armutsrisikoquote (60% des äquivalenzgewichteten Median-Nettoeinkommens) ist von **12,1%** in 1998 auf **13,5%** in 2003 gestiegen. Gleichwohl gehört Deutschland im europäischen Vergleich nach Dänemark und Schweden zu den Ländern mit der niedrigsten Armutsrisikoquote und relativ geringer Armut und sozialer Ausgrenzung (letzte vergleichbare Zahlen aus dem Jahr 2001).

Eine Analyse der Jahre 1998 bis 2003 zeigt, dass sich das Einkommensarmutsrisiko analog zu den gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen entwickelte. Nach einem Rückgang bis 2000 stieg mit dem Einsetzen der wirtschaftlichen Stagnation ab 2001 auch die Armutsrisikoquote wieder an. Transfereinkommen und Abgaben haben aber dafür gesorgt, dass das Ausmaß der ungleichen Verteilung trotz der schwierigen Lage nach 2001 in Grenzen gehalten wurde. So haben seit 1998 die Kindergelderhöhungen zu einer um etwa 5% niedrigeren, bezogen auf die Kindergeldbezieher um rund 9% niedrigeren Armutsrisikoquote geführt. Die Entlastungsmaßnahmen bei der Einkommensteuer führten zu einer Erhöhung des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens um 2,4%.

Relative Einkommensarmut ist in der Mehrzahl der Fälle kein permanenter Zustand, sondern wird durch ein hohes Ausmaß an Fluktuation gekennzeichnet. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 waren nach einem Jahr etwa ein Drittel der Phasen in relativer Einkommensarmut abgeschlossen oder unterbrochen und nach zwei Jahren etwa zwei Drittel.

Hinter dem für die Gesamtbevölkerung ermittelten Risiko der Einkommensarmut verbergen sich unterschiedliche Betroffenheiten. Während sich beim Vergleich zwischen 1998 und 2003 eine Zunahme bei den meisten Gruppen zeigt, ist das Risiko für Einkommensarmut unter den Älteren (65 und mehr Jahre) seit 1998 entgegen dem allgemeinen Trend von 13,3% auf 11,4% zurückgegangen und führt 2003 zu einer deutlich geringeren Quote als bei der Gesamtbevölkerung.

Ebenfalls sinkende und unterdurchschnittliche Armutsrisikoquoten ergeben sich im Vergleich von 1998 und 2003 für Selbstständige. Erwerbstätige gehören zu den Gruppen mit weit unterdurchschnittlichem Armutsrisiko. Bei ihnen lässt sich zudem keine Tendenz zur Verschärfung der relativen Einkommensarmut erkennen.

Der Anteil der besonders hohen Einkommen am Gesamteinkommen stagnierte von 1992 auf 1995, von 1995 auf 1998 stieg ihr Anteil an.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

II. Vermögensverteilung

Der Bericht untermauert die gemeinhin verlautet Einschätzung, dass Deutschland nach wie vor ein reiches Land ist. Die privaten Haushalte in Deutschland verfügen über hohe Vermögen. Diese sind in den vergangenen Jahrzehnten stetig gestiegen und haben 2003 nach Ergebnissen der EVS eine Summe von 5 Billionen Euro erreicht. Das sind im Durchschnitt über alle Haushalte rund 133.000 Euro. Von 1998 bis 2003 stieg das Nettovermögen nominal um rund 17%.

Diese Entwicklung ist zum größten Teil auf eine Steigerung der von den Haushalten selbst eingeschätzten Höhe ihrer Immobilienvermögen zurückzuführen, denn die Vermögenshöhe und -verteilung wird durch das Immobilienvermögen dominiert, das rund 75% des Gesamtvermögens ausmacht. Die Bedeutung von Aktien für das gesamte Vermögen privater Haushalte ist dagegen trotz des Aktienbooms der 1990er Jahre nach wie vor eher gering. Nur etwa 3-4% ihres Bruttovermögens haben Privathaushalte in Aktien oder Aktienfonds angelegt.

Die durchschnittlichen Vermögen der Haushalte in den neuen Ländern umfassten 2003 mit knapp 60.000 Euro nur 40% des Betrages der westdeutschen Haushalte (rund 149.000 Euro). Allerdings hat sich der Abstand im Zeitablauf erheblich verringert, da die Nettovermögen der Haushalte in den neuen Ländern seit 1993 mit nominal 63% deutlich stärker gewachsen sind als die der Haushalte im früheren Bundesgebiet (+ 19%). Dieser Aufholprozess zeigt sich auch an dem stark gestiegenen Anteil von Haushalten mit Immobilienbesitz und der bereits deutlich angeglichenen Verbreitung der einzelnen Geldvermögensarten in den neuen Ländern.

Wichtig ist aber die Feststellung, dass **die Privatvermögen** in Deutschland sehr **ungleichmäßig verteilt** sind. Während die Haushalte in der unteren Hälfte der Verteilung nur über etwas weniger als 4% des gesamten Nettovermögens verfügen, entfallen auf die vermögendsten 10% der Haushalte knapp 47% (ohne Betriebsvermögen). Der Anteil des obersten Zehntels ist gegenüber 1998 um gut zwei Prozentpunkte gestiegen. Während die ostdeutsche Vermögensverteilung tendenziell gleichmäßiger geworden ist, gilt dies für die westdeutsche Verteilung nicht. Dies ist zum großen Teil eine Folge der konjunkturellen Schwächeperiode in den vergangenen Jahren. Verbunden mit einer verfestigten Langzeitarbeitslosigkeit hat dies zu einer Konzentration der Verteilung der verfügbaren Einkommen geführt und damit auch die Sparfähigkeit der Haushalte verändert. Darüber hinaus dürften auch Änderungen in der Altersstruktur und in der Haushaltsgrößenstruktur per saldo zur ungleichmäßiger werdenden Entwicklung der Vermögen beigetragen haben.

Aus der im Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) 2002 erhobenen Vermögensbilanz ergibt sich, dass rund 6% der deutschen Haushalte über Betriebsvermögen verfügen. Der Wert des Betriebsvermögens liegt dabei im Durchschnitt bei rund 275.000 Euro (früheres Bundesgebiet) bzw. knapp 80.000 Euro (neue Länder).



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Durch Erbschaften und Schenkungen werden nach Ergebnissen des SOEP in Deutschland jährlich 50 Mrd. Euro zwischen den Generationen transferiert. Von 1999 bis 2002 erhielten dadurch pro Jahr eine Mio. Privathaushalte, das sind etwa 2,5% aller Haushalte, Immobilien oder größere Geldbeträge mit einer durchschnittlichen Erbschafts- bzw. Schenkungssumme von 50.000 Euro.

III Überschuldete Haushalte

Überschuldung liegt vor, wenn Einkommen und Vermögen eines Haushaltes über einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen. Überschuldung ist verbunden mit einer psycho-sozialen Destabilisierung der Betroffenen. Zwischen 1999 und 2002 hat sich die Gesamtzahl der überschuldeten Privathaushalte von 2,77 Mio. auf 3,13 Mio. Haushalte bzw. um 13% erhöht. Bezogen auf alle 38,7 Mio. privaten Haushalte in Deutschland waren im Jahr 2002 8,1% (früheres Bundesgebiet: 7,2%; neue Länder: 11,3%) von Überschuldung betroffen.

