

REPORTAGE
DEMOGRAFISCHER WANDEL
IN HANAU

Schrift 4:

**„Caipirinha statt Pfefferminztee“
Pflege 2030**

Reader "Altenhilfetag Hanau & Main-Kinzig" 2013:
"Pflege trifft ... Zukunft!"

Brüder-*Grümm*-Stadt



STABSSTELLE
DEMOGRAFISCHER WANDEL
STADT HANAU

Impressum:

Brüder Grimm – Stadt Hanau

© Stabsstelle Demografie

Dipl.-Pädagoge Lothar Hain

Am Markt 14 – 18

63450 Hanau

Fon: 0 61 81 / 295 354

Juni 2013

Inhaltsverzeichnis

Editorial	5
1. Einleitung	7
1.1. Schlüsselwort „demografischer Wandel“	7
1.2. Schlüsselwort „Babyboomer“	8
1.3. Schlüsselwort „Altersbild(er)“	9
1.4. Schlüsselwort „Infrastruktur“	11
1.5. Schlüsselwort „Gesundheit“	13
1.6. Schlüsselwort „Pflege“	15
2. Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen und Versorgungsarten	20
3. Zahl der Pflegebedürftigen – derzeitig und zukünftig	22
3.1. Pflegestatistik 2011 „Deutschlandergebnisse“	22
3.2. Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen	26
4. Bertelsmann Stiftung: Themenreport „Pflege 2030“	30
4.1. Bedeutung des Themas Pflege	35
4.2. Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse	35
4.2.1. Ausgangssituation	35
4.2.2. Projektion auf Bundesebene	35
4.2.3. Projektion auf Landesebene	37
4.2.4. Projektion auf Kreisebene	37
4.3. Analyse der Versorgungslücke	39
4.3.1. Die Projekt auf Bundesebene	39
4.3.2. Die Projekt auf Landesebene	41
4.3.3. Die Projektion auf Kreisebene	41
4.3.4. Überlegungen für die Stadt Hanau	41
4.3.4.1. Pflege	42
4.3.4.2. Demenz	43
4.4. Zusammenfassende Betrachtung	44
5. „Caipirinha statt Pfefferminztee“	46
5.1. Gut leben im Heim	47
5.2. Im Netz der Pflegemafia	56

5.3. Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen	60
5.4. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!	63
6. Exkurs: Robotik	70
6.1. In den starken Armen von Riba	70
6.2. Demografischer Wandel und ITK-Lösungen	71
6.2.1. Gesundheit und Pflege	72
6.2.2. Staat und Verwaltung	75
6.2.3. Infrastruktur und Mobilität	76
6.2.4. Schluss	77
7. Frank & Robot	78
8. Anhang	81
8.1. Die demografische Biografie der Stadt Hanau im Jahr 2012	81
8.2.1. unter 20-Jährige	72
8.2.2. 20- bis unter 65-Jährige	75
8.2.3. 65-Jährige und Ältere	76
9. Quellenverzeichnis	91

Editorial

Pflege zukunftsfähig machen. So lautet der Titel der Sonderausgabe der „Gesundheitspolitischen Informationen“ des Bundesministerium für Gesundheit vom Juli 2012 anlässlich der Verabschiedung des „Pflege-Neuausrichtungsgesetzes“ im Deutschen Bundestag vom 29. Juni 2012.

Das Gesetz rücke die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt, gestalte die Pflege bedarfsgerechter, unterstütze pflegende Angehörige und sei solide finanziert.

Soweit die „Gesundheitspolitischen Informationen“.

Ende des Jahres 2012 titelte die Süddeutsche: „Düstere Prognose für das Leben im Alter“. Was war geschehen? Die Bertelsmann Stiftung veröffentlichte ihren „Pflegerreport 2030“ und kommt zur Feststellung, dass die derzeitige und zukünftige Versorgungslücke in der Pflege für Handlungsdruck bei den Kommunen Sorge. Denn: Der Pflegebedarf steige in den kommenden Jahren um 50 Prozent und es fehlen dann rund 500.000 Vollzeitfachkräfte in der Pflege.

In der Tat düstere Aussichten.

Und: Grund genug, sich mit dem Thema „Pflege“ näher zu befassen. Zumal nun auch die sogenannten geburtenstarken Jahrgänge in die Jahre kommen, also alt werden und damit morbid und pflegebedürftig. Diese haben vermutlich ganz andere Erwartungen an „ihre“ Pflege als die heute alten Menschen. Neben der Zahlenarithmetik kommt also auch eine inhaltliche Debatte in Gang durch die unter den besonderen Bedingungen des Lebens im Wohlfahrtsstaat „sozialisierten“ Babyboomer.

Werden sich zukünftig Pflegebedürftigen mit Pfefferminztee zufrieden geben oder nach einem Caipirinha verlangen?

„Caipirinha statt Pfefferminztee“ – diese Frage steht im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen in Vorbereitung auf den Altenhilfetag Hanau & Main-Kinzig 2013, der unter dem Titel „Pflege trifft ... ZUKUNFT!“ stehen wird und im Oktober 2013 stattfindet.

Zunächst werden in einem einleitenden Kapitel (Kapitel 1) verschiedene Schlüsselbegriffe des gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskurses kurz beleuchtet.

Im Anschluss daran werden die gesetzlichen Grundlagen (Kapitel 2) benannt und die Zahlen und Fakten der aktuellen Pflegestatistik (Kapitel 3) dargestellt.

Die zentralen Ergebnisse des Themenreport „Pflege 2030“ werden im Kapitel 4 dargestellt und um Überlegungen für die Stadt Hanau erweitert.

Das 5. Kapitel widmet sich dann der polarisierend geführten Debatte über „gute“ und „schlechte“ Heime. Es kommen zwei Protagonisten „zu Wort“, einmal Konrad Franke („Im Heim gut leben“) und dann Claus Fussek („Im Netz der Pflegemafia“). Es folgt ein Aufsatz von Michael Isfort zum Thema „Anpassung des Pflegesektors“ und ein Blick in die Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zum Thema „Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!“, die verschiedene Aspekte für die zukünftige (Aus-)Gestaltung der Pflege als Forderungen an die unterschiedlichen politischen Akteure, Ebenen formulieren.

Die Reportage schließt mit einem „Exkurs“ zum Thema „Robotik“.

Im Anhang befinden sich statistische Daten der Stadt Hanau.

1. Einleitung

„Gesellschaftliche Teilhabe, Partizipation, selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld bis ins hohe Alter sowie die Realisierung individueller Lebensformen entsprechend den Bedürfnissen aller Menschen in ihren jeweiligen Lebensphasen.“, so beschreibt der Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen, Hermann Zaum; was kurz und bündig die Anforderungen an eine modernen Infrastruktur in den Quartieren der Städte und auch der Dörfer im ländlichen Raum im „Impulspapier Quartier“ der Freien Wohlfahrtspflege NRW.

Warum haben wir uns – schon wieder – mit dem Thema „Pflege“ zu beschäftigen? Und was ist anders an den heutigen Überlegungen gegenüber den Debatten der vergangenen Jahre?

1.1. Schlüsselwort „demografischer Wandel“

Das Schlüsselwort heißt „demografischer Wandel“. „Der demografische Wandel gehört zu den zentralen Entwicklungen unseres Landes. Dieser Wandel wird nahezu alle gesellschaftlichen und individuellen Lebensbereiche erfassen.“¹ Und: „Diese demografische Situation ist historisch neu.“²

Die Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Menschen nimmt ab, da die Zahl der Sterbefälle die der Geburten immer mehr übersteigt. Nach Modellberechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die Bevölkerung bis zum Jahr 2060 von derzeit knapp 82 Millionen auf 65 bis 70 Millionen Menschen sinken. Durch die Verschiebung der Altersstruktur wird dabei ein besonders großer Rückgang bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu verzeichnen sein.

Deutschland gehört seit vielen Jahren zu den Ländern mit geringen Geburtenzahlen. Nach dem sogenannten Babyboom bis Mitte der 1960er Jahre sind die durchschnittlichen Geburtenzahlen kontinuierlich gesunken. Seit Mitte der 1970er Jahre befindet sich die Geburtenrate in Deutschland auf einem anhaltend niedrigen Niveau von durchschnittlich rund 1,4 Kindern je Frau. Vor allem unter Hochqualifizierten sind heute viele Frauen kinderlos.

Durch die steigende Lebenserwartung wird der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung immer größer. Die gegenwärtige Lebenserwartung Neugeborener liegt für Jungen bei 77,5 und für Mädchen bei 82,6 Jahren. Modellrechnungen zufolge steigt sie bis zum Jahre 2060 für

¹ Bundesministerin a.D. Annette Schavan im Vorwort „Zukunft leben“ Die demografische Chance, Nicolai Der Hauptstadtverlag, Berlin 2013

² Petra Lutz und Thomas Spring: Der demografische Wandel – Bedrohung oder Chance?; in: Zukunft leben, Berlin 2013

Jungen auf 85 und für Mädchen auf 89,2 Jahre. Dabei werden die Menschen nicht nur immer älter, sondern bleiben auch immer länger gesund, weil der Alterungsprozess später im Leben einsetzt. So wächst die Anzahl der Lebensjahre, welche die Menschen in Gesundheit verbringen, stetig. Besonders die Überlebenschancen der über 50-Jährigen nehmen zu. Das kann nicht ohne Folgen bleiben und so werden wir im Zusammenleben alte Gewohnheiten auf den Prüfstand stellen müssen.

Der demografische Wandel bestimmt mit seinen Wirkungen, die gerne mit „weniger, älter, bunter“ etikettiert werden zunehmend unser soziales, kulturelles und wirtschaftliches Leben.

„Wurde der demografische Wandel im Sinne des Alterns und der Schrumpfung der Bevölkerung zunächst vor allem als Bedrohung und abwendbares Schicksal verstanden, so verstärken sich gegenwärtig die Stimmen, diese Entwicklungen als gesellschaftliche und politische Gestaltungsaufgabe und sogar als Chance zu begreifen.“³ Mayer vertritt die Auffassung, dass der demografische Wandel einerseits langfristige, schwerlich umkehrbare Prozesse auslöse, andererseits die sich ergebenden Konsequenzen für die gesellschaftliche und ökonomische Entwicklung „berechenbar und durchsichtig“ seien. Lutz und Spring hingegen schreiben, es sei schwer Vorstellungen für die Zukunft zu entwerfen, wenn es keine Erfahrungen aus der Vergangenheit gäbe. „Der Versuch, diese Unvorhersehbarkeit zu bewältigen, ist zuweilen Anlass für den Rückgriff auf Bilder und Mythen aus der Vergangenheit.“ (Zukunft leben, Seite 21)

Zu den Folgen des demografischen Wandels zählt Mayer u.a. den Anstieg der Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung für die chronisch und akut Kranken, die sich durch den wachsenden Anteil der Alten und Hochaltrigen an der Gesamtbevölkerung nun einmal ergeben werden. Mayer weiter: „Der Gesundheits- und Pflegesektor ist der am schnellsten expandierende wirtschaftliche Sektor.“ (Seite 18) Lutz und Spring fordern dazu und darüber eine „politische Debatte“, deren Grundlage die Wissenschaft (erst noch) zu liefern habe. Der Versuch „diese Unvorhersehbarkeit“ doch (noch) zu bewältigen habe drei Ebenen: eine kulturelle, eine soziale und eine individuelle Ebene. Es bleibt die Frage, nach der Gestaltbarkeit des Alters.

1.2. Schlüsselwort „Babyboomer“

Die geburtenstarken Jahrgänge gehen dem Ende ihrer Erwerbstätigkeit entgegen und sind auf dem Sprung in den Vorruhestand bzw. in die Rente. Die Babyboomer werden zu

³ Karl Ulrich Mayer: Demografischer Wandel: Entwicklungen, Risiken, Chancen und Gestaltungsaufgaben; in: Zukunft gestalten Berlin 2013

Seniorboomern. Die Seniorboomer werden sich nicht still und heimlich aus dem Diesseits verabschieden. Sie werden mit ihrer Macht, ihren Meinungen und Möglichkeiten das Bild des Planeten prägen.⁴ Die Seniorboomer verlangen nach Caipirinha statt nach Kamillentee.

Die Zahl der Menschen, die nicht in Deutschland geboren wurden, bzw. deren Eltern zugewandert sind, nimmt zu.

Die klassische, dreiteilige Biografie mit Kindheit, Familien- und Erwerbsleben und anschließender „Alterszeit“ hat einer, wie der Zukunftsforscher Horx einmal formuliert hat, „Multigrafie“ Platz gemacht. Kindheit- und Jugendzeit sind stark differenzierte Lebensphasen. Die Ausbildungszeit verschiebt sich deutlich an die Grenze des Teenager- zum Twenalter. Die Familiengründung findet entsprechend „spät“ statt; Kinder sind nicht mehr die zentrale Aufgabe einer Lebensgemeinschaft. Die Patchworkfamilien sind keine Ausnahme mehr. Auch die Erwerbsbiografien haben sich stark verändert. Es wird nicht mehr „für das Leben gelernt“, sondern für den Einstieg in einen Beruf. Die Inhalte und die Anstellungsverhältnisse verändern sich heute rascher denn je.

All das spiegelt sich in den Quartieren der Städte und in den Dörfern auf dem Land in unterschiedlichen Ausprägungen wider. Die damit verbundenen Herausforderungen müssen als Chance verstanden und aufgegriffen werden.

„Wer lebt, altert. Aber keine andere Lebensphase wird so angstvoll erwartet. Dabei sind die Vorstellungen vom Altern oft so festgefügt wie falsch.“⁵ Lutz und Springe fragen, was denn „Altern“ eigentlich sei und was biologische Tatsache und was soziale Konstruktion (Zukunft leben, Seite 22).

Es wird darauf ankommen, ein modernes und für alle Generationen tragfähiges Leitbild vom Alter und vom Altern zu entwickeln, dass in den nächsten Jahrzehnten die Menschen durch den Wandel tragen bzw. begleiten kann.

1. 3. Schlüsselwort „Altersbild(er)“

„Wenn wir über das Altwerden sprechen, unterscheiden die meisten zwischen dem Erwachsenenalter und dem höheren Alter. Insofern hängt die Diagnose über eine alternde Gesellschaft auch sehr stark von den vorherrschenden Vorstellungen über das Alter ab.“⁶ Der

⁴ „Deutschland: Babyboomer ohne Nachwuchs“, FOCUS Magazin Nr. 15 (2010).

⁵ Lutz und Springe in Zukunft leben, Seite 26

⁶ Prof. Dr. Jürgen Kocka: Das Alter kann Gegenstand der Verehrung, aber auch der Verachtung sein; in: Zukunft leben, Berlin 2013, Seite 85

Sechste Altenbericht der Bundesregierung beschäftigt sich nicht von ungefähr mit dem Thema „Altersbilder“. „Die Zukunft des Alters hängt ... in erheblichem Maße von den Altersbildern ab. Die in unserer Gesellschaft dominierenden Altersbilder werden jedoch der Vielfalt des Alters oftmals nicht gerecht.“⁷ Es scheint also ein Auseinanderklaffen zwischen bereits gelebter Wirklichkeit und den Bildern und Vorstellungen in unseren Köpfen über „das“ Alter(n) zu geben. Vermutlich machen wir uns unsere Vorstellungen über das Alter(n) der anderen (älter werdenden und alten) Menschen und weit aus weniger über unseren eigenen Alterungsprozess und unser eigenes Alter.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS), eine bundesweit repräsentative Langzeitstudie, die sich mit Menschen in der „zweiten Lebenshälfte“, also den Menschen, die sich jenseits des 40. Lebensjahres befinden, befasst, kommt u. a. in der aktuellen Publikation „Altern im Wandel“ zu der Feststellung, dass die Zukunft des Lebens im Alter zwar bunter, aber auch zerbrechlicher werden wird: „Momentan verbreiten sich alternative Lebensformen, die weniger stark an der traditionellen Familie orientiert sind. Allerdings vollzieht sich diese Entwicklung nur allmählich und nur in bestimmten Bevölkerungsgruppen. ... Entscheidend ist hier, welche alternativen Lebensformen partner- und kinderlose Menschen im Alter etablieren werden ...“⁸

„Auch Wünsche und Ziele werden neu definiert. Alles verändert sich. Doch der Wandel bietet auch Chancen, neu zu denken und Neues zu gestalten. Die „jungen Alten“ haben heute Möglichkeiten wie nie zuvor. Und die Jungen werden mit sich ändernden Anforderungen konfrontiert. ... Wir stehen erst am Anfang, ... eine(r) bunte(n) und hoffnungsvolle(n) Perspektive.“⁹

Wir unterschätzen unsere Lebenserwartung. Wir sind auf die Jahre nach der Entberuflichung nicht (wirklich und ausreichend) vorbereitet. „Die Definition, wann die Zäsur zwischen dem erwerbstätigen Erwachsenenleben und dem erwerbsarbeitsfreien Ruhestand gesetzt werden soll, hängt stark von unseren Vorstellungen ab.“ (Kocka, Zukunft leben, Seite 87). Der erwerbsarbeitsfreie Ruhestand hat sich, Kocka, fast zu einer Art Menschenrecht entwickelt.