Hauptauslöser für den Wechsel von der Verschuldung in die Überschuldung waren Arbeitslosigkeit, dauerhaftes Niedrigeinkommen, Trennung bzw. Scheidung und gescheiterte Selbstständigkeit. Die häufigste Schuldenart der Klientinnen und Klienten der Schuldnerberatung war die Verschuldung bei Kreditinstituten. In den neuen Ländern stellen die Mietschulden weiterhin ein gravierendes Problem dar. Die Haupteinkommensquellen der in den Beratungsstellen betreuten Überschuldeten waren im früheren Bundesgebiet mit 47% Lohn und Gehalt. In den neuen Ländern bezog der größte Teil Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe (43%).

Zur Vermeidung, Verbesserung und Überwindung von Überschuldungslagen setzen die Maßnahmen der Bundesregierung sowohl auf struktureller, rechtlicher sowie individueller Ebene an. Im Fokus stehen die Schuldner- und Insolvenzberatung, die Verbesserung des rechtlichen Verbraucher- und Schuldnerschutzes sowie die Stärkung individueller Alltags- und Haushaltskompetenzen. Analysen belegen den individuellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen der Schuldnerberatung. Beispielsweise sank nach einjähriger Beratung der Anteil derjenigen überschuldeten Haushalte, die keiner Berufstätigkeit nachgingen, von 49,6% auf 39,2%; der Anteil der Überschuldeten, die den Weg in gesicherte Arbeitsverhältnisse fanden, erhöhte sich von 27,7% auf 46,0%. Mit der Reform des Insolvenzrechts wurde seit 1999 auch privaten Schuldnerinnen und Schuldner mit dem Verbraucherinsolvenzverfahren eine Restschuldbefreiung eröffnet. Die Entwicklung bei den Verbraucherinsolvenzverfahren bestätigt die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

IV. Sozialhilfebezug und gesellschaftliche Teilhabe

Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit wurde in den letzten Jahren zur wichtigsten Ursache für den Bezug laufender Hilfe zum Lebensunterhalt. Zum Jahresende 2002 waren in Deutschland 2,776 Mio. Personen in 1,4 Mio. Haushalten auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Gegenüber 1998 ist damit die Bezieherzahl um 4,2% zurückgegangen, 2003 aber erneut auf 2,828 Mio. gestiegen.

Unter den Sozialhilfebeziehern waren Kinder unter 18 Jahren mit rund 1,1 Mio. die mit Abstand größte Gruppe. Mit einer Sozialhilfequote von 7,2% (2003) weisen sie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (3,4%) einen deutlich häufigeren Hilfebedarf auf. Mehr als die Hälfte der Kinder unter 18 Jahren im Sozialhilfebezug wächst in Haushalten von allein Erziehenden auf. 26,3% der allein erziehenden Frauen sind auf Sozialhilfe angewiesen (2003). Die nach Trennung oder Scheidung oft prekäre wirtschaftliche Situation macht für viele allein Erziehende übergangsweise einen Bezug von Sozialhilfe notwendig. Erschwerter Zugang zu Erwerbstätigkeit und fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Dagegen sind Ältere (über 65 Jahre) deutlich unterdurchschnittlich von Sozialhilfe abhängig, was auf die große Verlässlichkeit der Rentenversicherung hinweist. Ihre Sozialhilfequote lag 2002 bei 1,3% (1998: 1,3%). Mit Einführung der Grundsicherung und der angestrebten Aufdeckung der verdeckten Armut stieg im Jahr 2003 der Prozentsatz der Leistungsempfänger in dieser Altersgruppe auf 1,8%. Unverändert gegenüber 1998 sind fehlende schulische und berufliche Qualifikationen sowie damit häufig zusammenhängend geringe Erwerbseinkommen und Arbeitslosigkeit

Hauptursachen für den Sozialhilfebezug. Hilfeempfänger ohne Schulabschluss und ohne berufliche Ausbildung weisen einen längeren Bezugszeitraum auf als Bezieher mit Schulabschluss und mit Berufsausbildung. Das Sozialhilferisiko von Zuwanderern ist aufgrund geringerer schulischer und beruflicher Qualifikation und damit verbundener Arbeitslosigkeit fast drei Mal so hoch wie das der deutschen Bevölkerung. In 60% der Fälle wird der Sozialhilfebezug durch Aufnahme einer Arbeit beendet. Dabei handelt es sich überwiegend um nicht geförderte, befristete oder unbefristete Stellen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Mehr als die Hälfte der Befragten hat sich selbst um die neue Arbeit gekümmert.

Obwohl die Sozialhilfe das wichtigste Instrument zur Verhinderung und Beseitigung von Armutslagen ist, nehmen nicht alle Haushalte ihre berechtigten Ansprüche wahr. Neue Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass auf drei Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt zwischen 1,5 und 2 weitere Berechtigte kommen. Potenzielle Ursachen für Nichtinanspruchnahme sind Informationsdefizite, Stigmatisierungsängste sowie ein fehlendes Bewusstsein der Betroffenen, sich objektiv in einer Notlage zu befinden. Ein wichtiger Beitrag zur Bekämpfung verschämter (Alters-) Armut wurde daher durch die Einführung der bedarfsorientierten Grundsicherung ab 2003 geleistet.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

V. Lebenslagen von Familien und Kindern

Über die Hälfte der Bevölkerung lebt in Familien. Drei Viertel sind „herkömmliche“ Familien mit verheirateten Eltern oder Stiefeltern. Daneben wächst die Zahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern und der allein Erziehenden stetig an. Rund 80% der Kinder wachsen bei ihren beiden leiblichen Eltern auf. Zwischen Ost- und Westdeutschland bestehen in der Entwicklung der Familienformen und Kinderzahlen teils beträchtliche Unterschiede. Die Zahl der Geburten und der minderjährigen Kinder ist aber insgesamt weiter rückläufig. Kinderlosigkeit ist vor allem dort ein verbreitetes Phänomen, wo kein Armutsrisiko besteht.

Die Mehrzahl der Familien lebt in sicheren materiellen Verhältnissen und ist mit ihrer Lebenssituation zufrieden. Es kommt jedoch auch zu prekären Lebenslagen, die durch externe Ereignisse und nicht bewältigte Übergänge im Familienleben gestört werden können. Der zu beobachtende Anstieg der Armutsrisikoquote von Familienhaushalten bringt dies zum Ausdruck. Im Vergleich zu 1998 ist sie von 12,6% auf 13,9% gestiegen - etwas geringer als bei den Haushalten ohne Kinder.

Das Risiko für Einkommensarmut unter Kindern (bis unter 16 Jahre) liegt 2003 ebenso wie im Jahr 1998 etwas höher als in der Gesamtbevölkerung, hat sich aber dem Gesamtdurchschnitt leicht angenähert. Die relative Einkommensarmut in Paarhaushalten mit Kindern hat sich günstiger entwickelt als in der Gesamtbevölkerung, ebenso bei den allein Erziehenden - allerdings auf hohem absoluten Niveau.

Die Leistungen des Familienleistungsausgleichs im weiteren Sinne (Kindergeld, Erziehungsgeld, Unterhaltsvorschuss und BAföG), reduzieren die relative Einkommensarmut von Familien deutlich. Bei allein Erziehenden wird allein durch Familienleistungen eine Reduzierung um 15 Prozentpunkte erreicht. Das Armutsrisiko von Kindern wird durch Familienleistungen um 9 Prozentpunkte gesenkt. Deutlich sichtbar werden hier die Effekte des mehrmals erhöhten Kindergeldes. Arbeitslosigkeit, niedriges Erwerbseinkommen und eine geringe Arbeitsmarktintegration von Müttern sind wesentliche Armutsrisiken, die durch zielgerichtete finanzielle staatliche Transferleistungen in begrenztem Umfang ausgeglichen werden können.

Als Umstände, die eine niedrige Erwerbsbeteiligung beider Elternteile bzw. des allein erziehenden Elternteils fördern, erweisen sich die Erziehung kleiner oder mehrerer Kinder sowie mangelnde Betreuungsangebote für Kinder. Ein geringer Bildungsstand der Eltern, mangelnde Sprachkenntnisse, das Ausbleiben von Unterhaltszahlungen nach Trennung und Scheidung sowie mangelnde Kompetenzen im Haushalts- und Zeitmanagement sind weitere Risikofaktoren für Familien.

Trotz der sehr guten quantitativen Versorgung bei der Kinderbetreuung für unter Dreijährige in den neuen Ländern liegt Deutschland insgesamt mit einer



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Betreuungsquote von 8,6% deutlich hinter Ländern wie Schweden, Dänemark oder Frankreich zurück. Dies und die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern niedrigere Erwerbstätigkeit von Müttern macht ein Umsteuern der Familienpolitik notwendig.

Neben der Integration insbesondere der Mütter in den Arbeitsmarkt sowie der Verfügbarkeit öffentlicher und privater Transferleistungen (Unterhalt) zählen Bildung, Haushalts- und Familienkompetenzen, ein gutes Zeitmanagement sowie funktionierende soziale Netzwerke zu den wichtigen Ressourcen, mit denen Familien auch in „kritischen“ Übergangsphasen des Familienlebens eine eigenverantwortliche Lebensgestaltung realisieren und Armut vorbeugen können.

VI. Erwerbstätigkeit und Arbeitsmarkt

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt seit 1998 verlief in zwei Phasen. Von 1998 bis 2000 lag das Wachstum über der Beschäftigungsschwelle und die Zahl der Erwerbstätigen stieg entsprechend. Die Erwerbstätigenquote erhöhte sich von 63,8% (1998) auf 65,4% (2002). Dies beruhte vor allem auf dem Anstieg im früheren Bundesgebiet sowie auf der gestiegenen Quote erwerbstätiger Frauen. Damit hat Deutschland sich dem Lissabonner EU-Ziel einer allgemeinen Erwerbstätigenquote von 70% bis 2010 weiter angenähert. Die spezifische Erwerbstätigenquote der Frauen hat mit 58,8% das EU-Ziel von 60% schon fast erreicht. Die Erwerbstätigenquote der über 55-Jährigen stieg zwar zwischen 1998 und 2002 von 37,8% auf 38,7% und erreichte im Jahr 2003 mit 39,4% den höchsten Stand seit der deutschen Einheit. Sie liegt aber noch weit vom EU-Ziel einer Erwerbstätigenquote Älterer von 50% bis 2010 entfernt.

Die wirtschaftliche Schwächephase in den Jahren 2001 bis 2003 führte in der Folge zu einem Rückgang der Erwerbstätigkeit auf 38,31 Mio. und die Zahl der Arbeitslosen stieg auf 4,377 Mio. (Quote: 11,6%). Im Jahr 2004 kam es bei der Erwerbstätigkeit zu einer Trendwende. Die Zahl der Erwerbstätigen stieg um 128.000 auf 38,44 Mio. an. Die Zahl der Arbeitslosen blieb mit 4,381 Mio. ungefähr auf dem Niveau des Vorjahres (11,7%). Die Arbeitslosenquote war 2004 in den neuen Ländern mit 20,1% immer noch mehr als doppelt so hoch wie im früheren Bundesgebiet (9,4%).

Der Anteil der Langzeitarbeitslosen sank im Jahresdurchschnitt von 37,4% (1998) auf 33,7% (2002). Durch die schwierige wirtschaftliche Entwicklung ist der Anteil der Langzeitarbeitslosen bis zum Jahr 2004 bundesweit allerdings wieder angestiegen und erreichte den Stand von 38,4%. In den neuen Ländern lag der Anteil 2004 mit 43,6% deutlich höher als im früheren Bundesgebiet (36,7%). Die Arbeitslosenquote der unter 25-Jährigen lag vergleichsweise niedrig und sank zwischen 1998 und 2004 von 11,8% auf 9,9%. Sie lag somit um 1,8 Prozentpunkte unter der aller Arbeitslosen (11,7%).



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Bei den Jugendlichen unter 20 Jahren sank die Quote von 9,3% (1998) deutlich auf 4,2% (2004); sie war damit deutlich niedriger als die Gesamtarbeitslosenquote. Schwerbehinderte Menschen waren von 1998 bis 2004 von Arbeitslosigkeit nach wie vor überdurchschnittlich betroffen, wenngleich sich ihre Zahl aufgrund der arbeitsmarktpolitischen Anstrengungen der Bundesregierung bis 2002 deutlich verringert hatte. Ausländer sind vor allem wegen schlechterer Qualifikation etwa doppelt so stark von Arbeitslosigkeit betroffen wie die Gesamtbevölkerung.

Der Strukturwandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft verbessert hingegen die Beschäftigungschancen von Frauen, auch wenn dies vor allem in einer Zunahme von Teilzeitarbeitsplätzen und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen begründet liegt. Während ihre Arbeitslosenquote 1998 noch 0,9 Prozentpunkte höher lag als die der Männer, war sie 2004 um 1,7 Prozentpunkte niedriger. Beim Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen liegt der Anteil bei den Frauen im Jahr 2004 mit 40,5% aber deutlich höher als derjenige bei den Männern (36,7%).

Die Armutsrisikoquote von Arbeitslosen ist von 33,1% (1998) auf 40,9% (2003) gestiegen. In Haushalten mit nur einem Teilzeiterwerbstätigen beträgt die Armutsrisikoquote rund 30%, in Haushalten, in denen mindestens ein Mitglied einer vollen Erwerbstätigkeit bzw. mindestens zwei Mitglieder einer Teilzeiterwerbstätigkeit nachgehen, jedoch nur rund 4%. Die Entwicklung lässt keine Tendenz zur Verschärfung des Armutsrisikos bei Erwerbstätigkeit erkennen

VII. Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Armut und Gesundheit

Schichtzugehörigkeit, Einkommenslage, Bildungsstand, Arbeitslosigkeit sowie Wohn- und Umweltbedingungen stehen in engem Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsverhalten.