⁷ Eine neue Kultur des Alterns | Altersbilder in der Gesellschaft: Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin November 2010

⁸ Altern im Wandel | Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, 1. Auflage August 2010

⁹ Change | Das Magazin der Bertelsmann Stiftung 1/2011: Demografischer Wandel – Chancen für die nächste Generation

„Wir haben zwar alle ein kalendarisches Alter, aber wir haben auch ein physisches Alter, das darüber Auskunft gibt, wann unsere körperlichen Fähigkeiten nachlassen. Wir haben ein psychisches Alter, das darüber entscheidet, inwieweit unsere geistigen Fähigkeiten vorhanden sind. Und wir haben ein soziales Alter, das davon abhängt, wie wir in die Gesellschaft einbezogen werden.“ (Kocka, Zukunft leben, Seite 85) So gehört es heute ... zu den bedeutsamsten Lebensanforderungen, sich Fragen eines langen Lebenslaufs und von Altern zu stellen.¹⁰

„Es muss in einer alternden Gesellschaft zunehmend Angebote geben, welche die vielfältigen Möglichkeiten und Strategien der Auseinandersetzung mit Altern, vom Umgang mit Verlusten bis hin zu möglichen Entwicklungen in Richtung Persönlichkeits- und kognitivem Wachstum effizient und „lustvoll“ vermitteln.“¹¹

Die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Alter(n) ergibt sich sowohl individuell als auch gesellschaftlich aus der Tatsache, dass wir historisch gesehen keine Vorbilder einer alternden und durch das Alter bestimmten Gesellschaft haben.

Selbstverständlich haben sich, wie wir sehen werden, die Menschen immer mit dem Alter(n) und den entsprechenden Auswirkungen beschäftigt. Jedoch ergeben sich aufgrund der demografischen Entwicklung individuelle und gesellschaftliche Anforderungen, die wir als Pioniere zu erschließen haben. Dabei scheint alles im Fluss zu sein.

„Und jetzt werden die wilden 68er langsam alt, schwach und pflegebedürftig – wie wird das, wenn wir mit ihnen den Generationswechsel verhandeln?“ Das fragt Ilia Papatheodorou von der Berliner Performance-Gruppe „She She Pop“.¹²

1.4. Schlüsselwort „Infrastruktur“

Die demografische Entwicklung erfordert eine Neuausrichtung der Versorgungs- und Unterstützungssysteme generationsübergreifend und insbesondere für hilfe- und pflegebedürftige Menschen unmittelbar in ihrem sozialen Umfeld, also im Quartier und im Dorf.

„Die demografische Entwicklung stellt die soziale Infrastruktur in unterschiedlicher Weise vor Herausforderungen. So steigt beispielsweise mit Zunahme des Anteils der älteren Menschen

¹⁰ Andreas Kruse & Hans-Werner Wahl: Zukunft Altern | Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg 2010, Seite 348

¹¹ Ebenda, Seite 353

¹² „Welches deiner Kinder liebste du am meisten?“; in: Zukunft leben, Berlin 2013, Seite 75

der Bedarf an Einrichtungen für Pflege und Betreuung. Die quantitative Ausweitung bestehender sozialer Dienste und Güter ist in Teilbereichen nach wie vor notwendig, steht jedoch im Spannungsfeld zunehmend geringer werdender finanzieller Ressourcen der öffentlichen Hand. Unter dem Anspruch einer generationengerechten nachhaltigen Entwicklung kann der demografische Wandel deshalb nicht alleine durch die Expansion bestehender Güter und Dienstleistungen bewältigt werden. Vielmehr müssen grundsätzlich neue, innovative Formen sozialer Infrastruktur in den Fokus rücken.“¹³

„Entsprechend dieser Entwicklung wird das große Thema unserer Gesellschaft sein, wie wir unsere Umwelt so gestalten, dass sie altengerecht wird.“¹⁴

Das bedeutet, „eine neue Perspektive auf die Lebensumfeld-Gestaltung ... (einzunehmen und) ... nicht mehr isoliert für einzelne Zielgruppen zu denken und zu planen, sondern im Sinne inklusiver Quartiere die Anforderungen aus verschiedenen Blickwinkeln, die in gleicher Weise zum Beispiel die Belange von Familien, Menschen mit Behinderungen, Zuwanderinnen und Zuwandern und eben von allen Bürgerinnen und Bürgern berücksichtigen.“¹⁵

Die Quartiersentwicklung ist Teil einer integrierten Stadtentwicklung. Die Entwicklung der Dörfer ist Teil einer Entwicklung des ländlichen Raums. Es wird um die Ausgestaltung von den nachfolgend genannten vier Bereichen gehen:

- Wohnen, Wohnumfeld und Arbeit
- Gesundheit, Service und Pflege
- Partizipation und Kommunikation
- Bildung, Kunst und Kultur.

Es muss Teil des Konzeptes sein, Zugänglichkeit, Teilhabe und Vernetzung auch gesamtstädtisch bzw. im ländlichen Raum regional bezogen zu denken. Hier stellen sich vor allem Fragen der Erreichbarkeit und Mobilität. Ein selbstbestimmtes Leben im Alter mit wohnortnaher ärztlicher und pflegerischer Versorgung, Kommunikationsmöglichkeiten und Barrierefreiheit in allen Fragen des täglichen Lebens ist dabei das Ziel. Die Übergänge der Lebensphasen müssen vor Ort mit dem Ziel gestaltet werden, dass belastende Defizite in den Unterstützungssystemen weitestgehend vermieden werden.

¹³ Sozialministerkonferenz: Demografischer Wandel und soziale Infrastruktur, Oktober 2011

¹⁴ Architekt Eckhard Feddersen: Das Wohnen der Zukunft ist alterslos.; in: Zukunft leben, Berlin 2013

¹⁵ Freie Wohlfahrtspflege NRW: Impulspapier Quartier

Die Angebote müssen generationsübergreifend sein und sich differenziert an alle Menschen im Quartier, im Dorf, richten. Eine derartige Quartiers-, bzw. Dorfontwicklung ist eine Generalaufgabe und muss Ressort- und Institutionsgrenzen überwinden, auflösen und sich auf einer anderen ggf. auch virtuellen Ebene neu konstituieren.

Soziale Infrastruktur steht daher vor der Herausforderung, qualitativ neue Formen zu finden, die auch geänderten Rahmenbedingungen gerecht werden. Hier bietet der demografische Wandel, so z. B. auch die Zunahme produktiver Lebenszeit, Ansatzpunkte und Chancen, solche neuen Formen zu entwickeln.

Wir finden, so Lutz und Spring, heute die „... erstaunlichsten Neuerungen und Experimente: Mehrgenerationenhäuser, Alten WGs, Dörfer für Demenzkranke und eine Architektur für alle Altersgruppen zeigen Wege auf, wie das (Zusammen-)Leben in einer alternden Zivilgesellschaft gelingen kann.“ (Zukunft leben, Seite 27) In Zukunft gehe es „immer“ um Inklusion und Teilhabe.

„Der Blick auf das Quartier erfordert neue Kooperationen und Vernetzungen der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege untereinander sowie mit weiteren lokalen und regionalen Akteuren einschließlich der privatwirtschaftlichen Anbieter. Daraus entwickeln sich systematisch nachhaltige Formen der Zusammenarbeit. Die Öffnung für die aus dem Quartier heraus erschlossenen Bedarfe und Notwendigkeiten muss dazu führen, bestimmte Spezialisierungen und Angebotsentwicklungen kritisch zu überprüfen und bedarfsgerechte Angebote gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern zu entwickeln.“¹⁶

Über allem schweben folgende Fragen: „Wie kann man in der längeren Lebenszeit fit und gesund bleiben?“ und „Wie werden wir in der Zukunft gepflegt wie werden wir an den gesellschaftlichen Prozessen teilhaben?“¹⁷

1.5. Schlüsselwort „Gesundheit“

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit

¹⁶ Impulspapier, ebenda

¹⁷ Siehe Lutz und Spring in Zukunft leben, Berlin 2013, Seite 22

und Gebrechen.“¹⁸ Andere Definitionen berücksichtigen sowohl die Leistungsfähigkeit als auch objektives und subjektives Wohlempfinden. Hurrelmann (1990) definiert Gesundheit als: „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“¹⁷

„Alle Experten sind sich einig, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt verstanden werden kann, welches körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet.“¹⁹

Welche Definition auch immer zu Grunde gelegt wird, zeigt sich „.... Eine deutliche Verbesserung der Gesundheit bzw. der Anteil „gesunder“ Jahre an der Gesamtlebenserwartung.“²⁰ Dies bedeutet, dass die „Morbidität“ Jahre nach hinten verschoben wird; die Phase der Morbidität dann allerdings als „multimorbid“ verläuft. Dabei „... spielen Verhaltensweisen und Lebensverhältnisse, Behandlungsstandards und Präventionsmöglichkeiten für Entstehung und Vermeidung vieler Krankheiten – und die Erhaltung der Gesundheit – eine beträchtliche Rolle.“²¹ Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) kommt u.a. zum Ergebnis, dass sich das körperliche wie psychische Wohlbefinden der Erwachsenen in Deutschland „auf einem hohen Niveau“ (DEGS, Seite 29) bewege. „Der 79-Jährige fühlt sich unterm Strich emotional ähnlich gut wie sein 18-jähriger Enkel.“ (DEGS, Seite 30)

Die „typische Frau“ im Alter von 75 bewerte ihre Gesundheit als mittelmäßig oder gut, fühle sich meistens oder immer voller Energie, sei in ihrer Alltagsmobilität um Wesentlichen uneingeschränkt. Sie könne problemlos einen Treppenabsatz steigen, schlafe durchschnittlich sieben Stunden pro Nacht. Sie hat hohen Blutdruck und nie geraucht. Dafür hatte sie im vergangenen Jahr Gelenkschmerzen und nahm im Schnitt sechs verschiedene Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel ein. Sie war im Durchschnitt zwölfmal pro Jahr bei einem

¹⁸ Quelle: http://gesundheitsmanagement.kenline.de/html/definition_gesundheit_krankheit.htm

¹⁹ Ellert, U. und B.M.Kurth: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland; in: Bundesgesundheitsblatt 5/6 2013, Seite 643 ff

²⁰ Walter, Ulla u.a.: Alt und gesund?, Alterbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006

²¹ Robert Koch Institut (Hrsg.): Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland 2012 (DEGS), Berlin, November 2012

niedergelassenen Arzt. Sie konsumiert moderat Alkohol, trinkt täglich Kaffee und kommt ohne Haushaltshilfe aus. Sie könnte sich bei ernststen Problemen auf bis zu zwei nahestehende Personen verlassen. Sie lebt in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus und war früher erwerbstätig.

Der „typische Mann“ im Alter von 75 bewerte ihre Gesundheit als gut oder sehr gut, fühle sich meistens oder immer voller Energie, sei in ihrer Alltagsmobilität um Wesentlichen uneingeschränkt. Er könne problemlos mehrere Treppenabsätze steigen, schlafe durchschnittlich sieben Stunden pro Nacht. Er hat hohen Blutdruck und ist Extraucher. Dafür hatte er im vergangenen Jahr Gelenkschmerzen und nahm im Schnitt fünf verschiedene Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel ein. Er war im Durchschnitt elfmal pro Jahr bei einem niedergelassenen Arzt. Er konsumiert moderat Alkohol, trinkt täglich. Er könnte sich bei ernststen Problemen auf bis zu zwei nahestehende Personen verlassen. Er lebt in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus mit einer Partnerin zusammen.

1.5. Schlüsselwort „Pflege“

„Liebes Kind, nimm dich deines Vaters im Alter an und betrübe ihn ja nicht, solange er lebt, und habe Nachsicht mit ihm, selbst, wenn er wie ein Kind wird, und verachte ihn nicht im Gefühl deiner Kraft“ (Sir 3,14–15).

Die Intensität dieser Einschärfungen ist ein Hinweis auf die Lage alter Menschen in biblischen Zeiten: ihrer Körperkraft beraubt, konnten sie nicht mehr selbst für sich sorgen und waren auf Familie und Nachbarschaft angewiesen.

Heute leben alte Menschen in anderen finanziellen und gesundheitlichen Verhältnissen. Leitbild ist der autonome, weithin gesunde Mensch, der im Falle einer (kurzen) Pflegebedürftigkeit liebevoll im Kreis der Familie gepflegt wird. Schwer pflegebedürftige, ihrer Entscheidungsfreiheit beraubte alte Menschen im Heim beleidigen dieses Ideal.

Welchen Wert messen wir Menschen bei, die nicht mehr produktiv sind, die sich selbst nicht mehr versorgen können, nicht mehr in unserem Sinne kommunizieren? Und wer sind wir,

wenn wir unsere Autonomie, unsere Erinnerungen und unsere Geschichte, unsere „Identität“ verlieren, unseren Namen nicht mehr wissen?

Dabei wird die Heimpflege, insbesondere aber auch das Thema „Zukunft der Heime“ intensiv diskutiert. Auf der einen Seite steht der Aufruf „Schafft die Heime ab und die Beobachtung, dass eine Vielzahl neuer, meist ambulant organisierter quartiersnaher Wohn- und Pflegeformen entwickelt werden. Auf der anderen Seite wird davon ausgegangen, dass es einen Nachfragezuwachs an stationären Betreuungsformen gibt und es sich deshalb lohnt, in neue Pflegeheime zu investieren. Die Diskussion um die Heime bezieht sich einerseits auf die inhaltliche Problematik der Heimsituation, zum anderen auf die Frage der Finanzierbarkeit.

Eines lässt sich daraus ableiten: Eine Auseinandersetzung mit der Situation des Pflegeheims ist angesichts der momentanen Problemlage dringend erforderlich.

In einer Gesellschaft, die einerseits von einer Verdrängung des Alterns in der so genannten Anti-Aging-Bewegung geprägt ist, andererseits beflügelt von dem neuen Begriff des Successful-Aging zu einem erfolgreichen Altern aufbricht, erscheint das Altenpflegeheim als ein Un-Ort, den es in jedem Fall zu vermeiden gilt. Das oftmals negative Bild der Pflegeeinrichtungen, das in regelmäßigen Abständen durch Skandalberichterstattung der Medien belebt wird, hat mit diesem kollektiven Verdrängen des Altwerdens und der damit verbundenen Wahrnehmung der eigenen Endlichkeit und Fragilität zu tun.

An der Schwelle des Pflegeheims kann man der Endlichkeit des Lebens nicht mehr ausweichen.

Im Zuge einer politisch gewollten Ambulantisierung einerseits und der Entwicklung hin zu einer immer älteren Gesellschaft andererseits wird diese Wirklichkeit des Pflegeheims verstärkt. Mehr und mehr findet in den Pflegeeinrichtungen eine Verdichtung der Vergänglichkeit statt. Die Menschen, die in ein Pflegeheim kommen, werden immer älter und damit pflegebedürftiger. So liegt der Altersdurchschnitt gegenwärtig bei 87 Jahren. Multimorbidität und chronische Erkrankungen bestimmen das Bild. Immer mehr BewohnerInnen leiden an einer Demenz oder einer anderen gerontopsychiatrischen Erkrankung. Die Verweildauer der BewohnerInnen wird immer kürzer.

Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung bedeutet Abschied von der bisherigen Lebensform. Damit verbunden ist das Bewusstwerden, den letzten Lebensabschnitt vor sich zu haben. Es ist der Umzug in eine soziale Welt, die von Menschen mit oftmals gleichartigen oder ähnlichen Lebenssituationen geprägt ist. Die Regeln des Zusammenlebens, benannte und nicht benannte Spielregeln in der jeweiligen Einrichtung, beeinflussen das Lebensempfinden.

Mit der Öffnung des Altenhilfesektors für den freien Markt hat sich die Grundstruktur in den Rollen, in denen man sich im Altenpflegeheim begegnet, radikal verändert. „Bewohner“ werden „Kunden“, die für eine Dienstleistung bezahlen und entsprechende Qualität erwarten, und „Pflegekräfte“ werden „Dienstleister“ und kommen häufig in den Spagat zwischen der eigenen Fachlichkeit und den Wünschen der Kunden.

Der Umzug in ein Pflegeheim ist häufig der letzte Schritt, wenn eine Versorgung zuhause – meist aufgrund einer fortgeschrittenen dementiellen Erkrankung oder wegen Multimorbidität – nicht mehr möglich ist. Angehörige erfahren sich in dieser Situation als hilflos und allein gelassen.

„Die Differenziertheit der Sozialräume, auch innerhalb einer Kommune, erfordert eine Akzentuierung bei der Entwicklung dieser Strategien.“²² Dies kann nur mit einer umfassenden Bedarfsanalyse gelingen. Sie geht weit über das konservative Verständnis von Pflegeplanung, die sich auf die zahlenmäßige Erfassung von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen beschränkt, hinaus. Sie gestaltet den demografischen Wandel, indem sie die Infrastrukturen des Alltags, der Hilfen vor und während der Pflegebedürftigkeit sowie der Selbsthilfepotenziale an die Zukunft anpasst.