Der Gesundheitssurvey 2003 zeigt, dass Erwachsene im mittleren Lebensalter mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60% des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts (Median) häufiger gesundheitliche Probleme haben: Im Vergleich zur einkommensstärkeren Bevölkerung leiden sie vermehrt an Krankheiten oder Gesundheitsstörungen (42,1% gegenüber 36,7%), berichten häufiger von starken gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung (10,5% gegenüber 8,2%) und beurteilen ihren eigenen Gesundheitszustand öfter als schlecht oder sehr schlecht (10,2% gegenüber 5,0%).

Auch zeigt sich, dass sich mit höherem Bildungsniveau die Gesundheit verbessert und das Erkrankungs- und das Sterberisiko sinken. Nach Berücksichtigung der Altersstruktur zeigt sich, dass bei Frauen wie bei Männern das Risiko einer chronischen Erkrankung oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von der Bildung um das 1,2-fache erhöht ist. Auch zeigen sich deutliche Bildungsdifferenzen im gesundheitsrelevanten Verhalten, insbesondere im Risikoverhalten. Vor allem jüngere Frauen und Männer mit niedrigem Bildungsniveau rauchen häufiger und



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

stärker. Frauen und Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu fast 50% sportlich inaktiv. Ihr Anteil ist doppelt so hoch wie bei der Vergleichsgruppe mit Abitur.

Gesundheitlich eingeschränkte und erwerbsgeminderte Arbeitnehmer tragen ein höheres Risiko, entlassen zu werden, bleiben überdurchschnittlich lange arbeitslos und haben geringere Chancen der beruflichen Wiedereingliederung. Arbeitslosigkeit geht sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Gesundheitsproblemen einher. Während bei Männern vor allem die Langzeitarbeitslosen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind, berichten die kurzzeitarbeitslosen Frauen ebenso häufig oder sogar häufiger von gesundheitlichen Problemen. 59,7% der langzeitarbeitslosen gegenüber 27,7% der erwerbstätigen Männer sind von einer chronischen Krankheit oder Gesundheitsstörung betroffen. Bei den langzeitarbeitslosen Frauen waren es 51,6% gegenüber 34,5% bei den erwerbstätigen Frauen.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen sowie zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Angehörigen geführt. Ein sehr hoher Anteil der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege kommt dank der Leistungen der Pflegeversicherung ohne Leistungen der Sozialhilfe aus. Auch in der stationären Pflege ist es gelungen, die pflegebedingte Abhängigkeit vieler Heimbewohner von Sozialhilfeleistungen erheblich zu verringern.

VIII. Bildung - Schlüssel zu Teilhabe

Bei der Verteilung von Teilhabe- und Verwirklichungschancen spielt Bildung eine wichtige Rolle. Die Verantwortung für die schulische Bildung und die Hochschulbildung sowie den Elementarbereich liegt zwar im Wesentlichen bei den Ländern. Der Bund trägt aber durch gesetzliche Maßnahmen bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen im Elementarbereich oder bei den Hochschulen sowie im Bereich der Ausbildungsförderung zur Minimierung von Chancenungleichheiten bei. Wichtig ist dabei der Elementarbereich:

Der Versorgungsgrad bei Kindergartenplätzen erreicht rund 90%. Bei der Versorgung mit Krippenplätzen liegt Deutschland im internationalen Vergleich jedoch deutlich zurück. Eine Krippe konnten in Westdeutschland Ende 2002 nur knapp 3% der Kinder besuchen, in Ostdeutschland 37%.

Der Zugang zu höherwertigen Schul-, Ausbildungs- und Berufsabschlüssen wie auch der Zugang zum Studium wird nach wie vor durch Herkunft, Bildungsstand und berufliche Stellung der Eltern bestimmt. Die Chancen eines Kindes aus einem Elternhaus mit hohem sozialen Status, eine Gymnasialempfehlung zu bekommen, sind rund 2,7-mal so hoch wie die eines Facharbeiterkindes. Die Chance, ein Studium aufzunehmen, ist sogar 7,4-fach größer als die eines Kindes aus einem Elternhaus mit niedrigem sozialen Status.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Die Angebots-Nachfrage-Relation in der dualen Ausbildung betrug 2003 nur noch 98,2% (alte Länder) bzw. 91,2% (neue Länder). Diese Entwicklung zeigt sich auch in der Ausbildungsbeteiligungsquote der Betriebe, die im früheren Bundesgebiet von 35% (1980) auf knapp 24% (2002) absank. Mit 19% ist sie in den neuen Ländern noch niedriger. Das Risiko des Arbeitsplatzverlustes ist an den Bildungs- und Berufsabschluss gekoppelt. Das weitaus größte Risiko tragen Männer und Frauen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss. 2003 blieben in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen 1,36 Mio. oder 14,9% ohne beruflichen Bildungsabschluss.

Überproportional (ca. 36%) und mit steigender Tendenz sind Jugendliche ausländischer Herkunft vertreten. Deutlich angestiegen ist die Zahl der Studierenden von 1,8 Mio. im Wintersemester 1998/99 auf über 2 Mio. im Wintersemester 2003/04 sowie die Studienanfängerquote von 28% im Jahr 1998 auf 36% im Jahr 2003. Bildungsbeteiligung und Chancengleichheit hängen auch von der finanziellen Förderung ab. Die Vollgefördertenquote ist von 34% im Jahr 1998 auf 47% im Jahr 2002 angestiegen. Dies lässt den Rückschluss zu, dass es gelungen ist, den Anteil der aus den unteren Einkommensbereichen stammenden Geförderten zu erhöhen.

Auch die Weiterbildungsbeteiligung ist nach wie vor vom (Aus-) Bildungsstand und vom Geschlecht abhängig. Die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen ist von 48% im Jahr 1997 auf 43% im Jahr 2003 gesunken, die Teilnahmequoten in Deutschland liegen unter dem europäischen Durchschnitt und bleiben deutlich hinter den skandinavischen Ländern oder auch Großbritannien zurück. Angesichts der wachsenden Bedeutung lebenslangen Lernens stellt sich die Herausforderung, dieser Entwicklung energisch entgegenzusteuern. Mädchen und junge Frauen haben in den letzten 10 Jahren in der Bildungsbeteiligung erheblich aufgeholt und in vielen Bereichen die Männer überholt. Trotz besserer und höherwertiger Bildungsabschlüsse zeigen sich jedoch nicht die zu erwartenden Erfolge im Beschäftigungssystem mit entsprechenden Konsequenzen für ihren wirtschaftlichen Status. Verantwortlich sind hierfür u.a. immer noch vorhandene Probleme bei der Kinderbetreuung.

IX. Lebenslagen behinderter Menschen

Ende des Jahres 2003 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 6,639 Mio. schwerbehinderte Menschen, das waren etwas über 8% der Wohnbevölkerung. Trotz vieler Fortschritte auf dem Gebiet der Behindertenpolitik bleibt die Herausforderung bestehen, die Chancengleichheit von behinderten gegenüber nicht behinderten Menschen zu verbessern.

Die Verteilung der Haushaltsnettoeinkommen zeigt, dass Haushalte mit behinderten Menschen tendenziell häufiger in niedrigen Einkommensgruppen vertreten sind als Haushalte nicht behinderter Menschen. So haben z.B. bei den 25- bis unter 45-



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

jährigen behinderten Menschen in 2-Personenhaushalten 36% ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.700 Euro. Dieser Anteil beträgt bei den Nichtbehinderten hingegen 24%. Zwischen behinderten Frauen und behinderten Männern zeigen sich in der Regel bei den Haushaltsnettoeinkommen - unter Einbeziehung der Einkommen der anderen Haushaltsmitglieder - nur relativ geringe Unterschiede.

Allerdings erzielen behinderte Frauen - auch bedingt durch ihre geringere Erwerbsbeteiligung - deutliche niedrigere persönliche Einkommen als behinderte Männer. So verfügten z.B. 28% der behinderten Männer von 25 bis unter 45 Jahren über ein persönliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro, bei den behinderten Frauen waren es dagegen 42%. Gleichwohl zeigen Analysen auch, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen in der Regel nicht zu monetärer Armut führen: Die Armutsrisikoquoten behinderter Menschen lagen in den Jahren 1998 bis 2002 immer unter den Quoten der nicht behinderten Menschen; parallel zur allgemeinen Entwicklung stieg sie nach einem Rückgang in den Jahren 2000 und 2001 auf 12,5% im Jahr 2002 (nicht behinderte Menschen: 12,7%) an.

Die spezifische Arbeitslosenquote schwerbehinderter Menschen ging von 1998 bis 2002 von 17,5% auf 14,5% zurück. Trotz dieser Entwicklung lag die Arbeitslosenquote schwerbehinderter Menschen immer noch über der allgemeinen Arbeitslosenquote. Aufgrund der allgemeinen konjunkturellen Entwicklung stieg die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen im Jahresdurchschnitt 2003 an, auch ihre spezifische Arbeitslosenquote erhöhte sich auf 17,0%. Daher bleiben die Verbesserung der Beschäftigungssituation von behinderten Menschen und die Eingliederung in das Berufsleben vorrangige Ziele der Behindertenpolitik. Die besondere Herausforderung besteht darin, die Rahmenbedingungen für zielgenaue Maßnahmen weiter zu verbessern, um Qualifikationen behinderter Menschen sowie ihre Zugangschancen zum Arbeitsmarkt zu fördern und damit das Fundament für eine dauerhafte Erwerbstätigkeit zu stärken.

Nach den Schulgesetzen der Länder sollen behinderte Kinder und Jugendliche so gefördert werden, dass sie möglichst die Bildungsziele der allgemeinen Schulen erreichen können. Erklärtes Ziel ist, möglichst viele behinderte Kinder und Jugendliche integrativ an allgemeinen Schulen zu fördern. Vor diesem Hintergrund müssen aus die Bemühungen zur Schaffung eines bundesweit bedarfsdeckenden Angebots an integrativen Bildungsangeboten fortgesetzt werden.

Barrierefreies Wohnen ist für in ihrer Mobilität behinderte Menschen eine wichtige Voraussetzung für eine vollwertige Teilhabe am Leben der Gesellschaft. Trotz aller Anstrengungen steht barrierefreier Wohnraum noch nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

X. Soziale und wirtschaftliche Situation von Migrantinnen und Migranten

Zuwanderinnen und Zuwanderer tragen zur wirtschaftlichen Entwicklung und Prosperität Deutschlands bei. Ausländische Arbeitnehmerinnen und Selbstständige und ihre Angehörigen sowie Spätaussiedler und Spätaussiedlerinnen sind ein aktiver Faktor des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Geschehens; sie schaffen Arbeitsplätze, zahlen Steuern und Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen.

Gleichwohl unterscheidet sich die ökonomische und soziale Situation von Migrantinnen und Migranten nach wie vor von der Situation der Gesamtbevölkerung. Das höhere Risiko ausländischer Haushalte, auf Sozialleistungen angewiesen zu sein, ist vor allem auf höhere Erwerbslosigkeit infolge geringerer Bildungs- und Ausbildungsbeteiligung zurückzuführen. Kinder ausländischer Herkunft weisen vergleichsweise schlechtere Bildungsabschlüsse auf und haben damit ungünstigere Startchancen als Deutsche. Ausländer haben eine geringere Ausbildungsbeteiligung; im Jahr 2003 lag der Anteil der ausländischen Arbeitslosen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bei 72,5% aller ausländischen Arbeitslosen, der entsprechende Anteil der Deutschen bei 28,9%.

Von 1998 bis 2002 sank entsprechend der Arbeitslosigkeit insgesamt die Zahl der ausländischen Arbeitslosen von 534.000 auf 505.000, erreichte aber 2003 mit 550.000 Personen wieder einen höheren Stand. Die Arbeitslosenquote der Ausländerinnen und Ausländer war mit 20,4% (2004) weiterhin ungefähr doppelt so hoch wie die der Gesamtbevölkerung (11,7%). Allerdings lag der Anteil von Langzeitarbeitslosen unter den arbeitslosen Ausländerinnen und Ausländern im September 2003 mit 33,4% unter dem Anteil der Langzeitarbeitslosen an allen Arbeitslosen (36,4%). Dies deutet darauf hin, dass Ausländerinnen und Ausländer zwar häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind als die Bevölkerung insgesamt, aber zwischenzeitlich auch immer wieder Arbeit finden. Gründe hierfür können sowohl in einer überdurchschnittlichen Instabilität der Arbeitsverhältnisse liegen wie auch in einer größeren Flexibilität ausländischer Erwerbstätiger. Insofern ist schwierig einzuschätzen, ob hiermit ein zusätzliches Armutsrisiko verbunden ist.

Der Anteil der ausländischen Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger an allen Ausländern sank zwischen 1998 und 2003 von 9,1% auf 8,4%. Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit ist auch eine der Ursachen für ein höheres Armutsrisiko unter Migrantinnen und Migranten. Ihr Armutsrisiko ist zwischen 1998 und 2003 von 19,6% auf 24% gestiegen und liegt damit weiterhin deutlich über der Armutsrisikoquote der Gesamtbevölkerung.

Gesundheitsunterschiede zwischen Migranten und Deutschen sind vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen wie gesundheitlichen Lage in dem jeweiligen Herkunftsland zu sehen. Aus diesem Grund lässt sich trotz der sozialen Benachteiligung und migrationsspezifischen Belastungen nicht generell von



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

einem schlechteren Gesundheitszustand von Ausländerinnen und Ausländern ausgehen.

Es zeigt sich aber, dass Ausländerinnen und Ausländern durch präventive Angebote, z.B. Gripeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe, deutlich seltener erreicht werden. Auch sind ausländische Arbeitnehmer gemessen an der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern häufiger und länger krank.