Innovative Bedarfsanalysen ... (müssen) ..., so Blom und Görres, die Bevölkerungsstruktur (Differenzierung nach Alterskohorten, Darstellung des sogenannten Pflegepotenzials, d.h. das Verhältnis zwischen den Hochaltrigen (80+) zu den 40- bis 60-Jährigen) gleichermaßen in den

²² Blom, Sabine und Stefan Görres: Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen; in: Informationsdienst Altersfragen, Heft 02, März / April 2012, Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Seite 4

Blick nehmen.²³ Dies führt zu einem Paradigmenwechsel: Die Abwendung von einer planerischen Altenhilfe bzw. -pflege anhand von Richtwerten und die Hinwendung zu einer partizipativen Gestaltung der kommunalen Seniorenpolitik.²⁴

Dieses „moderne“ Leitbild (Blom und Görres) des Alter(n)s macht die Potenziale und Ressourcen der aktiven Älteren sichtbar und nutzbar und löst das unzutreffende Defizit-Modell des Alter(n)s ab. Das Alter(n) ist keine homo-, sondern heterogene Lebensphase, innerhalb dessen sich das Alter(n) sozial differenziert: es gibt die aktiven Älteren, die weniger aktiven Älteren, die bereits Unterstützung und Hilfe bzw. Pflege benötigen und die meist inaktiven Hochaltrigen.²⁵

Auf diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wie lassen sich der demografische Wandel, Veränderungen in den Familienstrukturen, die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen und von älteren Menschen sozialpolitisch verarbeiten?²⁶

Nur mit Mitteln des Marktes und nur mit Blick auf weitere Sozialleistungen des Staates lässt sich, so Prof. Dr. Klie vom Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung, Wohlfahrt in realistischer Weise nicht sichern. Seit einigen Jahren steht in der Sozialpolitikwissenschaft der Wohlfahrtspluralismus für eine sektorenübergreifende bzw. sozialpolitische Gestaltung im Kleinen wie im Großen. Der in der Alltagssprache nicht sehr gebräuchliche Begriff des Welfare-Mixes steht für vielfältige Realitäten gemischter Wohlfahrtsproduktion: für das Zusammenwirken von Familien, Nachbarschaften, marktgängigen Dienstleistungen, bürgerschaftlichen Engagements und staatlichen Institutionen. Wohlfahrt, von dieser Annahme ist auszugehen, ist das Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Systeme, das sich sowohl auf der individuellen als auch auf der lokalen Ebene immer wieder neu mischt.

Dieser Welfare Mix verbindet

- den privaten, informellen Sektor, zu dem Familien, Freunde, Bekannte, Nachbarn gehören,
- den privatwirtschaftlichen Sektor, zu dem u.a. ambulante Pflegedienste zählen,
- den Staat, der u.a. durch Kommunen repräsentiert wird und
- den dritten Sektor, zu dem organisierte (gemeinnützige) Initiativen, freie Träger der Wohlfahrtspflege u.a. zählen.

²³ Blom und Görres: ebenda, Seite 5

²⁴ Blom und Görres: ebenda, Seite 5

²⁵ Blom und Görres: ebenda, Seite 5

²⁶ Prof. Dr. Thomas Klie; Zentrum für Zivilgesellschaftliche Entwicklung Freiburg

Ein Welfare Mix kann dann als gelungen bezeichnet werden, wenn eine Beziehungskonstellation erreicht wurde, von der alle Akteure profitieren.

Dazu gehört auch ein neues Denken über Pflegearrangements: Pflege ist nicht nur eine Angelegenheit der Professionellen und Jüngeren, sondern kann auch von den „fitten“ Älteren auf ehrenamtlicher Basis geleistet werden, die damit ihren Wunsch nach einer sinnvollen Aufgabe einlösen.

Um den zukünftigen Herausforderungen einer zunehmend (differenziert) alternden Gesellschaft gerecht zu werden, kann sich die pflegerische Versorgung älterer Menschen nicht länger ausschließlich auf die Privatheit konzentrieren, sondern muss als gemeinschaftliche Aufgabe innerhalb einer Kommune, eines Stadtteils begriffen werden.

Ein Paradigmenwechsel von einer indikations- bzw. sektorenorientierten Versorgung zu einer populationsorientierten Versorgung ist für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung unabdingbar. Für Kommunen bzw. Stadtteile besteht die Chance darin, in einem kleinen und überschaubaren Rahmen Korridore für eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und Institutionen zu schaffen.

Das Pflegeheim ist Teil des Quartiers. Es gehört dazu wie der Kindergarten oder die Schule.

„In 20 Jahren wird es stationäre Pflege allerdings nur noch für Menschen mit Demenz geben. Die große Angst vieler Älterer, ins Heim zu kommen, ist künftig unnötig: Fortschritte in der Medizin und bei Dienstleistungen für das Alter werde es ermöglichen, dass wir das Wohnen alter Menschen in stationären Pflegeheimen auf jene einschränken können, die sich selbst und andere gefährden.“²⁷

²⁷ Architekt Eckhard Feddersen: Das Wohnen der Zukunft ist alterslos.“; in: Zukunft leben, Berlin 2013

2. Pflegebedürftigkeit, Pflegeleistungen und Versorgungsarten

Die Pflegebedürftigkeit ist im § 14 SGB XI Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung definiert. Dort heißt es:

§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Als Pflegeleistungen werden in den Daten der Pflegestatistik unterschieden ²⁸:

- Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI: Pflege durch ambulante Pflegedienste),
- Pflegegeld (§ 37 SGB XI: für selbst beschaffte Pflegehilfen), Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI: häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson; wird teilweise auch Urlaubspflege genannt),
- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI: stationäre Pflege als Ergänzung zur häuslichen Pflege; wird teilweise auch teilstationäre Pflege genannt),
- Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI: vorübergehende stationäre Pflege),
- Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI: dauerhafte vollstationäre Pflege).

Das Statistische Bundesamt unterscheidet zwischen drei Versorgungsarten: ²⁹

²⁸ Quelle: Themenreport „Pflege 2030“, Bertelsmann Stiftung 2012, Seite 21

²⁹ Quelle: Themenreport, Seiten 21 / 22

1 Versorgungsart: ambulante Pflege

Hierin sind alle Pflegebedürftigen gefasst, die zu Hause unter Beteiligung von ambulanten Pflegediensten gepflegt werden. Dahinter verbergen sich Empfänger von Pflegesachleistungen (inklusive Kombinationsleistungen, das heißt Pflegesachleistungen bei gleichzeitiger Zahlung von Pflegegeld) und Empfänger von Verhinderungspflege.

2 Versorgungsart: vollstationäre Pflege

Die stationären Pflegeeinrichtungen melden folgende Leistungen:

- 1 = vollstationäre Dauerpflege
- 2 = Kurzzeitpflege
- 3 = Tagespflege
- 4 = Nachtpflege

Da die Leistungsempfänger von Tagespflege und Nachtpflege immer auch anspruchsberechtigt sind, Pflegegeldleistungen oder Pflegesachleistungen zu bekommen, werden diese entsprechend der Konvention der Pflegestatistik seit 2009 nicht mehr bei den stationären Fällen mitgezählt, da es sonst zu Doppeltzählungen kommt. Gezählt werden nur die Pflegebedürftigen, die mehrere Tage oder dauerhaft im Heim vollstationär gepflegt werden (Kurzzeitpflege oder vollstationäre Dauerpflege).

3 Versorgungsart: Angehörigenpflege

Knapp die Hälfte der Pflegebedürftigen wird ausschließlich durch Angehörige gepflegt und erhält dafür Pflegegeld von der Pflegeversicherung. Die Pflegegeldempfänger werden von den Pflegekassen gemeldet. In den Meldungen wird unterschieden zwischen:

- 5 = ausschließlich Pflegegeld
- 6 = Kombination von Geld- und Sachleistung

Die Empfänger von Kombinationsleistungen werden auch durch die ambulanten Pflegedienste gemeldet. Um eine Doppeltzählung zu vermeiden und eine klare Grenze zu ziehen zwischen denen, die ambulante Dienste in Anspruch nehmen, und denjenigen, die es nicht tun, werden in der Versorgungsart „Angehörigenpflege“ nur diejenigen gezählt, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen. Diese Pflegebedürftigen werden nur von Familienmitgliedern, Nachbarn, Freunden oder Bekannten zu Hause gepflegt.

3. Zahl der Pflegebedürftigen – derzeitig und zukünftig

Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Art der Versorgung und nach Alter und Pflegequote als auch Aussagen zur Situation in den ambulanten Pflegediensten und in den Pflegeheimen finden sich einschließlich von Zeitreihen mit ausgewählten Merkmalen in der sogenannten Pflegestatistik.

Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen für den Bund und die Länder können der Veröffentlichung aus dem Jahr 2010 „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder entnommen werden.

3.1. Pflegestatistik 2011^{30 31}

Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit Dezember 1999 zweijährig durchgeführt. Die vorliegende Statistik („Deutschlandergebnis“¹² und „Ländervergleich“¹³) ist somit die aktuellste, die verfügbar ist. In der Publikation, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik in Wiesbaden werden zunächst ein paar grundlegende Anmerkungen (Seite 4) zur Statistik gemacht:

Das Ziel dieser Statistik ist es, Daten zum Angebot und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Die Statistik setzt sich aus zwei Ebenen zusammen: Zum einen werden die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen befragt, zum anderen liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfänger von Pflegeleistungen. Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Ergebnisse in tiefer regionaler Gliederung (z.B. Kreise und Regierungsbezirke) bietet das jeweils zuständige Statistische Landesamt.

Am Ende des Jahres 2011 waren laut „Pflegestatistik 2011 – „Deutschlandvergleich“ 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); davon wurden 70 Prozent zu Hause versorgt und 30 Prozent in Heimen vollstationär.

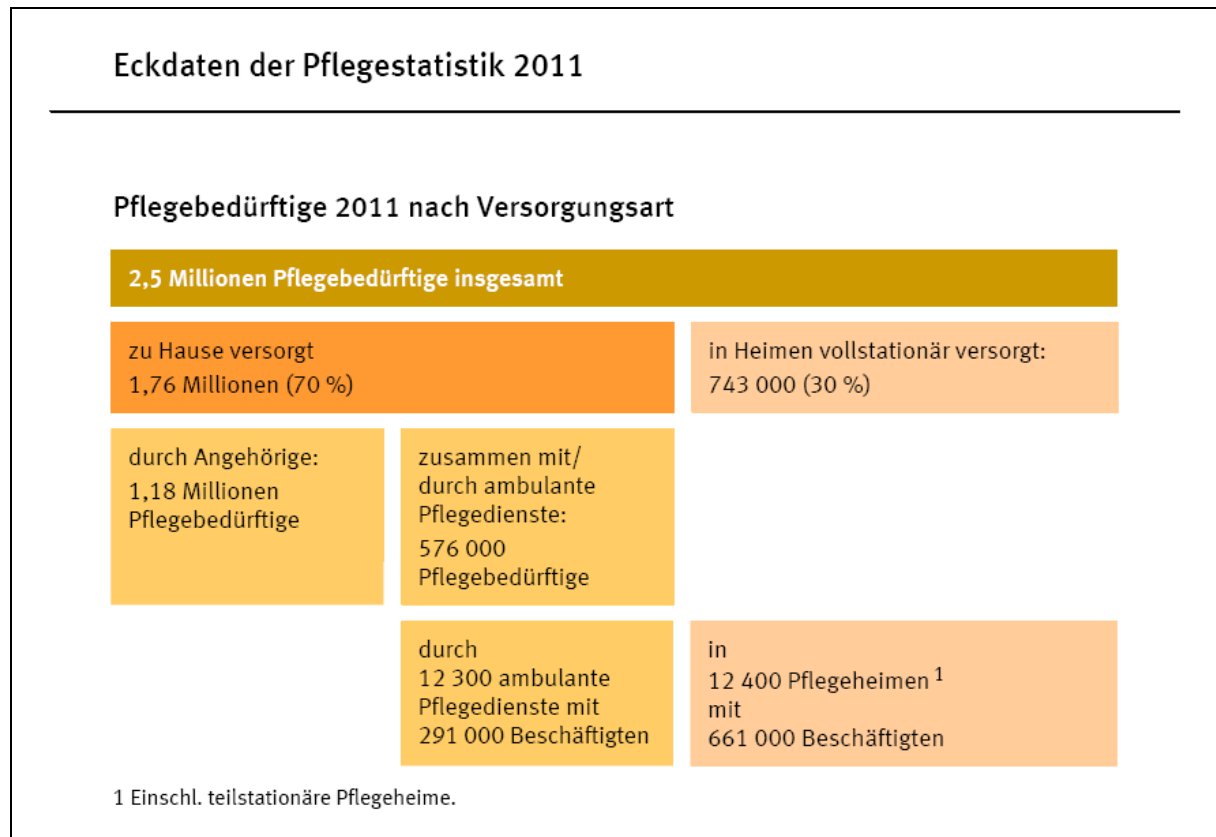
³⁰ Pfaff, Heiko (Autor): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 2013

³¹ Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich – Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 2013

Allein nur durch Angehörige wurden 1,18 Millionen Pflegebedürftige versorgt.

In der Pflege waren fast 1 Millionen Menschen beschäftigt.

Die Eckdaten können der nachstehenden Grafik (Seite 5) entnommen werden.



Pflegebedürftige zum Jahresende 2011

Im Dezember 2011 waren 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (65 %) waren Frauen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 36 %. Mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1 182 000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 576 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 30 % (743 000 Personen) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber 2009 beträgt insgesamt 7 Prozent.

Im Vergleich 2011 mit 2009 hat die Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Pflegedienste und der vollstationären Pflegeheime zugenommen: Die Anzahl der in Heimen vollstationär

Versorgten ist um 3,6 % (26 000) gestiegen; die Zahl der durch ambulante Dienste Betreuten stieg um 3,8 % (21 000). Diese Angaben beruhen auf Befragung der Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste durch die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Die Anzahl der „reinen“ Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger – also der allein durch Angehörige versorgten – nahm nach den Ergebnissen der Statistik um 10,9 % (116 000) zu. Der Anstieg wird allerdings zu hoch ausgewiesen. Somit sind auch die sich ergebenden Anstiege bei der Pflege zu Hause (8,5 % bzw. 138 000) und bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt (7,0 % bzw. 163 000 Personen) überzeichnet. Bei den Pflegestufen ist – wie auch in den Vorjahren – ein überdurchschnittliches Wachstum bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (+ 9,8 % bzw. 122 000) festzustellen. Bei den Pflegestufen II und III sind hingegen die Veränderungen geringer: Der Anstieg beträgt jeweils 4,0 %. Im Vergleich zu 1999 ist die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten um 32,0 % (180 000) gestiegen, bei den ambulanten Pflegediensten um 38,8 % (161 000 Pflegebedürftige). Die Angaben zu den „reinen“ Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern und den Pflegebedürftigen insgesamt sind wiederum, wie oben dargestellt, nur eingeschränkt vergleichbar mit der Erhebung 1999. Die im Folgenden dargestellten Zunahmen sind entsprechend überzeichnet. Es ergeben sich für die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger ein Anstieg von 15,0 % bzw. 154 000 Personen, bei der Zahl der zu Hause Versorgten in diesem Zeitraum 21,9 % (315 000) und bei den Pflegebedürftigen insgesamt 2 24,1 % (485 000).

Pflegebedürftige zu Hause und im Heim im Vergleich Von den im Dezember 2011 zu Hause Versorgten waren 62 % Frauen. Der Frauenanteil bei den vollstationär im Heim Versorgten war mit 74 % deutlich höher. Die vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren älter als die zu Hause Gepflegten: Bei diesen Heimbewohnern waren die Hälfte (50 %) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten ca. ein Drittel (30 %). Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III (höchste Pflegestufe) betrug im Heim 20 % – bei den zu Hause Versorgten 9 %. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war, beträgt die Quote für die ab 90-Jährigen 58 % Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 58 %. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B.

bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 42 %, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 29 %. Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für diesen Verlauf der Pflegequoten auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein: Ältere Frauen leben häufiger alleine. Bei Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer häufig z. B. zuerst von ihren Frauen versorgt werden. Entsprechend wird zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.

Von den insgesamt 12 300 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (7 800 bzw. 63 %); der Anteil der freigemeinnützigen Träger (z. B. DIAKONIE oder CARITAS) betrug 36 %. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 1 %. Fast alle ambulanten Pflegedienste (97 %) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an. 9 % der Pflegedienste waren organisatorisch an Wohneinrichtungen angeschlossen; 6 % an ein Pflegeheim. Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 47 Pflegebedürftige.

Gegenüber 2009 hat die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste zugenommen. Es wurden 4 % mehr Pflegebedürftige versorgt

Die Zahl der ambulanten Dienste stieg im Vergleich zu 2009 um 2,7 % bzw. 300 Einrichtungen; die Zahl der ambulant Versorgten nahm um 3,8 % bzw. 21 000 zu. Der Anstieg findet (22 000 bzw. 7,2 %) bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I statt.

Die Personalzahl stieg im gleichen Zeitraum um 8,1 % bzw. 22 000 Beschäftigte. Starke Anstiege sind dabei sowohl bei den Teilzeit- (+ 15 000 bzw. 7,8 %) als auch bei den Vollzeitbeschäftigten (+ 8 000 bzw. 10,8 %) festzustellen.

Bundesweit gab es im Dezember 2011 rund 12 400 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (54 % bzw. 6 700) befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. DIAKONIE oder CARITAS); der Anteil der Privaten betrug 40 % – er liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (5 %). Bei jedem fünften Heim (19 %) war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch angeschlossen.

Im Altenheim werden hauptsächlich ältere Menschen betreut, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten

Gegenüber 2009 ist auch weiter Wachstum bei der stationären Versorgung zu verzeichnen. Es wurden knapp 5 % mehr Pflegebedürftige teil- oder vollstationär versorgt.

Gegenüber 2009 ist bei der stationären Versorgung insgesamt ein Wachstum zu verzeichnen: Die Zahl der Heime stieg um 6,2 % bzw. rund 700 Einrichtungen; die Zahl der Heime mit vollstationärer Dauerpflege um 3,1 % bzw. 300.