XI. Menschen in extremer Armut und begrenzt selbsthilfefähige Personen

Personen, deren Handlungsspielräume in gravierender Weise und längerfristig begrenzt sind, sind in der Sicherung ihrer Grundbedürfnisse gefährdet und auch in ihren gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt. Das Phänomen sozialer Ausgrenzung droht sich dann zu verfestigen.

Das Ergebnis der Verfestigung von Armut im Lebensverlauf und der Mehrfachbetroffenheit durch Problemlagen wie etwa Langzeitarbeitslosigkeit, Einkommensarmut, Wohnungslosigkeit, Drogen- bzw. Suchtmittelgebrauch und Delinquenz sowie gesundheitliche Einschränkungen charakterisiert extreme Armut. Prägend für diese Situation ist, dass Menschen in extremer Armut zur Bewältigung von Krisensituationen durch die Hilfeangebote des Sozialstaates nur noch sehr eingeschränkt bzw. nicht mehr erreicht werden. -Sie sind nur noch über aufsuchende niedrigschwellige Maßnahmen anzusprechen.

In den vergangenen Jahren ist es zu einem starken Rückgang der Wohnungslosigkeit und der Wohnungsnotfälle gekommen. Die von der BAG-Wohnungslosenhilfe geschätzte Jahresgesamtzahl der Wohnungslosen hat sich zwischen 1998 und 2003 um fast 42% reduziert. Sie sank von 530.000 (1998) auf 310.000 Personen im Jahr 2003. Der Anteil von Frauen betrug 2002 - aktuellere geschlechts- und altersspezifische Zahlen liegen nicht vor - ca. 23% (75.000 Personen), der Anteil der Kinder und Jugendlichen ca. 22% (72.000 Personen) bei einer Gesamtzahl von 330.000 Wohnungslosen in diesem Jahr.

Schätzungen gehen von einer Zahl von 5.000 bis 7.000 Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen aus, die über einen längeren Zeitraum keine oder nur noch geringfügige andere Orientierungen und Anbindungen als die Straße haben. Viele jüngere Jugendliche und vor allem Kinder, die als Straßenkinder bezeichnet werden, pendeln zwischen Straße und Familie bzw. Jugendhilfe. Entsprechende Gefährdungen und Vorstadien einer Straßenkarriere, z.B. häufiges Schuleschwänzen, lassen sich aber zum Teil schon bei Kindern von 8 bis 11 Jahren beobachten.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Insbesondere schlechtere Arbeits- und Berufschancen und, damit verbunden, die Reduzierung von Einkommens- und Gesundheitschancen, vermindern die Teilhabechancen von Suchtkranken. Armut und soziale Ausgrenzung stellen ein erhebliches Risiko dar, eine Suchterkrankung zu entwickeln oder diese chronisch werden zu lassen.

Ende 2004 lebten ca. 44.000 Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland (1998: 37.000). Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen hat leicht zugenommen. Auf Grund der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten nimmt die Zahl der AIDS-Todesfälle ab, die der lebenden HIV-Infizierten steigt dagegen an. Schwerwiegende chronische und psychische Erkrankungen führen häufig zu einer Verschlechterung der sozio-ökonomischen Lebenssituation und sozialer Isolation. Auch die nächsten Angehörigen sind häufig davon mit betroffen, da sie ihr Einkommen und Vermögen für den erkrankten Angehörigen einsetzen müssen oder ihre kranken Angehörigen zu Hause versorgen. Eine einmal eingetretene Armutphase lässt sich von den HIV/AIDS-Betroffenen kaum selbst wieder überwinden.

XII. Politische und gesellschaftliche Partizipation

Die Chancen, politische Entscheidungsprozesse mitgestalten und sich am kulturellen und gesellschaftlichen Leben beteiligen zu können, stehen mit Einkommens- und Vermögenslagen ebenso wie mit Bildung und dem Umfang verfügbarer Zeit in Zusammenhang.

Personen aus einkommensschwachen Haushalten weisen ein geringeres Maß an politischer Partizipation auf als Personen mit höherem Einkommen. Sie sind beispielsweise seltener Mitglied einer Partei, Gewerkschaft oder Bürgerinitiative. Dagegen ist der Anteil derer, die Mitglied einer politischen Partei sind, bei Personen mit höherem Einkommen deutlich höher, sie nehmen diese Gestaltungsmöglichkeit stärker wahr als Personen mit geringerem Einkommen. Je höher das Einkommen ist, desto stärker ist auch das gesellschaftliche Engagement.

Von den Personen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze sind nur 25% regelmäßig bürgerschaftlich engagiert, von den Personen oberhalb dieser Abgrenzung aber mehr als ein Drittel. Im untersten Einkommensfünftel sind 3% Mitglieder einer politischen Partei, während es im obersten Fünftel 6,7% sind. Auch im Freizeitbereich (regelmäßige Mitwirkung in Sport- und Freizeitgruppen) nehmen einkommensarme Bevölkerungsgruppen Teilhabemöglichkeiten weniger wahr: 39% der Bevölkerung mit einem Einkommen unter der Armutsrisikogrenze geben eine regelmäßige Mitwirkung in Sport- und Freizeitgruppen an gegenüber 47% der Bevölkerung oberhalb der Armutsrisikogrenze.



Markus Kurth

Mitglied des Deutschen Bundestages
Bundestagsfraktion Bündnis 90/ Die Grünen
Sozialpolitischer Sprecher

Neben Einkommen und Bildung wirken sich auch soziodemografische Merkmale auf den Grad der Partizipation aus: Einflussreiche Positionen werden deutlich häufiger von Männern als von Frauen bekleidet. Junge Erwachsene beteiligen sich in vergleichsweise geringem Maße an politischen Wahlen und bürgerschaftlichem Engagement. Hingegen partizipieren Senioren in starkem Maße an der Gestaltung von Politik und Gesellschaft. An der Gestaltung der politischen und gesellschaftlichen Lebensverhältnisse sind höhere Einkommens- und Bildungsschichten stärker beteiligt als untere Bevölkerungsschichten. Dabei wird der Zugang zu Eliten nicht alleine durch Leistung, sondern auch durch materielle und immaterielle Privilegien gesteuert.

Die Zugehörigkeit zur gesellschaftlichen Elite wird durch materielles Vermögen ebenso wie durch kulturelles Kapital, soziales Kapital und symbolisches Kapital (Habitus) begünstigt, während soziale Aufstiegsprozesse nur eingeschränkt gelingen. Sowohl materielle Privilegien wie auch nicht-monetäre Vorteile sind in höheren (Bildungs-) Schichten. Häufiger als in unteren Gesellschaftsschichten, werden im Prozess der familialen Sozialisation weiter gegeben und bewirken so eine privilegierte Ausgangsposition für den Erwerb eines hohen sozialen Status. Von einer „Vererbung“ von Bildungschancen in dem Sinne kann gesprochen werden, dass Kinder aus mittleren und höheren Schichten durch familiäre Sozialisation Kompetenzen erwerben, die ihre berufliche Karriere erleichtern.