Die Zahl der zugelassenen Plätze nahm insgesamt um 3,6 % (31 000 Plätze) zu; die Plätze für vollstationäre Dauerpflege um 2,8 % (23 000 Plätze). Weiterhin an Bedeutung gewinnen die Plätze in 1-Bett-Zimmern (+ 6,9 % bzw. 32 000 Plätze bei der Dauerpflege).

Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ist insgesamt ein Anstieg um 5,1 % (38 000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der vollstationär Versorgten nahm dabei um 3,6 % bzw. 26 000 zu (die vollstationäre Dauerpflege um 3,4 %). Die Zahl der teilstationär Versorgten nahm überdurchschnittlich um 39,5 % (12 000) zu. Das Wachstum fand auch stationär im überdurchschnittlichen Umfang bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I statt (25 000 Personen bzw. + 8,9 %).

Das Personal stieg im gleichen Zeitraum um 6,4 % bzw. 40 000 Personen. Ein starker Anstieg fand bei den Teilzeitkräften mit 9,7 % bzw. 36 000 Beschäftigte statt. Dies betraf insbesondere die Beschäftigten, die mehr als „halbtags“ tätig sind (+ 13,4 % bzw. 29 000 Beschäftigte). Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hat hingegen unterdurchschnittlich um 2,6 % bzw. 5 000 Personen zugenommen.

3.2. Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen³²

Die Vorausberechnungen zur zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen findet sich in der Publikation der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder aus dem Jahr 2010.¹⁴

Darin heißt es u.a. (Seite 4 ff): Basis der Analysen zu den Auswirkungen des demografischen Wandels ist die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder.

³² Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.), Wiesbaden 2010

Nach dieser Bevölkerungsvorausberechnung wird die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen. Legt man die Vorausberechnungsvariante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“ zu Grunde, so werden im Jahr 2030 rund 7,3 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von 34,5 %. Im Jahr 2030 würden dann 37 % der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2009: jeder Vierte). Bei deutlich gesunkener Bevölkerungszahl würde sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf 40 % der Bevölkerung weiter erhöhen. Diese Vorausberechnungsvariante basiert auf den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern je Frau, eines Anstiegs der Lebenserwartung Neugeborener bis 2060 auf 85 Jahre (Jungen) bzw. 89,2 Jahre (Mädchen) und eines jährlichen Außenwanderungssaldos von + 100 000 Personen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Menschen pflegebedürftig werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Von den über 80-Jährigen waren im Jahr 2007 rund 31 % pflegebedürftig. Zwar ist der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit nicht ganz so ausgeprägt, doch auch hier zeigt sich bei vielen Krankheitsbildern ein enger Zusammenhang zwischen Alter und Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen. Daher wird die Gruppe der über 60-Jährigen näher beleuchtet.

Krankenhausbehandlung

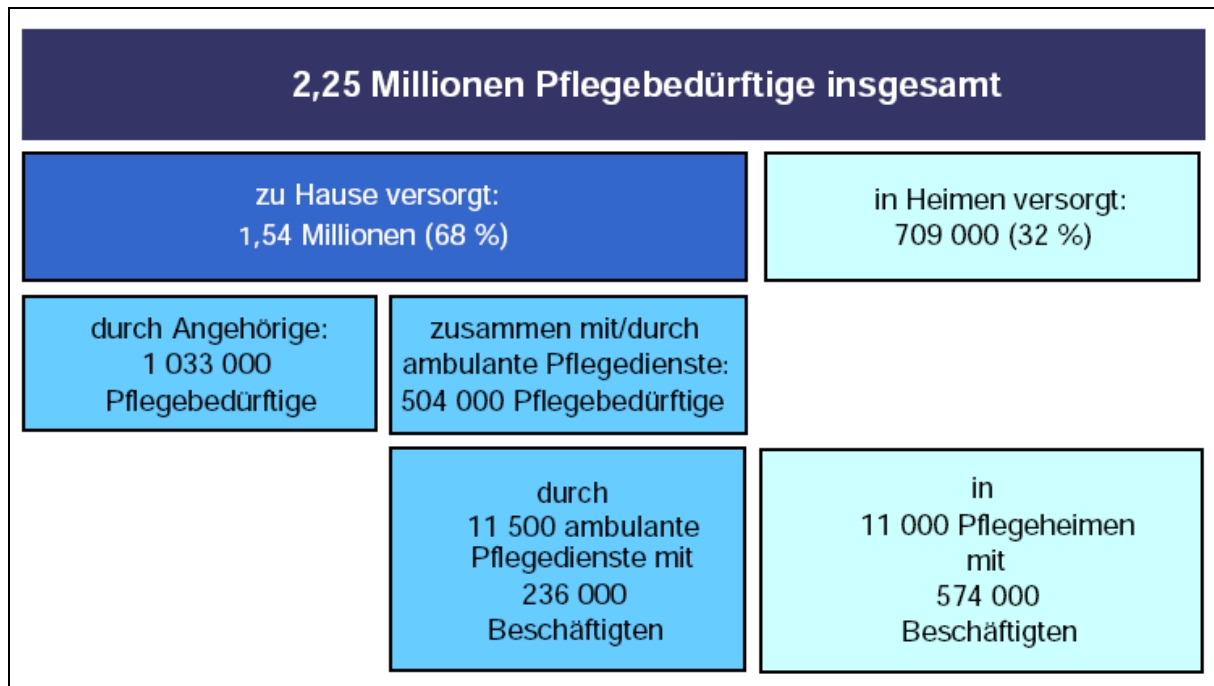
Der medizinische Fortschritt, eine stark veränderte Lebensweise und eine geringere körperliche Belastung der Menschen führten zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung. Gleichzeitig nimmt mit steigendem Alter aber die Intensität der Erkrankungen zu.

Es ist davon auszugehen, dass eine höhere Behandlungshäufigkeit bei älteren Menschen in Verbindung mit dem demografischen Wandel in Deutschland zu mehr Krankenhausbehandlungen und damit verbunden auch zu einer Steigerung der Kosten führt.

In den nächsten Jahrzehnten ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung ein Anstieg der Krankenhausfälle in Deutschland zu erwarten. Nach den hier vorgestellten Berechnungen, basierend auf den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante „untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung“) und unter Zugrundelegung des Status-Quo-Szenarios, könnte sich die Zahl der Krankenhausfälle – bei sinkender Gesamtbevölkerung – bis zum Jahr 2030 von derzeit ca. 17,9 Millionen um 1,4 Millionen Fälle auf 19,3 Millionen erhöhen. Dies wäre ein Anstieg um ca. 8 %. Im Jahr 2020 wäre nach diesem Szenario mit ca. 18,8 Millionen Fällen zu rechnen. (Seite 11)

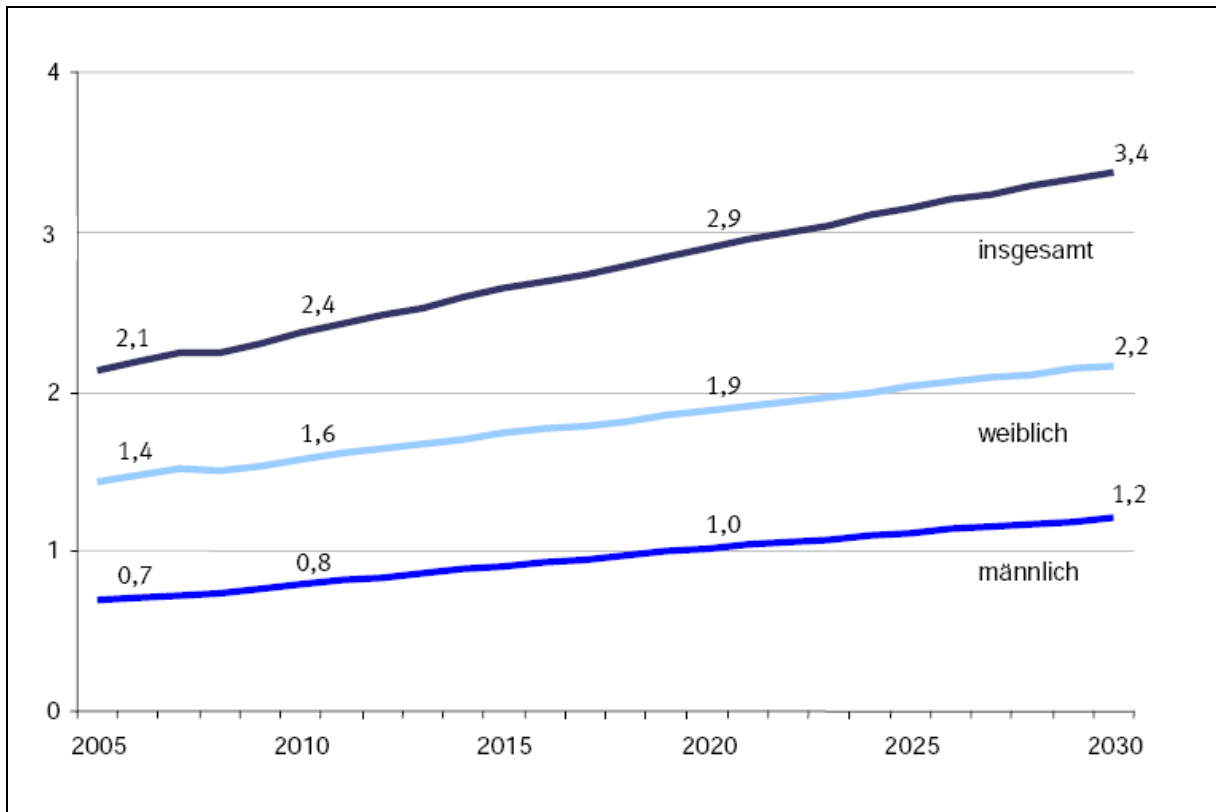
Pflegebedürftigkeit

Die Berechnungen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen beruht auf den Daten der Pflegestatistik vom Dezember 2007. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die damalige Situation.



Für die nächsten Jahre ist im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft auch ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen wahrscheinlich. Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,25 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2007 auf 2,65 Millionen im Jahr 2015 steigen. Im Jahr 2020 sind 2,90 Millionen Pflegebedürftige und im Jahr 2030 etwa 3,37 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten (siehe Abbildung 11). Die Zahl der Pflegebedürftigen wird unter Zugrundelegung des Status-Quo-Modells zwischen den Jahren 2007 und 2020 um knapp ein Drittel (29 %) ansteigen; von 2007 bis 2030 um 50 %. Die Zunahme fällt dabei bis zum Jahr 2030 bei den Männern mit 65 % höher als bei den Frauen (43 %) aus.²⁴⁾ Gleichzeitig wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen: Der Anteil beträgt heute 2,7 % und wird bis 2020 auf 3,6 % und bis zum Jahr 2030 auf 4,4 % ansteigen.

Die folgende Abbildung zeigt: „Pflegebedürftige in Deutschland von 2005 bis 2030 (Status-Quo-Szenario)



Dieser Abbildung ist zu entnehmen, dass für das Jahr 2011 ca. 2,5 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert waren. Diese Zahl wurde tatsächlich (siehe oben) erreicht.

Aufgrund der demografischen Entwicklung sind deutliche Verschiebungen bei den Altersstrukturen zu erwarten: Während im Jahr 2007 rund 35 % der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter waren, beträgt dieser Anteil im Jahr 2020 rund 41 % und 2030 circa 48 %. Hingegen verliert die Gruppe der unter 60-Jährigen an Bedeutung: Deren Anteil an den Pflegebedürftigen nimmt von 14 % im Jahr 2007 auf 10 % im Jahr 2020 und gut 7 % im Jahr 2030 ab.

4. Bertelsmann Stiftung: Themenreport „Pflege 2030“

Was ist zu erwarten – was ist zu tun?

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bis zum Jahr 2030 bundesweit um rund 50 Prozent zunehmen, während die Zahl der Menschen, die in der Pflege arbeitet, eher rückläufig ist: 2030 werden fast 500.000 Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn sich die derzeitigen Trends fortsetzen. Die dadurch entstehenden Versorgungslücken stellen sich für die einzelnen Bundesländer und vor allem auf kommunaler Ebene allerdings sehr unterschiedlich dar. So lässt sich das Ergebnis des Themenreport „Pflege 2030“ auf einen Satz reduzieren.

„Die Zahl der Pflegebedürftigen wird bundesweit steigen – daran führt kein Weg vorbei.“, heißt es im Resümee des Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun?, vorgelegt von der Bertelsmann Stiftung 2012. Die Frage die die Autoren des Report stellen lautet: „Wie aber kann nun die Versorgung sichergestellt werden, wenn der Bedarf steigt, aber gleichzeitig familiäre Pflegepotenziale schrumpfen und der Arbeitsmarkt der Zukunft durch Arbeitskräfteknappheit gekennzeichnet wird?“³³

Die gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels für die künftige Versorgung älterer und hochbetagter Menschen ergeben sich unter anderem durch einen steigenden Bedarf an Unterstützung und Begleitung im häuslichen Umfeld. Der steigende Anteil Hochbetagter, also Menschen ab dem 80sten Lebensjahr, wird dazu führen, dass der Pflegebedarf steigen wird. Es werden also mehr Pflegekräfte in den kommenden zwei Jahrzehnten benötigt als heute. Zugleich schrumpft die Zahl der erwerbsfähigen Personen und wird die Nachfrage nach potentiellen Fachkräften in der Pflege (unter Umständen zusätzlich) verschärfen.

4.1. Bedeutung des Themas Pflege

Die Pflegebedürftigkeit, so die Autoren des Reports sei „kein Restrisiko“, vielmehr ein „allgemeines Lebensrisiko“. Heute seien etwa 3 Prozent der deutschen Bevölkerung pflegebedürftig. Dies bedeute zwar, dass 97 Prozent der Bevölkerung nicht pflegebedürftig sei;

³³ Themenreport „Pflege 2030, Bertelsmann Stiftung 2012, Seite 79

jedoch wird nur die „Altenbevölkerung“, also die Menschen, die 65 Jahre und älter sind, berücksichtigt, dann liegt die Quote der Pflegebedürftigen bereits bei 10 Prozent. Um die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit des Einzelnen zu ermitteln, bezieht sich der Bertelsmann – Report auf den BARMER GEK Pflegereport. Diesen Untersuchungsergebnissen zufolge, haben rund die Hälfte der im Jahr 2001 Verstorbenen an ihrem Lebensende Pflegeversicherungsleistungen in Anspruch nehmen müssen.

„Bei den Männern waren es etwa 40 Prozent und bei den Frauen etwa 60 Prozent. Diese Lebenszeitprävalenz hat in der letzten Dekade sogar noch zugenommen und belief sich 2009 auf 50 Prozent bei den Männern und 72 Prozent bei den Frauen. Bereits heute wird also jeder zweite Mann im Laufe seines Lebens pflegebedürftig und bei den Frauen sind es sogar annähernd drei von vier – jeweils mit steigender Tendenz (Rothgang et al. 2011: 137).“³⁴

Von den 2,34 Millionen Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI wurden im Dezember 2009, so der Report weiter, gut zwei Drittel zu Hause und knapp ein Drittel in Heimen vollstationär versorgt. Von den Pflegedürftigen in häuslicher Pflege wurden 1,07 Millionen Pflegebedürftige ausschließlich von Angehörigen versorgt und weitere 550.000 von Angehörigen in Kooperation mit ambulanten Pflegediensten. Insgesamt wird so knapp die Hälfte aller Pflegebedürftigen ohne Beteiligung zugelassener Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Angehörigenpflege stellt damit immer noch das Rückgrat der Langzeitpflege dar.

„Ausgehend von diesen Zahlen wird argumentiert, dass eine Förderung ambulanter Versorgungssettings im Quartier unter verstärkter Mobilisierung der Zivilgesellschaft allein in der Lage ist, eine angemessene Pflege der zukünftig steigenden Zahl Pflegebedürftiger angesichts der zu erwartenden Personalknappheit in der beruflichen Pflege sicherzustellen. Die kleinräumige Darstellung auf kommunaler Ebene erlaubt es kommunalen Planern abzulesen, welche Voraussetzungen eine solche Entwicklung für ihre Kommune hat.“³⁵

Im Report wird die Feststellung getroffen, dass die Menschen länger gesund und leistungsfähiger leben als Generationen zu vor und dies auch über das Ende ihrer

³⁴ Themenreport, Seite 13

³⁵ Ebenda, Seite 15

Erwerbstätigkeit hinaus. Die „Kernfamilie“ werde dabei um „neue soziale Netzwerke in der Nachbarschaft und dem Freundeskreis“ ergänzt, ja auch ersetzt. Hier, so die Autoren, liegen Potentiale, die es im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen, die pflegebedürftig sind, zu aktivieren gelte. Das bürgerschaftliche Engagement könne helfen, die sich abzeichnende Versorgungslücke zu schließen. Denn: „Die Generation der heute 40- bis 50-Jährigen muss befürchten, dass sie in 20 oder 30 Jahren nicht mehr die Versorgung erhält, die sie benötigt.“³⁶ Es komme in Zukunft darauf an, die „... professionelle Heimpflege auf das Notwendigste zu reduzieren, die ambulante Versorgung zu stärken und die Pflege durch Angehörige, Freunde und Nachbarn besser zu unterstützen ...“. Um das Ziel „bedarfsgerechter Wohn- und Pflegekonzepte“ zu erreichen, sei es notwendig, für eine umfassende Vernetzung von Stadtplanung, Wohnungswirtschaft und Pflegekassen mit den Leistungsanbietern in Krankenversicherung, Rehabilitation und Pflege zu sorgen. „Die Aufgabe wäre es, Gemeinwesenarbeit bzw. Quartiersmanagement zeitstabil abzusichern und so unter anderem Pflege-Mix-Netzwerke vor Ort zu fördern, die in der Lage sind, ein möglichst niederschwelliges Case- und Care-Management anzubieten. ... Strukturell geht es also darum, Sozialleistungen unabhängig von der Trägerschaft sozialräumlich auszugestalten und dadurch stärker an regionalen und individuellen Bedürfnissen auszurichten.“

Die „informelle Pflege“, also die Pflege durch Angehörige wird in immer stärkeren Maß unter Beteiligung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geleistet. Es spricht einiges dafür, dass diese Tendenz anhalten wird, da die Zahl der Einpersonenhaushalte wächst, Angehörige nicht mehr nur am Ort des Pflegebedürftigen wohnen und die Erwerbsarbeit von Frauen Zeitkapazitäten anders bindet.