Änderungsantrag Gesundheit

Gesundheitspolitik, gerecht und solidarisch – von Anfang an!

Zeile 647-665 streichen und ersetzen durch

Gesundheit und Krankheit stehen in enger Verbindung mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen. Deshalb ~~beschränkt darfsich~~ **Grüne** Gesundheitspolitik nicht auf die Versorgung kranker Menschen ~~beschränken~~ sondern ~~umfasst muss~~ auch die Rahmenbedingungen für eine gesunde Umwelt und den Schutz der Verbraucherinnen und Verbraucher ~~eintreten~~. Die Gesundheitspolitik muss stärker als bisher mit der Bildungs-, Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft werden, um die Gesundheitschancen aller Bevölkerungsgruppen zu verbessern. **Unser Ziel Grundlage** ist die Sicherstellung einer sachgerechten medizinischen Versorgung für alle Menschen – unabhängig von Einkommen, Geschlecht, Herkunft, sozialer Lage und Wohnort sein. *Ein verlässliches, leistungsfähiges und für alle bezahlbares Gesundheitssystem gehört für uns dazu. Wir sehen erhebliche Ineffizienzen und verkrustete Strukturen im Gesundheitssystem. Wir setzen auf mehr Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Das kommt dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach kurzen Wegen und nach Versorgungsketten, in denen die Anbieter von Gesundheitsleistungen Hand in Hand arbeiten, entgegen. Wir werden uns deshalb für die Weiterentwicklung und den Ausbau der integrierten gesundheitlichen Versorgung einsetzen. Wichtig ist zudem die Sicherstellung der medizinischen insbesondere der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen.*

Wir wollen die Macht der Monopole weiter zurückdrängen, ~~indem wir uns z.B. -und- setzen unsd~~ weiterhin für die Erstellung einer Positivliste zur Kostendämpfung im Arzneimittelbereich einsetzen.

Wir werden unser Ziel weiter verfolgen, die Prävention neben der Akutmedizin, der Rehabilitation und der Pflege zu einer eigenständigen Säule unseres Gesundheitswesens zu machen ~~und -Wir werden~~ Maßnahmen zur Prävention fördern, damit Krankheit erst gar nicht entsteht. Das gilt gerade für die junge Generation, denn die Grundlagen für spätere Gesundheitsschäden werden im Kindesalter gelegt. Deshalb ist eine Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Schulen und am Arbeitsplatz wichtig.

Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen hat eine gleichwertige gesundheitliche Versorgungsqualität zum Ziel. Denn nur wenn lebensweltliche und biologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Gesundheitswesen durchgängig wahrgenommen werden, können Maßnahmen auf hohem Qualitätsniveau passgenau und zielgruppenspezifisch gestaltet werden.

Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen bezieht sich nicht nur auf die Qualität der Versorgung, sondern setzt auch eine Beteiligung beider Geschlechter auf allen Akteursebenen voraus. Grüne setzen sich dafür ein, dass die Kluft zwischen den Geschlechtern in bezug auf Gesundheitsforschung, Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation überbrückt wird. Wir haben erreicht, Erreicht haben wir, dass sich die Arzneimittelforschung und –zulassung nicht mehr ausschließlich an Männern orientiert. Bei allen Zulassungsstudien müssen künftig Frauen angemessen berücksichtigt werden. Wir setzen uns für eine Stärkung der PatientInnenrechte und für mehr Transparenz im Gesundheitswesen ein. Die Selbsthilfe und Selbstorganisation der PatientInnen müssen weiter gestärkt werden.

Wir wollen die Zuzahlungen (z.B. Praxisgebühr, Ordnungsgebühr, etc.) für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, BezieherInnen von Sozialhilfeleistungen, chronisch Kranken und ALG II EmpfängerInnen abschaffen, weil die Zuzahlung eine besondere Härte für diese Personengruppen darstellt und unsere Bemühungen um Prävention, Gesundheitsvorsorge und frühestmögliche Therapie untergräbt. Wir werden uns auch für eine Kostenübernahme bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln einsetzen, wenn sie das günstigste und angemessene Heilmittel darstellen.

Sofern die Effekte der Einführung der Bürgerversicherung sowie der Integrierten Versorgungsmodelle und ihrer jeweils wirksam entwickelten Versorgungskette ausreichen, kann künftig auch ganz auf Zuzahlungen verzichtet werden.

Wir wollen eine Bürgerversicherung, um unser Krankenversicherungssystem solidarischer, gerechter und nachhaltiger zu machen. Dabei wollen wir, dass alle gemäß ihrer Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung verschiedener Einkommensarten einbezahlen und allen unabhängig vom Geldbeutel die bestmögliche medizinische Versorgung garantiert wird. Es ist nicht einzusehen, warum sich Beamte, Freiberufler und Politiker durch den Wechsel in die private Krankenversicherung ihrer Solidarität mit den gesetzlich Versicherten entziehen können und nur Lohneinkommen bei der Berechnung der Beiträge einbezogen werden. An der Beitragsparität wollen wir festhalten. Wir fänden es falsch, wenn ein Pförtner den gleichen Betrag bezahlen müßte wie ein Manager. Deshalb lehnen wir die Kopfpauschale von CDU/CSU ab. Wir setzen uns für eine eigenständige Versicherung der Lebenspartner und für eine freie Mitversicherung von Kindern ein.

Ab Zeile 666 wie folgt neu:

Selbstbestimmung und Solidarität sind die wichtigsten Voraussetzungen für eine menschenwürdige Pflege. Wir Grüne wollen die Pflegeversicherung schnellstmöglich finanziell wie strukturell weiter entwickeln und alle Bürgerinnen und Bürger sind in die solidarische Finanzierung der Pflege einzu beziehen. Allerdings wird auch die

Bürgerversicherung bei allen notwendigen Leistungsverbesserungen wie bisher nur eine Teilkasko-Versicherung bleiben.

Wir brauchen eine umfassende Reform zur Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die meistens Frauen sind. Wir wollen eine Stärkung der ambulanten Pflege, eine Förderung neuer Wohnformen und der unabhängigen Wohn- und Pflegeberatung sowie Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz, psychischen und geistigen Behinderungen. Die seit Einführung der Pflegeversicherung konstanten Leistungssätze müssen an die Preisentwicklung angepaßt werden.

Wir fordern ein professionelles Netz der Unterstützung für pflegende Angehörige, um sich vor Selbstüberforderung und negativen gesundheitlichen Folgen zu schützen. Die Rahmenbedingungen für einen Verbleib in einer eigenen Häuslichkeit müssen verbessert, dabei auch kleine soziale Netzwerke gestärkt und ein Pflege- und Hilfemix in der Region und im Wohnquartier gefördert werden. Hierbei wollen wir neue auf die individuellen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen zielende Angebots- und Versorgungsformen unterstützen.