Ungeachtet dieser Tendenzen wünschen sich die Menschen weiterhin in der eigenen Wohnung bzw. „im Kreis der Familie“ gepflegt zu werden.

Angesichts der Entwicklungen und Wünsche ist zu fragen, wie denn die Versorgung der Pflegebedürftigen zukünftig quantitativ und qualitativ sichergestellt werden kann?

Der Themenreport „Pflege 20130 der Bertelsmann Stiftung will die „Versorgungslücke“ für den angegebenen Zeitraum aufzeigen. Die „Versorgungslücke“ entsteht durch das

³⁶ Ebenda, Seite 6

aufeinandertreffen des möglichen sinkenden familialen Pflegepotentials und dem Sinken der Zahl der erwerbsfähigen Personen und dem damit vermuteten nicht steigenden Arbeitskräfteangebot in der Pflege.

Zur Abschätzung des Ausmaßes dieser „Versorgungslücke“ wurden drei Szenarien entworfen, die nachfolgend aus dem Report zitiert ³⁷ wiedergegeben werden.

- Szenario 1 schreibt die derzeit beobachtbaren alters- und geschlechtsspezifischen Verteilungen der Versorgungsformen fort. Die Ergebnisse dieses reinen Status-quo-Szenarios dienen als Referenzpunkt für die anderen Szenarien.
- Szenario 2 greift explizit den seit Einführung der Pflegeversicherung beobachtbaren Trend zur formellen Pflege auf und schreibt diesen Trend mittels Trendextrapolation fort.
- Szenario 3 wird durch den Wunsch inspiriert, dem im SGB XI normierten Vorrang der häuslichen Pflege zum Durchbruch zu verhelfen. In Abgrenzung zu Szenario 1 und 2 wird daher postuliert, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege nicht weiter erhöht.

Wie die Szenarien zeigen, ergibt sich für 2030 in Szenario 1 bundesweit ein Anstieg des Anteils der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen von 30,6 Prozent auf 33,1 Prozent und ebenfalls ein leichter Anstieg des Anteilswertes für ambulante Versorgung (von 23,7 Prozent auf 24,8 Prozent), während der Anteilswert für Angehörigenpflege rückläufig ist (45,6 Prozent auf 42 Prozent). Dieser Rückgang ist in Szenario 2 noch deutlich ausgeprägter, da hier nicht nur eine demographisch bedingte Verschiebung in den Pflegeformen berücksichtigt wird, die darauf beruht, dass sich der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen in den nächsten beiden Dekaden erhöht, sondern auch der Rückgang des familialen Pflegepotenzials berücksichtigt wird. Der Anteil der Angehörigenpflege geht diesem Szenario gemäß auf 37,3 Prozent, also um – im Vergleich zu Szenario 1 – weitere 5 Prozentpunkte zurück, wobei sich dies fast ausschließlich in einem steigenden Anteil für ambulante Pflege niederschlägt. Da die Inanspruchnahme formeller Pflegedienste damit in beiden Szenarien steigt, gleichzeitig aber das Arbeitskräfteangebot demographisch bedingt zurückgeht, öffnet sich eine Versorgungslücke, die für Szenario 1 auf 434.000 Vollzeitäquivalente und für Szenario

³⁷ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 10 ff

2 auf 492.000 Vollzeitäquivalente quantifiziert wurde. Bemerkenswert ist hierbei, dass diese Lücke zu mehr als 80 Prozent auf steigende Bedarfe und zu weniger als 20 Prozent auf den Arbeitmarkteffekt zurückgeht.

Gelingt es dagegen, die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege konstant zu halten, halbiert sich diese Versorgungslücke annähernd (Szenario 3). Sie beträgt dann 2030 „nur noch“ 263.000 Vollzeitäquivalente. Allerdings setzt dies voraus, dass es zum einen gelingt, den Anteil der Angehörigenpflege zu stabilisieren (46 Prozent im Vergleich zum 45,6 Prozent im Jahr 2009) und zum anderen, den Anteil der ambulanten Pflege um etwa zehn Prozentpunkte zu erhöhen von 23,7 Prozent (im Jahr 2009) auf 33,2 Prozent (im Jahr 2030). Die dennoch deutliche Reduktion der Versorgungslücke in Szenario 3 ist darauf zurückzuführen, dass nicht nur der Anteil der Angehörigenpflege höher liegt als in Szenario 1 und 2, sondern auch der Personalbedarf bei ambulanter Pflege geringer ist, weil hier nicht berufliche Pflegeleistungen eine größere Rolle spielen.

Das „Wunschscenario“ 3 hat somit nicht nur den Vorteil, dass der Wunsch der Betroffenen nach Vorrang der häuslichen Pflege und der entsprechende Gesetzesauftrag des SGB XI umgesetzt werden, er führt zudem zu einer Halbierung der errechneten Versorgungslücke. Für die Verwirklichung dieses Szenarios sind aber vielfältige Anstrengungen notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken und so die Versorgungslücke zu schließen, um die Angehörigenpflege zu stabilisieren und um das zivilgesellschaftliche Engagement zu stärken, das mitwachsen muss, wenn der Anteil der ambulanten Pflege im beschriebenen Ausmaß steigen soll.

Die Umsetzung des „Wunschscenario“ erfordert „... tragfähige, sektorenübergreifende Kooperations- und Vernetzungsstrukturen und –kulturen ... und eine bedarfsangemessene Infrastruktur ...“. Vor diesem Hintergrund, so die Autoren des Reports weiter, werden „innovative Konzepte zur Bewältigung zukünftiger Versorgungsbedarfe“ zunehmend wichtiger. Dafür müsse die „Attraktivität des Pflegeberufs“ gesteigert werden, der Versorgungsgrad der „Angehörigenpflege“ durch Stärkung und Stützung erhalten bleiben und das zivilgesellschaftliche Engagement gefördert werden.

4.2. Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse

4.2.1. Ausgangssituation

Der Themenreport „Pflege 2030“ will aufzeigen wie hoch der Anstieg der pflegebedürftigen Menschen sein wird und wie sich die Pflegeleistungen auf die einzelnen Versorgungsarten, ambulante Pflege, vollstationäre Pflege und Angehörigenpflege, verteilen.

Der hauptsächliche Erklärungsfaktor, so der Report, für die Pflegebedürftigkeit ist das Alter. Die sogenannte Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit ist bei Frauen und Männer fast gleich.

„Unterschiedliche Pflegeprävalenzen³⁸ zwischen den Geschlechtern entstehen durch unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliche Überlebenszeiten in Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen. Trotz dieser Unterschiede zwischen Frauen und Männern bleibt das Alter der hauptsächliche Bestimmungsfaktor für die Höhe der Pflegeprävalenz.

So liegt die Pflegeprävalenz bei 60- bis 64-jährigen Männern und Frauen bei ca. 1,6 Prozent, aber im Alter von 75 bis 79 Jahren bei 9 Prozent bzw. 11 Prozent und im Alter von 85 bis 89 Jahren bei 28 Prozent bzw. 42 Prozent (Statistisches Bundesamt 2011a).

In Abhängigkeit vom Alter treten unterschiedliche Versorgungsarten in den Vordergrund. So sind in ganz jungen Jahren fast keine stationären Leistungen zu finden, sondern fast nur Angehörigenpflege. Die Pflege im höheren Lebensalter wird dann aber mit steigendem Alter immer mehr durch stationäre Pflege erbracht.“³⁹

Der Anteil der Angehörigenpflege nimmt linear mit dem Alter ab. Sie sinken auf ca. 30 Prozent in der Altersklasse der 95- bis 99-Jährigen. Die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen liegt im Mittel bei ca. 25 Prozent in den Alterskategorien 75 bis 84 Jahren. Die vollstationäre Pflege ist gegenläufig zur Quote der Angehörigenpflege.

4.2.2. Projektion auf Bundesebene

Der Themenreport projiziert die Zahl der pflegebedürftigen Menschen im Jahr 2009 von 2,330 Millionen in das Jahr 2030 und kommt zum Ergebnis, dass dann ca. 3,435 Millionen Menschen pflegebedürftig sein werden. Dies entspricht einem Anstieg von 47,4 Prozent des Ausgangswertes.

³⁸ Unter Pflegeprävalenz versteht man die (relative) Häufigkeit von Pflegefällen zu einem bestimmten Zeitpunkt. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes – www.gbe-bund.de)

³⁹ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 31

Die nachstehende Tabelle zeigt die Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Szenario (in Tsd.)

	Jahr		Veränderung ¹⁾	
	2009	2030	in Prozent	absolut
Insgesamt	2.330	3.435	47,4	1.105
ambulante Pflege				
Szenario 1: Status quo	553	853	54,2	300
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	553	997	80,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	553	1.140	106,0	587
vollstationäre Pflege				
Szenario 1: Status quo	713	1.138	59,6	425
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	713	1.157	62,2	444
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	713	713	0	0
Angehörigenpflege				
Szenario 1: Status quo	1.063	1.443	35,7	380
Szenario 2: Formelle Pflege nimmt zu	1.063	1.280	20,4	217
Szenario 3: Häusliche Pflege wird gestärkt	1.063	1.581	48,7	518

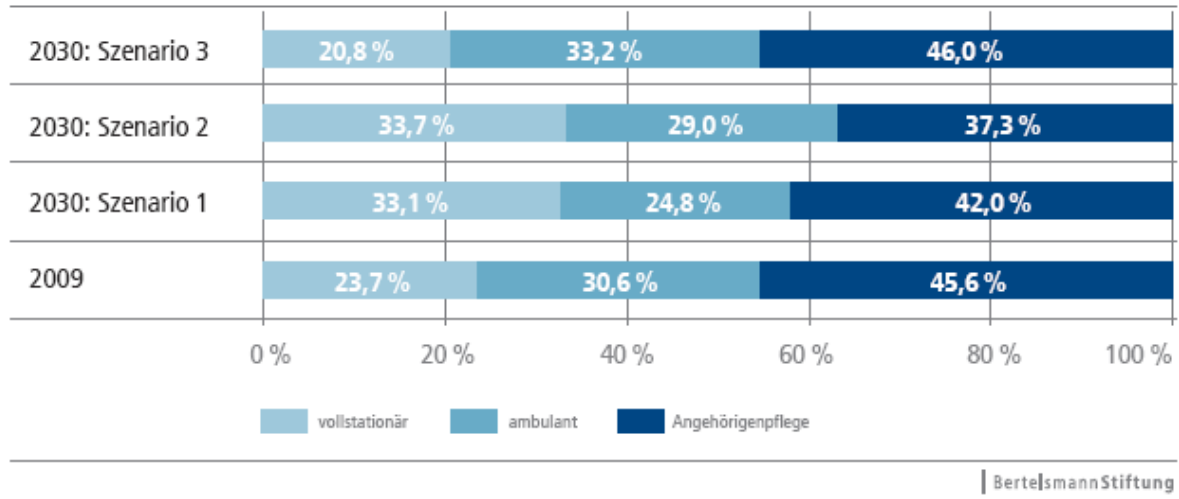
1) Abweichungen aufgrund von Rundungen sind möglich.

Bertelsmann Stiftung

Die Effekte der einzelnen Szenarien lassen sich leicht an der prozentualen Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen ablesen: So führt Szenario 2 dazu, dass sich der Anteil an Angehörigenpflege lediglich um 20,4 Prozent erhöht (gegenüber 35,7 Prozent im Basisszenario 1), während er in der stationären Pflege etwas stärker als in Szenario 1, in der vollstationären Pflege aber deutlich stärker als in Szenario 1 ansteigt. Die Konstanzhaltung der Zahl der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (713.000 in 2009 und 2030) in Szenario 3 bewirkt hingegen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit Angehörigenpflege um 48,7 Prozent (gegenüber 35,7 Prozent in Szenario 1) ansteigt und sich der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Pflege gegenüber Szenario 1 sogar annähernd verdoppelt von 54,2 Prozent auf 106 Prozent.⁴⁰

⁴⁰ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 37

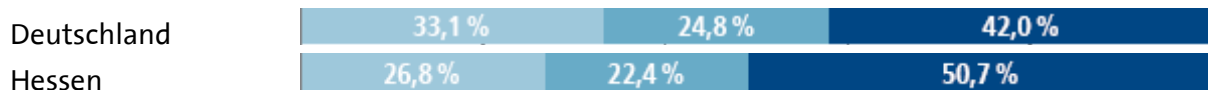
Die daraus resultierende Verteilung der 3.425.000 Pflegebedürftigen in 2030 auf die einzelnen Versorgungsarten ist in der nachstehenden Abbildung differenziert nach dem jeweiligen Szenario und im Vergleich zum Ausgangsjahr 2009, wiedergegeben.



4.2.3. Projektion auf Landesebene

Die nachstehende Tabelle zeigt die Versorgungsarten in Hessen im Vergleich zu Deutschland nach Szenario (Anteilswerte in Prozent)

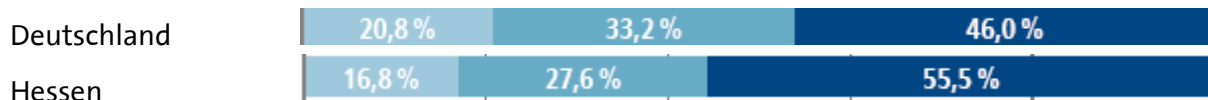
Szenario 1: Status quo



Szenario 2: Abnahme der informellen Pflege



Szenario 3: Konstanz der Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege



4.2.4. Projektion auf Kreisebene

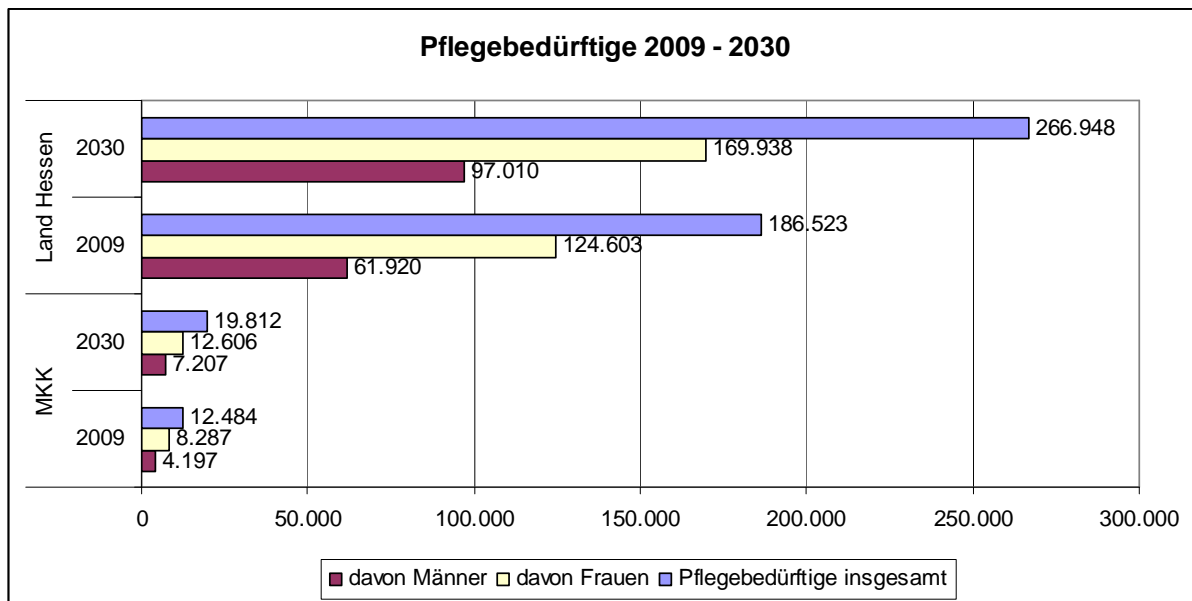
Die Bertelsmann Stiftung gibt im „Wegweiser Kommune“ die Zahl der Einwohner des Main-Kinzig-Kreises im Jahr 2009 mit 406.700 an; die Zahl der Einwohner in Hessen mit 6.056.210. Die Einwohnerzahl soll im Main-Kinzig-Kreis bis zum Jahr 2030 um 2,9 Prozent, im Land Hessen um 3,0 Prozent zurückgehen.