Um die Souveränität pflegebedürftiger Menschen zu stärken und gleichzeitig die Leistungen der Pflegeversicherung für ein optimales Hilfearrangement zu bündeln, sind die Ergebnisse des Modellprojektes "Persönliches Pflegebudget" bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Durch eine bessere Verknüpfung der Pflegeversicherung mit anderen gesetzlichen Leistungsbereichen wollen wir die notwendigen Mittel zur Sicherung der Prävention, Pflege, Rehabilitation und sozialen Begleitung – auch zu hause – besser absichern.

Neu:

Die Rahmenbedingungen für die beruflich Pflegenden müssen verbessert und die Pflegeausbildung den qualitativen und quantitativen Anforderungen angepaßt werden. Das Heimgesetz muss überprüft und überarbeitet werden mit dem Ziel die Bedürfnisse der älteren Menschen insbesondere bei der Gestaltung der Wohn- und Lebensverhältnisse stärker zu berücksichtigen. Wir setzen uns sowohl e im Gesundheitsbereich als muss auch in der Pflege für die Schaffung einer größeren Transparenz bei den Kosten und Leistungen eingeschaffen werden.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Baden-Württemberg
 Landesschatzmeister
 Harald Dolderer
 Forststr. 93
 70176 Stuttgart
 Tel.: 0711/99 35 9-0
 Fax: 0711/99 35 9-99
 email: dolderer@gruene.de
<http://www.ba-wue.gruene.de>

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Baden-Württemberg · Forststr. 93 · 70176 Stuttgart

Bündnis 90/DIE GRÜNEN
Bundesschatzmeister
Dietmar Strehl

Stuttgarter Bank
 Kto-Nr.: 228025001, BLZ 600 901 00
 Bus 42, Rosenbergplatz
 S-Bahn, Feuersee
 Straßenbahnlinien 4, 9
 Schloß-/Johannesstraße

Stuttgart, den 28. Feb. 2005

§ 26 Abs. 5 PartG, § 26a Abs. 4 PartG sowie § 28 Abs. 3 PartG
Stellungnahmen der VRT bezüglich der Verbuchung interner Verrechnungen
zwischen Gliederungen

Lieber Dietmar,

ich habe obige Stellungnahmen der VRT am 25.02.2005 mit den Mitgliedern unseres Finanzausschusses erörtert.

Wir teilen die Auffassung der VRT zu den Auswirkungen von § 26 Abs. 5 PartG, § 26a Abs. 4 PartG sowie § 28 Abs. 3 PartG auf die Rechnungslegung unserer Gebietsverbände. Erhebliche Bedenken möchten wir jedoch im Hinblick auf die praktische Umsetzung in den Gebietsverbänden anmelden und hierzu ein anderes Verfahren vorschlagen.

Der von der VRT auch für Kreisverbände geforderte gegenläufige Ausweis von Zuschüssen von und an Gliederungen in der Einnahmen- und Ausgabenrechnung stellt einen Bruch der bisher bekannten und eingeübten Praxis dar, in der Regel Einnahmen im Haben auf Konten der Klasse 8 sowie Ausgaben im Soll auf Konten der Klasse 4 zu verbuchen. Wir befürchten stark, dass ein solches Verfahren zu einer Überforderung der ehrenamtlichen Strukturen in den Kreisverbänden führt und damit zu einer Quelle von Fehlern wird.

Wir schlagen daher vor, dass die erforderlichen und unumgänglichen Konsolidierungen nicht bereits in den Rechenschaftsberichten der Landes- und Kreisverbände, sondern erst im Zuge der Konsolidierung der Berichte der Landesebene mit den Berichten der nachgeordneten Gebietsverbände zum Bericht der Landespartei durch die entsprechenden Fachreferate in den Landesverbänden vorgenommen werden. Eine Hauptabschlussübersicht zur Konsolidierung einer Landespartei könnte hierbei das geeignete Instrument sein. Detaillierte und ergänzende Aufstellungen zu den Zuschüssen von und an Gliederungen sowie den Forderungen und Verbindlichkeiten zwischen Gliederungen, die den Rechenschaftsbericht der Landespartei entsprechend erläutern, sind zumindest in Baden-Württemberg bereits Praxis und müssen daher nur an die neuen gesetzlichen Bestimmungen angepasst werden.

Eine weitere Differenzierung der Unterkonten zu Zuschüssen von und an Gliederungen ist sicherlich erforderlich, um die notwendige Transparenz und damit Prüfbarkeit der Zahlungen

zwischen Gebietsverbänden zu gewährleisten. Insbesondere für die Kreisverbände sollte aber eine Vermischung von Einnahmen- und Ausgabenkonten unbedingt vermieden werden.

Wir halten es aus diesem Grunde für erforderlich, dass in der Frage der praktischen Umsetzung der gesetzlichen Neuregelungen im Parteiengesetz nochmals das Gespräch mit der VRT gesucht wird. Es bietet sich auch an, die Problematik zunächst im Kreis der Fachreferate zu beraten und dann auch im Bundesfinanzrat zu erörtern.

Wir möchten an einem Beispiel aus unserem Landesverband verdeutlichen, weshalb die notwendigen Konsolidierungen erst durch die Fachreferate der Landesverbände vorgenommen werden sollen.

Sechs Kreisverbände haben sich unter Federführung des Kreisverbandes Ulm zur Region Oberschwaben zusammengeschlossen. Durch dieses Projekt entstehen Personalausgaben sowie Sachausgaben im Bereich Geschäftsbetrieb und Gremien. Finanziert wird das Projekt aus Zuschüssen der beteiligten Kreisverbände. Keiner der betroffenen Kreisschatzmeister und Kreisschatzmeisterinnen hat den Überblick über die Rechnungslegung aller beteiligten Gebietsverbände, um für den eigenen Kreisverband die notwendige Konsolidierung der Zuschüsse mit den entsprechenden Ausgaben anteilig zu ermitteln. Die erforderliche Konsolidierung kann sachgerecht nur nach Einreichung der Rechenschaftsberichte aller sechs Gebietsverbände durch das Fachreferat des Landesverbandes vorgenommen werden.

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit den gesetzlichen Neuregelungen im Parteiengesetz bedarf ebenfalls einer abschließenden Klärung. Es handelt sich um die Fragestellung, ob es sich bei Dienstleistungen (z.B. Buchhaltung), die von übergeordneten Gebietsverbänden für nachgeordnete Gebietsverbände erbracht werden, um einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb (Umsatzsteuer, Körperschaftssteuer?) handelt. Sollte dies der Fall sein, stellt sich nochmals die Frage, ob es sich bei Zahlungen z.B. aufgrund einer erstellten Buchhaltung tatsächlich um Zuschüsse zwischen Gebietsverbänden handelt oder nicht doch um entsprechende Erträge aus erbrachten Leistungen. Gegebenenfalls ließe sich die Problematik vielleicht auch umgehen, wenn die Erbringung von Dienstleistungen wie Buchhaltung gar nicht auf Landesebene, sondern direkt auf Ebene der Kreisverbände selbst angesiedelt werden würde. Auch das bedarf der Klärung.

Wir sehen deiner Antwort entgegen.

Herzliche Grüße



Harald Dolderer