Der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung wird für den Main-Kinzig-Kreis für das Jahr 2009 mit 4,9 Prozent angegeben; für das Land Hessen beträgt der Anteil 5,2 Prozent. Im Main-Kinzig-Kreis wird sich laut Bertelsmann Stiftung der Anteil dieser Altersgruppe nahezu auf 9,1 Prozent verdoppeln, in Hessen um gut die Hälfte auf 8,2 Prozent wachsen.

Dem entsprechend wächst die Zahl der Pflegebedürftigen im Main-Kinzig-Kreis in den kommenden 20 Jahren um annähernd 60 Prozent, in Hessen um gut 40 Prozent.

Pflegebedürftige				
	MKK		Land Hessen	
	2009	2030	2009	2030
Anteil Pflegebedürftige (%)	3,1	5,0	3,1	4,6
Pflegebedürftige insgesamt	12.484	19.812	186.523	266.948
davon pflegebedürftige Männer	4.197	7.207	61.920	97.010
davon pflegebedürftige Frauen	8.287	12.606	124.603	169.938

Die Zahl der pflegebedürftigen Männer wächst mit rund 72 Prozent stärker als der Anteil der Frauen. Der Zuwachs beträgt hier rund 52 Prozent.



Der Blick auf die vorgeseigte Verteilung der Versorgungsarten zeigt, dass der Anteil der Angehörigenpflege leicht zurückgehen wird und gegenläufig der Anteil der stationären Pflege ansteigen wird.

		Versorgungsarten			
		MKK		Land Hessen	
		2009	2030	2009	2030
davon	Anteil Angehörigenpflege (%)	56,5	52,7	53,6	50,7
	Anteil ambulante Pflege (%)	18,8	19,2	21,6	22,4
	Anteil stationäre Pflege (%)	24,7	28,1	24,8	26,8

Im Jahr 2009 wurden von den 12.484 Pflegebedürftigen 24,7 Prozent, somit 3.083 Pflegebedürftige, in stationären Einrichtungen gepflegt. Im Jahr 2030 wird es 19.812 Pflegebedürftige geben. Davon werden 28,1 Prozent, somit 5.567 Pflegebedürftige, in stationären Einrichtungen gepflegt werden. Das entspricht einem Zuwachs von 2.484 stationären Plätzen für Pflegebedürftige im Main-Kinzig-Kreis.

4.3. Analyse der Versorgungslücke

Die Analyse der Versorgungslücke basiert auf dem im Jahr 2009 (regional unterschiedlich) vorgefundenen Versorgungsschlüssel. Die Erhebung der Bertelsmann Stiftung in Bezug auf den „Personalschlüssel“ hat ergeben, dass „...die Personalkapazitäten, die beruflich an der Versorgung je Pflegebedürftigem beteiligt sind, mit 0,13 bis 0,65 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten Pflege erheblich niedriger sind als in der vollstationären Pflege, bei der 0,45 bis 0,78 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigem eingesetzt werden.“

Nun wird sich in den kommenden 20 Jahren das Erwerbspersonenpotential der 19- bis 64-Jährigen auf Bundesebene um 5,8 Prozent verringern. Es darf davon ausgegangen werden, dass dies auch Auswirkungen auf die Zahl der in der Pflege Beschäftigten haben wird.

4.3.1. Die Projekt auf Bundesebene

Im Vergleich der Szenarien erhöht sich in Szenario 2 der Anstieg der Personallücke in den ambulanten Diensten auf 162.845 Vollzeitäquivalente, von denen dann 141.040 auf eine Veränderung in der Zahl der Pflegebedürftigen zurückgehen. In Szenario 3 liegt die Personallücke dann sogar bei mehr als 200.000. Da der Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials in allen drei Szenarien 22.000 beträgt, resultieren daraus, je nach Szenario, unterschiedliche Anteile, zu denen der Anstieg der Personallücke auf den Anstieg der Pflegebedürftigen und auf den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zurückzuführen ist. In Szenario 2 (Szenario 3) beträgt der Anteil des Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen 87

Prozent (90 Prozent) und der des Rückgangs des Erwerbspersonenpotenzials entsprechend 13 Prozent (10 Prozent) an der Personallücke.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Versorgungslücke in der ambulanten und stationären Pflege im Jahr 2030 in Deutschland nach Szenario ⁴¹

	Insgesamt	Durch Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen		Durch Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials	
	absolut	absolut	%	absolut	%
ambulante Pflegedienste					
Szenario 1	117.120	95.315	81	21.805	19
Szenario 2	162.845	141.040	87	21.805	13
Szenario 3	208.249	186.444	90	21.805	10
stationäre Pflegeeinrichtungen					
Szenario 1	317.378	262.712	83	54.666	17
Szenario 2	328.899	274.233	83	54.666	17
Szenario 3	54.666	0	0	54.666	100
ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen					
Szenario 1	434.498	358.027	82	76.471	18
Szenario 2	491.744	415.273	84	76.471	16
Szenario 3	262.915	186.444	71	76.471	29

| Bertelsmann Stiftung

Allerdings liefern, so der Report, diese Zahlen nur ein unvollständiges Bild, weil auch die Personallücke in der stationären Pflege zu berücksichtigen ist. Der Personalbedarf in der stationären Pflege (Abbildung 23, Szenario 1) steigt bis zum Jahr 2030 von 441.000 auf 704.000 und damit um etwa 263.000 (60 Prozent) Vollzeitäquivalente an.

Im Themenreport heißt es unter der Überschrift „Je nach Szenario entsteht (eine) Personallücke von fast einer halben Million“ abschließend: „Die Addition der Personallücken im ambulanten und stationären Sektor zeigt den Gesamteffekt der drei Szenarien. Liegt die Personallücke in Szenario 1 bei 434.000 und in Szenario 2 sogar bei 492.000, beläuft sie sich in Szenario 3 „nur“ noch auf 263.000 und beträgt damit nur 61 Prozent des Wertes für Szenario 1 und 53 Prozent des Wertes für Szenario 2. Die Sicherstellung der formellen Pflege ist damit um vieles leichter, wenn es gelingt, Szenario 3 zum Durchbruch zu verhelfen.“ ⁴²

⁴¹ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 54

⁴² Ebenda, Seite 54

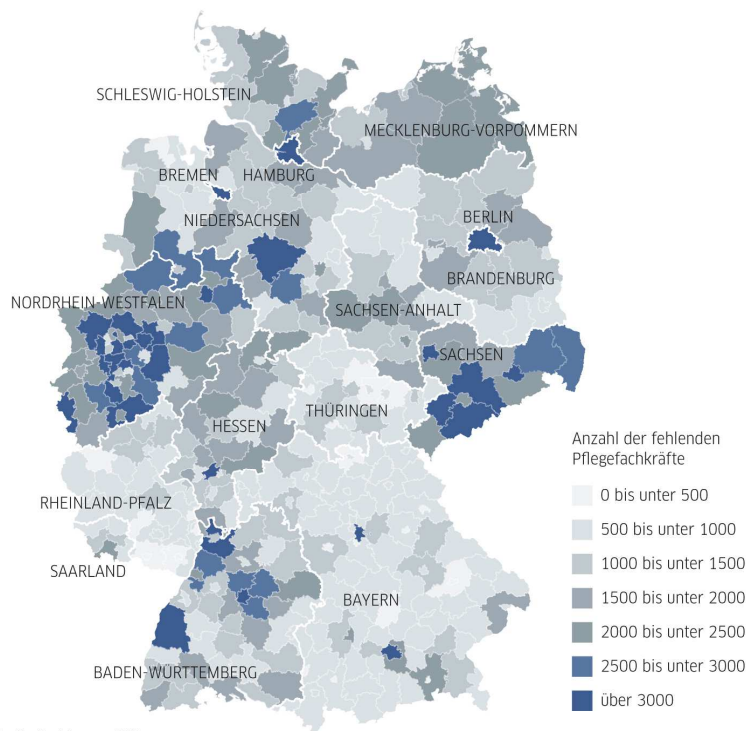
4.3.2. Die Projekt auf Landesebene

Die zuvor aufgezeigte Versorgungslücke auf Bundesebene des Szenario 1 „Status quo“ von 434.000 Vollzeitäquivalenten teilt sich in 117.000 Vollzeitäquivalenten in der ambulanten und 317.000 in der stationären Pflege. Die Projektion auf Länderebene zeigt, dass in Hessen in der ambulanten Versorgung im Jahr 2030 eine zu schließende Lücke von 7.083 Vollzeitäquivalenten klafft und in der stationären Pflege ein Bedarf von weiteren 19.005 Vollzeitäquivalenten entsteht.

4.3.3. Die Projektion auf Kreisebene

Pflegeprognose

Berechnete Personallücke für das Jahr 2030



Die Bertelsmann Stiftung veröffentlichte auf ihrer Internetseite zum Thema „Pflege 2030“ eine Tabelle „Zunahme der Pflegebedürftigkeit nach Kreisen von 2009 bis 2030“. Aus dieser Tabelle geht hervor, dass die relative Zunahme der Pflegebedürftigkeit in diesem Zeitraum im Main-Kinzig-Kreis bei 59 Prozent liegen wird und eine Personallücke in Vollzeitäquivalenten im Jahr 2030 im Vergleich zum Ausgangswert 2009 in Höhe von 2.520 bestehen wird.

4.3.4. Überlegungen für die Stadt Hanau

In der Stadt Hanau gibt es sieben Pflegeeinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft und Größe. Die Einrichtungen befinden sich mit Ausnahme des Pflegezentrum Steinheim in der Innenstadt bzw. in mittelbarer Umgebung der Innenstadt.

Die sieben Pflegeeinrichtungen verfügen über je ein „breites“ Spektrum an Pflegeangebote, die niederschwellig beginnend mit Servicewohnen, von der Tages- bzw. Gästepflege über

geriatriische Angebote für an Demenz erkrankter bis eben hin zur vollstationären Versorgung über alle Pflegestufen hinweg in klassischen Settings und auch Pflegewohnungen reichen.

Es stehen 1.059 Plätze zur Verfügung.⁴³

Martin Luther Stiftung (Martin-Luther-Anlage 8 – 12)	271
Wohnstift Hanau (Lortzingstraße 5)	320
Altenpflegeheim St. Elisabeth (Vor der Kinzigbrücke 19)	37
Altenhilfzentrum Bernhard Eberhard (Röderstraße 1)	80
Pflegezentrum Steinheim „Mainterrasse“ (Kirchstraße 4)	98
Stadtteilzentrum an der Kinzig (Rückertstraße 3)	92
DOMICIL Seniorenpflegeheim „Am Schlossgarten“ (Nordstraße 63)	161

In der Stadt Hanau lebten zum 31. Dezember 2012 17.397 Personen mit Hauptwohnsitz im Alter über 65 Jahren. Das ist ein Anteil von 19,17 Prozent an der Bevölkerung.

4.3.4.1. Pflege

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Bericht „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ vom Mai 2010 wie folgt angegeben:

- | vor dem 60. Lebensjahr rd. 00,8 %
- | zw. dem 60. und dem 80. Lebensjahr rd. 04,7 %
- | nach dem 80. Lebensjahr rd. 29,0 %

In Hanau leben 18.094 Einwohner, die zwischen 60 und 80 Jahre alt sind. Das bedeutet, dass ca. 850 Einwohner dieser Altersgruppe in irgendeiner Form einer Pflege bedürfen. Es leben 4.546 Einwohner in der Stadt, die älter als 80 Jahre sind. Das bedeutet, dass ca. 1.318 Einwohner dieser Altersgruppe in irgendeiner Form einer Pflege bedürfen.

In einer Zeitungsmeldung vom 22. Februar 2011⁴⁴ wurde die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland mit ca. 2,34 Millionen angegeben. Dies entspricht einem Anteil von ca. 3% der Bevölkerung.

In Hanau lebten Ende 2012 90.746 Einwohner. 3% der Bevölkerung sind 2.722 Personen.

⁴³ Quelle: Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für ältere Bürger: Verzeichnis Alten- und Pflegeheime (www.mkk.de)

⁴⁴ Gesundheit | 2,38 Millionen sind pflegebedürftig; in: taz.die tageszeitung vom 22. Februar 2011

Von den 2,34 Millionen Pflegebedürftigen bundesweit wurden im Dezember 2009 gut zwei Drittel zu Hause und knapp ein Drittel in Heimen vollstationär versorgt.⁴⁵ Für Hanau bedeutet dies, dass von den 2.722 Pflegebedürftigen 1.815 Personen zu Hause und 907 Personen in Heimen versorgt werden. In Hanau stehen 1.059 Heimplätze zur Verfügung, so dass rechnerisch alle Einwohner, die eine vollstationäre Pflege benötigen, diese auch „am Ort“ erhalten können.

Laut Vorhersage der Bertelsmann Stiftung soll die Bevölkerung im Main-Kinzig-Kreis bis 2030 um 3 Prozent abnehmen und die Pflegebedürftigkeit zugleich auf 5 Prozent wachsen. Werden diese Prognosen auf die Einwohnerzahl der Stadt Hanau angewendet, so ergibt sich für das Jahr 2030 eine (rechnerische) Einwohnerzahl von 88.023 (ohne Berücksichtigung der positiven Effekte der Konversion von ehemaligen Militärwohnungen). Die Zahl der Pflegebedürftigen läge dann bei 4.401. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt nach dieser Berechnung von derzeit 2.722 Pflegebedürftigen um 1.679 auf dann 4.401 Pflegebedürftige. Wenn davon weiterhin ein Drittel in Heimen gepflegt werden soll, dann entsteht ein rechnerischer Bedarf von 1.467 Plätzen in stationären Einrichtungen. Es müssen somit in den kommenden Jahren ca. 408 weitere stationäre Plätze geschaffen werden. Die Autoren des Themenreport haben ermittelt, dass in der vollstationären Pflege von 0,45 bis 0,78 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigem eingesetzt werden.⁴⁶ Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf an Pflegekräften in der Stadt Hanau für die stationäre Pflege von 184 bis 318 Vollzeitäquivalenten; im Mittelwert bedeutet dies ein zusätzlicher Bedarf von 250 Fachkräften bis 2030.

4.3.4.2. Demenz

Wir dürfen davon ausgehen, dass heute bereits ca. 1,2 Million Menschen in Deutschland mit einer diagnostizierten Demenz leben. Jeder dritte Mensch über 90 Jahre ist bzw. wird von Demenz betroffen sein. Das „Risiko“ steigt mit zunehmendem Alter, wie die das nachfolgende Schaubild verdeutlicht.

⁴⁵ Quelle: Themenreport „Pflege 20130“, Seite 16

⁴⁶ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 52



Der relative Mittelwert an einer Demenz nach dem 80. Lebensjahr zu erkranken, liegt bei ca. 24 %. In Hanau haben von den 4.546 Einwohnern, die älter als 80 Jahre sind somit ca. 1.091 Einwohner ein entsprechendes Risiko im Alter an einer Demenz zu erkranken.

4.4. Zusammenfassende Betrachtung

Die demografische Entwicklung mit den bekannten Bestimmungsgrößen „Geburten“ und „Sterbefälle“ führt in Kombination mit der insgesamt höheren Lebenserwartung und den ins Alter kommenden „Babyboomern“, den in den 1950er und 1960er Jahren geborenen Kohorten zu einer „alternden“ Gesellschaft. Insbesondere die höhere Lebenserwartung ist eine in aller Regel erfreuliche Entwicklung. Die Menschen können mehr gesunde Jahre erleben und auch genießen. Mögliche Erkrankungen und auch die Pflegebedürftigkeit werden im Lebensverlauf weiter nach hinten geschoben. Die Gerontologie spricht von der „Kompression der Morbidität“.

Die demografische Entwicklung und die damit verbundene „alternde“ Gesellschaft fordert (neue) Lösungen für (bekannte) Probleme, wirft neue Fragen auf und die wir bisher noch keine befriedigenden Antworten gefunden haben. Die Entwicklung, die wir derzeit erleben hat durchaus den Charakter einer gewissen Neuheit; einer Neuheit für die uns gängig Vorbilder und Orientierungsmuster fehlen.

Die Zahlen sprechen für sich: Bundesweit entsteht eine Versorgungslücke in der Pflege von rund 500.000 Vollzeitkräften in der Pflege. In Hessen liegt der Bedarf bei 434.000, im Main-Kinzig-Kreis bei 2.520 und in der Stadt Hanau ggf. bei ca. 250 liegen wird.

Welche Antworten können wir finden auf die Frage, wie wir diese Herausforderung bewältigen können?

Die Autoren des Themenreport „Pflege 2030“ haben sich verschiedene Studien, Modellprojekte und Konzepte angesehen und kommen zum Ergebnis, dass „... Handlungsansätze mit nachgewiesener Wirksamkeit case- und care-management-orientierte Ansätze sind.“⁴⁷

Auffällig sei, dass „...ein Großteil der recherchierten Studien und Modellprojekte mit nachgewiesener Wirksamkeit eine zentrale Ansprechperson für die pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen vorhalten, wobei diese in ihrer Funktion unterschiedlich bezeichnet wird (Pflege- und Wohnberater, Gesundheitsberater, Case-Manager, Patientenbegleiter). Allen gemeinsam ist, dass sie eine kompetenzbündelnde, beratende und vermittelnde Funktion einnehmen.

Die Schwerpunkte dieser auf case- und care-management-basierenden Ansätze liegen in den Bereichen der Beratung bzw. Entlastung pflegender Angehöriger (KAA Ahlen, EDe, Werkstatt Pflegestützpunkte) sowie im Bereich der Vernetzten Versorgung (PAGT). Insbesondere die Schnittstelle zwischen stationärem Krankenhausaufenthalt und anschließender häuslicher Versorgung kristallisiert sich als wichtiger Ansatzpunkt zur erfolgreichen Vermeidung von Heimeinweisungen heraus. Hier weisen Modellprojekte ihre Wirksamkeit nach, welche gezielt auf eine Kombination aus Beratungsleistung, Koordinierung und Vernetzung setzen (Nordlicht, Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen). Einzelne Studien beziehen sich zudem auf die Anreizschaffung (Pflegebudget) sowie auf den Ausbau ehrenamtlicher Unterstützung (Pflegebegleiter).“⁴⁸

⁴⁷ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 77

⁴⁸ Themenreport „Pflege 2030“, Seite 77

5. „Caipirinha statt Pfefferminztee“

Das Thema Demografie, die Publikationen über den „demografischen Wandel“, die Berichterstattung über die „alternde Gesellschaft“ und auch die Forschung über das Alter und das Altern kommen selten umhin, spektakuläre Überschriften für ihr jeweiliges Thema zu finden. So gab das Zukunftsinstitut des „Trendforschers“ Matthias Horx 2008 eine Publikation heraus, die sich unter anderem Thema „Gesundheit ... in der Alterskultur“ widmete und gab dieser Publikation den Titel „Silberne Revolution“.

Die Publikation postuliert, dass die „... Alterung der Gesellschaft ... keineswegs in einer Katastrophe enden“ wird. (Seite 6). Sie wendet sich damit ausdrücklich gegen die so genannten „Doku-Fiktionen“, die das Zweite Deutsche Fernsehen (ZDF) 2007 ausstrahlte. Dort wurden Tatsachen mit Vermutungen und Annahmen zu spannenden Szenarien zusammengestellt und dem Zuschauer präsentiert. Es handelt sich einmal um den Dreiteiler „2057 | Update – Die Welt in 50 Jahren“ des Wissenschaftspublizisten Frank Schätzing und zum anderen um die ebenfalls dreiteilige Filmreihe „2030 | Aufstand der Alten“.

Wird uns im ersten Fall die Veränderung des Individuums, unserer urbanen Umgebung und der Welt überhaupt präsentiert, so behandelt der „Aufstand der Alten“ die Thematik der immer größer werdenden Zahl von Rentnerinnen und Rentnern bzw. die mit der wachsenden Zahl verbundenen Probleme u.a. der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der alten Menschen. Die Bundesregierung tritt denn auch am 12. September 2030 zurück, da sie das Problem nicht mehr beherrscht. Genre: „Grusel und Horror“.

Händler und Rauch hingegen nehmen eine andere Haltung ein, wenn sie schreiben: „Wer die Zukunft plant, muss den sozio-ökonomischen und technischen Wandel mit einbeziehen, der immer für gesellschaftliche und wirtschaftliche Fortschritte sorgt.“ (Silberne Revolution, Seite 6) Sie beschreiben, dass die zukünftigen Alten eine andere Sozialisation erlebt haben als die derzeit Alten, dass der zukünftige Rentner sich aufgrund seines Erwerbslebens von dem gestrigen und heutigen Rentner, die ein anderes Erwerbsleben hatten, unterscheiden wird. Sie sehen die Tatsache, dass immer mehr Menschen die Möglichkeit auf ein individuell längeres Leben nicht als demografische Katastrophe, vielmehr als eine normale Entwicklung. Und dies, da sie davon ausgehen, dass der Mensch genetisch für ein Alter von bis zu 120 Jahren gerüstet sei. Den vermeintlichen Kostenfaktor Gesundheit sehen sie als „entscheidenden Produktionsfaktor“ (Seite 7) an. Sie mahnen allerdings einen Paradigmenwechsel an. Bisher, so Händler und Rauch, werde das Geld für die Reparatur der Gesundheit ausgegeben. Zukünftig

müsse das Geld jedoch in den Erhalt der Gesundheit, sprich sehr viel stärker als bisher in präventive Maßnahmen, investiert bzw. ausgegeben werden. Ein besonderes Augenmerk richten sie dabei auf die so genannten zivilisations- und lebensstilbezogenen Erkrankungen. Händler und Rauch: „Das meiste Geld der Pflege- und Krankenkassen wird für die Folgen des individuellen Lebensstils in den vorangegangenen Jahrzehnten ausgegeben.“ (Seite 8)

In den Blick geraten zur Zeit die alt werdenden „Alt-68er“ und immer öfter die Babyboomer der sogenannten geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er. Es handelt sich um Generationen, die nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs geboren wurden und die in relativem Frieden und mit stetig steigendem Wohlstand aufgewachsen sind. Sie haben den Aufbau unseres Wohlfahrtsstaates durch die eigene Eltern- und Großelterngeneration erlebt und insbesondere im Bildungsbereich davon profitiert. Sie haben gelernt mit Fragen und Problemen anders umzugehen als ihre Eltern und Großeltern. Sie haben Konventionen in Frage gestellt. Sie konnten ihr Leben weitestgehend selbst bestimmen.

Wie werden sie nun mit dem Alter umgehen und insbesondere dann, wenn die Gesundheit schwindet und sie auf Hilfen angewiesen sind? Werden sie sich in das bekannte „System“ der Pflege „einordnen“, ihren Pfefferminztee trinken oder werden sie sich einen Caipirinha bestellen und das System „revolutionieren“?

Können die „Alt-68er“ und die „Babyboomer“ „Gut leben im Heim“ oder fühlen sie sich „Im Netz der Pflegemafia“?

5.1. Gut leben im Heim

Gut leben, wer möchte das nicht? Gut leben, dass will Jeder. Doch wie sieht das aus, das gute Leben? Was ist ein gutes Leben? Was gehört dazu und was nicht? Das sind Fragen auf die es keine eindeutigen Antworten geben kann. Was ein gutes Leben ausmacht, was eine gute Lebensqualität ist, das wird jeder Mensch für sich beantworten, zu beantworten haben, ja beantworten müssen. Die Menschen sind nicht gleich, sind verschieden. Und so verschieden die Menschen sind, so verschieden wird auch ihre Auffassung darüber sein, was es bedeutet, „gut zu leben“.

Gut leben, dass wollen alle Menschen, in Deutschland, in Europa oder an jedem anderen Ort der Welt.

Eine besondere Bedeutung bekommt das Thema „Gut leben“, wenn es um das Alter geht, wenn die „vierte“ Lebenszeit jenseits des 80. Geburtstags angefangen hat, wenn die Gesundheit nicht mehr mitspielt und wenn wir uns pflegen lassen müssen. Da fragen wir uns, ob eine Pflege in den eigenen vier Wänden denn überhaupt möglich ist. Können unsere Kinder, sofern überhaupt vorhanden, uns zur Hand gehen? Reicht es, wenn wir unser Essen auf Rädern bekommen, einmal in der Woche gewischt wird und die Medikamente von Mitarbeitern in Wechselsicht eines ambulanten Pflegedienstes für uns vorsortiert werden? Müssen wir in ein Heim? Oje!? Wie geht das? Muss das sein? Was da alles erzählt wird!? Wem kann ich da vertrauen?

Ja, es ist am Ende des Lebens gar nicht (mehr) so einfach, zu entscheiden wo wir denn nun gut leben wollen, gut leben können und was wir dazu brauchen oder auch: was wir nicht mehr bekommen können, nicht mehr bekommen werden.

„Eigentlich wollen alle älteren Menschen leben wie die ‚Golden Girls‘⁴⁹ – gesund, fröhlich und munter. Was aber, wenn die Girls und Boys kränklich werden, mehr und mehr Pflege brauchen?“⁵⁰

Tatsache ist, das die meisten Menschen den Wunsch haben, zu Hause alt zu werden und auch zu Hause gepflegt zu werden und dass die Entscheidung in ein Alten- oder Pflegeheim zu gehen, so lange wie möglich hinausgeschoben, ja gedanklich vertagt wird, oft ausgeschlossen wird.

⁴⁹ Golden Girls ist eine US-amerikanische Sitcom in sieben Staffeln (insgesamt 180 Episoden), die von 1985 bis 1992 gedreht und in Deutschland von 1990 bis 1994 erstmals ausgestrahlt wurde. Die Serie dreht sich um vier ältere Damen, die in einer Wohngemeinschaft in einem Haus in Miami im US-Bundesstaat Florida zusammen ihren Lebensabend verbringen und dabei auf allerlei Alltagsprobleme stoßen. In den Golden Girls werden viele ernste, sozialkritische Themen, sowie seinerzeitige Tabuthemen mit Witz angesprochen – beispielsweise Alzheimer, Homosexualität, Diskriminierung, Isolation, Sterbehilfe, die finanziellen Nöte älterer Menschen oder AIDS. (Quelle: Wikipedia)

⁵⁰ Franke: Gut leben im Heim, München 2008, Seite 55

Im Themenreport „Pflege 2030“ ist zu lesen, „..., dass sich die Mehrheit ... einer aktuellen, repräsentativen Umfrage von 1.600 GKV-Versicherten ab 18 Jahren (zufolge wünscht) in der ‚eigenen Wohnung‘ (41,3 Prozent) bzw. ‚im Kreis der Familie‘ (40,8 Prozent) gepflegt zu werden.“ Bei Privatversicherten präferieren nur 8 Prozent eine Heimpflege.⁵¹

In der Berliner Zeitung vom Sommer 2012 rät der Münchner Journalist Konrad Franke:

„Für ein Heim gilt: Wählen sie das Haus, in dem sie ihr Leben fortsetzen können. Die Schwelle – also der Unterschied zum jetzigen Leben – sollte möglichst niedrig sein. Das ist eine Voraussetzung für Glück.“⁵²

Nun vertritt der Journalist Konrad Franke grundsätzlich die Auffassung „Unsere Alten- und Pflegeheime sind besser als ihr Ruf“. Er hat darüber unter dem Titel „Gut leben im Heim“ ein Buch geschrieben, das 2008 erschienen ist.⁵³

Konrad Franke, geboren 1938 in Bad Schandau in Sachsen ist promovierter Historiker und hat sich nach seiner aktiven Tätigkeit, die ihn im Laufe seines Berufslebens vom Bayerischen Rundfunk über Radio Bremen und die Bertelsmann Buchgruppe zur Leitung des Kultur-Departments von Deutschland Radio Kultur führte, ganz dem Thema „Leben und Wohnen im Alter“ verschrieben. Neben mehreren Buchveröffentlichungen zu diesem Thema untersucht er Heime, hält Vorträge und wird regelmäßig als Experte zu diesem immer wichtiger werdenden Themen- Komplex angefragt, auch international. Er ist Autor und Herausgeber des Magazins „Lebensweise – Ratgeber für das Leben im Alter“, hat zwei Kinder und zwei Enkelinnen⁵⁴

Die Heime, so Franke in dem Bericht der Berliner Zeitung weiter, „... sind besser als ihr Ruf. Ich bin bei meinen Recherchen auch auf sehr viel Bemühen getroffen. Allerdings gibt es noch immer einen Mangel an wirklich guten Pflegekräften – viele sind nicht gut ausgebildet. Und leider werden sie auch nicht gut bezahlt, und auch das Image des Berufes ist nicht gut.“

⁵¹ Themenreport „Pflege 2030“, Seiten 17 und 18

⁵² Die Deutschen haben am meisten Angst vor dem Alter; in: Berliner Zeitung vom 24.8.2012

⁵³ Konrad Franke: Gut leben im Heim – Unsere Alten- und Pflegeheime sind besser als ihr Ruf, Piper Verlag GmbH, München 2008

⁵⁴ Quellen: Kai Homilius Verlag Berlin und Piper Verlag GmbH München

Franke hat die Ergebnisse seiner umfangreichen Recherchen, nach eigenen Angaben hat er über 200 Einrichtungen persönlich besucht, in seinem Buch „Gut leben im Heim“ in fünf Kapitel gegliedert: I. Es gibt nichts Besseres und Vernünftigeres als das Heim – Plädoyer für eine sinnvolle Institution, II. Das öffentliche Bild des Heimes, III. Deutsche Alten- und Pflegeheime jetzt – Erfahrungen nach dem Besuch von mehr als 200 Einrichtungen, IV. Alternative Wohnformen für das Leben im Alter und V. Das Neue Heim – ein Ideal für die Zukunft und was davon schon Wirklichkeit ist.

Franke vertritt also die Auffassung, dass es „nichts Besseres und Vernünftigeres“ gibt als das Heim. Allerdings gäbe es „das Heim“ nicht. Er unterscheidet zwischen Heimen für verschiedene Ansprüche und „Geldbeutel“. Wenn sich Menschen über ihr Heim beklagen würden, dann bedeute dies nicht automatisch, dass sie in einem schlechten Heim wohnen, vielmehr im falschen Heim. Die Skepsis gegenüber Heimen, sei ein deutsches Spezifikum. Franke führt eine Befragung von 39.000 Menschen in 31 Ländern an. Dieser Umfrage zu folge hatten 54 Prozent der Deutschen Angst, im Alter körperliche Schmerzen erleiden zu müssen, während der Durchschnitt bei allen Befragten bei 33 Prozent lag. Eine Einschränkung ihrer geistigen Fähigkeiten im Alter befürchteten 70 Prozent aller Deutschen; der Durchschnitt lag bei 43 Prozent.⁵⁵

Einer anderen Umfrage zufolge freuen sich fast 60 Prozent der Deutschen auf eine arbeitsfreie Zeit im Alter und zugleich haben fast 24 Prozent Angst pflegebedürftig zu werden. Die Zukunft werde, so Franke, mit fortschreitendem Alter als Bedrohung empfunden, da es dem Lebensende entgegengehe und das sei eben etwas Ungewisses und Angsterregendes. Mit der eigenen Endlichkeit will man sich eben nicht befassen. Hinzu komme die bange Frage, ob das Geld für eine angemessene Pflege überhaupt reiche?

Die Zeiten seien unsicher und hektisch, die Umwelt kaum oder auch gar nicht auf eine alternde und pflegebedürftige Gesellschaft eingestellt.

„Vielleicht fängt es mit langsamer fahrenden Rolltreppen oder mit längeren Umsteigezeiten auf den Bahnhöfen, mit größeren Preisschildern in den Supermärkten oder mit leichter zu bedienenden technischen Geräten an – wer weiß? Auch könnten die Ampelphasen länger, die

⁵⁵ Franke: Gut leben im Heim, München 2008, Seite 25

Filmausschnitte ‚langsamer‘ und die Haustier-Abteilungen in den Kaufhäusern größer werden als die Kinder-Abteilungen. ... Das Altersfreundliche wird normal, es wird Standard werden.“⁵⁶

Franke geht davon aus, dass die Zahl der Heime, trotz aller Werbung für „ambulant vor stationär“ und der Debatte über Servicewohnen und Wohngemeinschaften, in Zukunft zunehmen wird. Er spricht davon, dass es „massenkompatible“ Lösungen geben müsse, die die älteren Menschen selbst finanzieren müssen. Stationäre Pflege und Wohngemeinschaften seien unter einem Dach zu integrieren. Die Menschen würden frühzeitig und gerne in diese Heim ziehen, da sie sie ja selbst finanziert hätten und nun auch etwas davon haben wollten. Dies führe zu einer „Verjüngung der Heimbewohnerschaft“ und habe, da nun auch „fitte“ Alte (wieder) in den Heimen lebten zur Folge, dass „weit weniger Personal für betreuende Arbeiten“ benötigt würde, da die Bewohner sich untereinander helfen und unterstützen können. In diese Einrichtungen wird, so Franke, nicht „eingewiesen“ oder „belegt“, hier wird vermietet oder gekauft. Diese Gedanken entfaltet er auf dem Hintergrund, dass wir Heime benötigen, die den Erwartungen der jetzt älter werdenden Generation entsprechen.

Die Schreckensmeldungen und -bilder, die wir vor Augen haben, wenn wir das Stichwort „Pflegeheim“ bekommen seien durch die Medien vermittelt. „Das öffentliche Bild des Heims in Deutschland ist hässlich und miserabel. Heime sind, darf man den Medien und den meisten Zeitgenossen glauben, Orte, an denen man verhungert, verdurstet, in seinem Unrat liegt, gefesselt, erstickt, geschlagen, angebrüllt wird. Heime erscheinen als Hölle auf Erden.“ (Seite 35) Die Medien würden fast ausschließlich negative Berichte veröffentlichen und dabei vom Einzelfall auf alle Heim schießen. Franke kritisiert in diesem Zusammenhang die Kritiker der derzeitigen Pflege wie Fussek („Im Netz der Pflegemafia“), Scherf („Grau ist bunt“) oder Niejahr („Alt sind nur die anderen“).

Er stellt fest, dass die Heime sich gegen diese (ungerechtfertigte) Kritik nicht wehren, da diese Kritik sie ja auch eigentlich gar nicht treffe und sie untereinander in Konkurrenz stehen und somit eine gemeinsame Position nur schwer zu formulieren sei.

⁵⁶ Franke: Gut leben im Heim, München 2008, Seite 28

„Es ist eine wahrheitswidrige Behauptung, eine Lüge, von den schätzungsweise zwei Prozent mangelhaften Alten- und Pflegeheimen so zu sprechen, als würden sie für alle anderen stehen.“ (Seite 201)

Ungeachtet aller (berechtigten oder unberechtigten) Kritik hat nach Franke das Alten- und Pflegeheim „Zukunft“ (Seite 56). Er habe über 200 Einrichtungen selbst in Augenschein genommen. Dabei habe er viele unterschiedliche Formen angetroffen: das Altenwohnheim, in dem der Haushalt noch selbst geführt wird, das Altenheim mit Verpflegung, Betreuung und zeitweiliger Pflege und eben das Altenpflegeheim, in dem gepflegt und auf Wunsch betreut werde. Die Begriffe seien leider nicht geschützt und so komme es unter verschiedenen Überschriften schon zu unterschiedlichen Inhalten.

In Deutschland werden seinen Recherchen zufolge „55 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen von frei-gemeinnützigen und kirchlichen Trägern betrieben, 37 Prozent von privaten Unternehmen, 7 Prozent von öffentlichen Trägern“. Die Caritas arbeite in etwa 1.300 und die Diakonie in etwa 700 Einrichtungen.

Bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung müsse sich der Sucher drei Fragen stellen und beantworten (Seite 58 ff): Drinnen oder Draußen; sprich: soll die Einrichtung bzw. der künftige Lebensmittelpunkt in der Stadt oder auf dem Land sein; groß oder klein; sprich: Welche Angebote werden erwartet? und konfessionell orientiert oder weltanschaulich neutral. Die Beantwortung dieser drei Fragen, so Franke weiter, erleichtere die Wahl der Einrichtung. Danach braucht es ein Kümmern um die „Details“ wie Lage, Garten, Außenansicht, Eingangsbereich, Geruch, Größe und Gestaltung der Zimmer, Sanitäranlagen, Einrichtung der Zimmer, Brandschutz und Küchenzeilen, Ästhetik der Gänge und Wände, Handläufe, Rollwege, Bodenbeläge und Reinigungsservice sowie Gemeinschaftsräume: Bibliothek, Bastelraum, Gymnastik- und Andachtsraum, Speisesaal als auch die Betreuung: Alltagsgestaltung, Betreuungsangebote, Sport- und Theaterangebote, Fitness- und Animationsangebote, Gesundheitsprävention, Aroma- und Sexualtherapie, Kooperationen mit Vereinen und Initiativen des Stadtteils, Gestaltung der Geburtstage und Jahresfeste (Ostern, Weihnachten, Sonn- und Feiertage), Gedächtnistraining und Kultur- und Kunstangebote, Film- und Kinoveranstaltungen, Friseursalon und auch geriatrische Angebote; Tagesgestaltung: Rituale, Mahlzeiten, Speiseplan; Fachkräfte und Helfer (männlich / weiblich; deutsch /

Migrationshintergrund), Überleitungsfachkräfte, Qualifikation des Heimleiters, der Heimleiterin, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; Beteiligung der Angehörigen.

Dann erfolgt die Auseinandersetzung mit der Pflege. „Die Pflege – das ist für viele ältere Menschen der wichtigste Beweggrund, überhaupt, wenn auch in der Regel zu spät, in ein Heim zu gehen.“ (Seite 122) Die Fragen der Pflege, so Franke zu diesem Thema, „... gelten vor allem den Tatsachen, die mit Begriffen ‚Bereichspflege‘ und ‚Bezugspflege‘ umschrieben werden. Bezugspflege meint, dass es eine enge Beziehung zwischen einer kleinen Zahl von Pflegenden gibt. Bereichspflege meint, dass eine kleinere Zahl Pflegender für einen ganzen Bereich (meist eine Station, ein Wohnbereich) zuständig ist. Der seltener gebrauchte Begriff Funktionspflege meint, dass eine Pflegekraft bei allen Bewohnern nur immer eine bestimmte Funktion ausübt – also zum Beispiel den Blutdruck misst.“ (Seite 123)

Im folgenden geht Franke auf unterschiedliche „Pflegetheorien“ bzw. –konzepte ein. Franke: „Solange das Ergebnis gute Pflege ist, ist jede ‚Philosophie‘ richtig.“ (Seite 133) Er spannt einen Bogen von biografisch orientierten Konzepten über subjektivierende Ansätze bis hin zu integrativen Konzepten. Ein besonderes Augenmerk richtet er auf die Betreuung von dementen Bewohnern und den Ärzten im Heim. „Eine eigene Arztpraxis im Alten- und Pflegeheim wäre ... höchst nützlich – der ideale ‚Hausarzt‘ ist entsprechend vorgebildet und schnell zu Stelle, die Krankenhauseinweisungen verringern sich durch seine Arbeit für die Bewohner, das Haus spart Geld.“ (Seite 137)

Unter der Zwischenüberschrift „Das Heim – ein Fazit“ (Seite 143 ff) schreibt er: „Wirklich verändert haben sich (für die Bewohner) doch mit dem Einzug in ein Heim in Wahrheit nur die Straße und die Hausnummer.“

Dennoch kann Franke sich auch Alternativen zum Heim (gut) vorstellen. So schlägt er für diejenigen, die nicht in ein Heim ziehen wollen, vor deren Wohnungen entsprechen den gängigen Standards barrierefrei (Seite 147) zu gestalten, ambulante Pflegedienste in Anspruch zu nehmen und helfende Nachbarn und Ehrenamtliche in Nachbarschaftshilfen zu organisieren. Selbst die von ihm sogenannte „Rundum-Pflege, deutsch und ‚polnisch‘“ (Seite 150) hält er für „... durchaus eine angemessene, individuelle Lösung ...“. „Betreutes Wohnen“ hält er für einen „Etikettenschwindel“, von Immobilienkaufleuten erdacht, um entsprechende Mietvorstellungen realisieren zu können. Und zu den „Alten-Wohngemeinschaften“ schreibt er, dass diese „in aller Munde seien“ (Seite 153), „... besonders gern schwärm(t)en die Zeitgenossen, die 1968 Jugendliche waren, davon.“ Jedoch würden sie dabei übersehen, dass es

zwischen den jüngeren Menschen von damals und den älteren Menschen von heute gravierende Unterschiede gäbe, ohne zu benennen, worin denn nun diese Unterschiede bestehen. Er führt einzig den umfangreicher gewordenen Hausrat an. Damals hatte man „... wenig Gepäck und war abenteurlustig. Im Alter ist das nicht mehr so.“ (Seite 155)

Er zitiert aus einem Artikel der taz vom Dezember 2007, in dem behauptet wird, dass „diese Generation“, gemeint sind die 68er, „sich unter den unbequemen Bedingungen des unbequemen Alters nichts gefallen lassen“ werden. Sie würden beabsichtigen, „emanzipiert zu atmen“, wobei deren Vorstellung an eine Art „Pfarrhausidylle“ erinnere. Franke fragt: „Wäre dieses Idyll weit entfernt von einem guten, kleinen Heim?“ (Seite 44)

„Die stille Hoffnung aller Alten-WGs ist: Es wird schon nichts passieren ... Es passiert aber was, immer.“ (Seite 154) Alten-WGs seien, so Franke, „eine romantische Idee“ und Romantik sei nun mal was für junge Menschen und nicht für ältere.

Er würdigt das „Bielefelder Modell“, das für die betroffenen Menschen schwellenfreie Wohnungen und ambulante Pflege mit Pflegebüro anbietet, auch wenn er davon spricht, dass diese Modell „ältere Menschen vom Heim fernhalten“ wolle (Seite 155).

Abschließend skizziert er seine Vorstellungen vom „neuen Heim“ – ein „Ideal für die Zukunft“. „Statt ‚ambulant vor stationär‘ muss es heißen ‚ambulant und stationär‘, mit möglichst geringer räumlicher Distanz.“ (Seite 159)

„In der Jahrhundertmitte werden, zitiert er W. Opaschowski und Ulrich Reinhardt („Altersträume“), drei Viertel der über 80 Jahre Alten Frauen sein. Die Hälfte dieser hochaltrigen Damen und Herren wird pflegebedürftig, ein Drittel wird demnächst sein. Wir erleben bis 2050 die Entwicklung einer Vier-, Fünf- oder gar Sechs-Generationen-Gesellschaft mit Jungsenioren, Senioren und Hochaltrigen. Wirklich alt ist man in den Augen dieser Zukunftsgesellschaft erst, wenn man pflegebedürftig ist. Schon heute ist das für die meisten Deutschen (49 Prozent) das wichtigste Alterskriterium.

Wie wollen die Senioren aller drei Stufen wohnen? Im Prinzip möglichst lange selbständig, aber mit Service, in traditionellen Wohnformen. Real hat sich, sagen die Autoren des Buches „Altersträume“ (also Opaschowski und Reinhardt), die Zahl der in Heimen betreuten Pflegebedürftigen schon jetzt innerhalb von zwei Jahren um sechs Prozent, die Anzahl der

durch ambulante Pflegedienste betreuten Personen um fünf Prozent erhöht, gleichzeitig geht die Pflege durch Angehörige zurück.

Im Jahr 20130, so hat das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (von Franke zitiert) errechnet, braucht Deutschland 1,5 Millionen Pflegeplätze – mehr als doppelt so viele wie heute. Diese Plätze werden nicht öffentlich finanziert werden können. Das ‚Neue Heim‘ wird sehr oft, sogar überwiegend, das Heim eines privaten Betreibers sein.“ (Seiten 159 / 160) Die Eigenvorsorge „für das Alter als Problemlösung“ komme, so Franke ein Vierteljahrhundert zu spät.

Franke sieht in den Heimen durchaus auch einen Entwicklungsbedarf. Er schreibt: „Die Tatsache, dass es weit mehr gute als schlechte Heime gibt, darf nicht davon abhalten, alle Heime zu verbessern, zu reformieren. Heime sind nie fertig.“ (Seite 161)

Bevor er auf die bereits oben skizzierten „Beurteilungskriterien“ für die Entscheidung für eine bestimmte Einrichtung noch einmal umfassend eingeht, trifft er folgende (eigentlich abschließende) Feststellung:

„Kurz gesagt: Das Neue Heim nimmt alle Ansätze und Modelle neuer Wohn- und Lebensformen für das Alter auf und realisiert sie, modifiziert, unter seinem Dach.

Wer betreut wohnen möchte, wer in einer Wohngemeinschaft wohnen möchte – das große Gefäß ‚Heim‘ steht bereit und hat Raum und Personal für ambulante Pflegedienste, für die ambulante Betreuung von Wohngemeinschaften, für hauswirtschaftliche Versorgung, für ambulante Pflege in Verbindung mit Betreutem Wohnen außerhalb des Heims, für einen Hausnotruf-Service, für Tages-, Kurzzeit-, und Verhinderungspflege. Das Neue Heim ist ein wohnliches Dienstleistungszentrum.

Das Neue Heim hat eine Kernkompetenz: die Pflege, die professionelle Pflege, die Pflege auch von dementiell Erkrankten.“ (Seite 161)

Und Franke selbst? Franke sieht sich nach eigenem Bekunden schon nach „Freundinnen und Freunden um, mit denen (er) gemeinsam in ein Haus (der eigenen) Wahl gehen möchte – dann, wenn (er) die vier Treppen zur Wohnung nicht mehr schaffe.“ (Seite 202)

5.2. Im Netz der Pflegemafia

Claus Fussek⁵⁷ und Gottlob Schober⁵⁸ stellen in ihrem Buch „Im Netz der Pflegemafia“⁵⁹ folgende These auf:

„In keinem anderen Bereich unserer Gesellschaft ist der Kontrast zwischen dem, was Träger zu leisten vorgeben, und dem, was tatsächlich für hilfsbedürftige Menschen getan wird, größer als in der Altenpflege.“ (Seite 7)

Sie fragen: „Ist in Deutschland ein Altern in Würde möglich?“ (Seite 261) Und sie antworten: „Wir haben diese Frage oft gestellt, und ebenso oft mussten wir beklemmende Antworten geben. Skandalöse Zustände in Pflegeheimen, störrische Krankenkassen, üble Abzocker auf dem Pflegemarkt.“

In fünf Teilen mit den Überschriften „(1) Dauerbrenner Pflegenotstand, (2) Die Pflegelobby, (3) Die Profiteure der Pflegeversicherung, (4) Das Versagen der Justiz und (5) Auswege aus der Pflegemisere?“ legen sie ihren Standpunkt dar. Das Buch schließt mit einem „realsatirischen Fazit“ des Kabarettisten Dieter Hildebrandt („Man kann nicht mit der Faust auf den Tisch hauen, wenn man die Finger überall drin hat.“) und zehn zusammenfassenden Thesen / Forderungen. Sie belegen ihre Ausführungen anhand von „... weit über 40.000 Briefe(n), E-Mails und Anrufen von Heimleitern, Pflegepersonal, Kriminalbeamten, Ärzten, Angehörigen und, sofern sie noch schreiben können, auch Betroffenen ...“. (Seite 36)

Sie kritisieren die Praxis, alte und pflegebedürftige Menschen zu windeln, statt ihnen den Gang zur Toilette zu ermöglichen. Es seien, so die Autoren, „... inzwischen Windeln erhältlich, die ein

⁵⁷ Claus Fussek (geboren 1953, verheiratet, 2 Kinder) ist ein Sozialpädagoge und Autor, der in der Nähe von München lebt. Hauptberuflich ist er seit 1978 im ambulanten Beratungs- und Pflegedienst Vereinigung Integrationsförderung tätig, der mit unterschiedlichen Dienstleistungen sozial Benachteiligte unterstützt. Darüberhinaus kritisiert er öffentlich Missstände in der Altenpflege, analysiert aber auch deren Ursachen und entwickelt Lösungsansätze zur Bewältigung der Problematik. Im Januar 2008 wurde ihm für sein besonderes Engagement das Bundesverdienstkreuz verliehen. (Quelle: pflegewiki)

⁵⁸ Gottlob Schober, Jahrgang 1966. Seit 2001 gehört Gottlob Schober zum Redaktionsteam von REPORT MAINZ. Dort produziert er vorwiegend Magazinbeiträge und auch längere Formate mit den Themenschwerpunkten Altenpflege und Wirtschaft. Seit Oktober 2011 ist er stellvertretender Chef vom Dienst. Unter anderem war er Autor folgender Reportagen und Dokumentationen: "Essen. Waschen. Ruhe geben" (Co-Autor: Thomas Leif), "Der Pflegenotstand" (Co-Autor: Thomas Reutter), "Die Lohnsklaven" (Co-Autoren: Daniel Hechler, Adrian Peter, Thomas Reutter; Nominierung für den Grimme-Preis) und "Die Pflege-Oase – ein Heim geht neue Wege". 2008 veröffentlichte Gottlob Schober, zusammen mit seinem Co-Autor Claus Fussek, das Buch "Im Netz der Pflegemafia". (Quelle: <http://www.swr.de/report.de>)

⁵⁹ Claus Fussek und Gottlob Schober: Im Netz der Pflegemafia, Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden, Verlag C. Bertelsmann, 2. Auflage München 2008

Fassungsvermögen von unglaublichen 3,8 Litern ... (Seite 10)“ hätten. Sie erheben Einwände gegen die Ernährung über Magensonden (Seite 60) und die Fixierung, da alte Menschen sich an Fixierungsgurten strangulieren (Seite 91) würden. Heimleiter (Seite 106 ff) seien auf ihre Aufgaben nicht ausreichend vorbereitet; zumal auch keine „besonderen Fähigkeiten“ vorausgesetzt würden. In einer Studie sei nachgewiesen worden, dass 50 Prozent der Heimleiter über keine zweijährige Leitungserfahrungen verfügen, wenn sie diese Aufgabe übernehmen. Der Medizinische Dienst (MDK) und die Heimaufsicht würden ihren Funktionen nicht gerecht, da sie in der Regel angekündigt die Einrichtungen aufsuchen würden, so dass die Heime sich auf die Kontrollen rechtzeitig einstellen könnten.

Fussek und Schober halten die Einführung der Pflegeversicherung als eigenständige „fünfte Säule“ des Sozialsystems für falsch. Eine Zusammenführung von Kranken- und Pflegeversicherung wäre zielführend gewesen, da beispielsweise Zuständigkeitsrängeleien vermieden worden wären. Die Pflegeversicherung habe zunächst nur die Sozialhilfeträger entlastet und zu keiner besseren Versorgung der Hilfsbedürftigen geführt. So wurde den Autoren zufolge der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ (Seite 188) unzureichend umgesetzt. Rehabilitationsmaßnahmen könnten die Pflegekassen entlasten, würde sich der Gesundheitszustand von Menschen verbessern. Fussek und Schober vertreten die Auffassung, Menschen müssen aus den Einrichtungen hinausgepflegt und nicht hineingepflegt werden. Dies treffe auch für die Pflegestufen zu. Da jedoch das Pflegeentgelt mit der Pflegestufe steige, hätten die Einrichtungen kein Interesse an einer (erfolgreichen) „Rückstufung“ (in Folge entsprechender Fördermaßnahmen).

In diesen Themenkomplex ordnen sie auch die fehlenden „Heimärzte“ (Seite 238 ff) ein. Diese Ärzte würden ihre Patienten, in diesem Fall die Bewohnerinnen und Bewohner der jeweiligen Einrichtung kennen und könnten somit (überflüssige) Maßnahmen im Falle einer Akutversorgung verhindern helfen. Durch ihre Kenntnisse wären solche Heimärzte in der Lage, durchaus notärztliche Versorgung oder gar stationäre Abklärungen zu vermeiden, da sie eine entsprechende Therapie anordnen könnten, um die gesundheitliche Situation der Betroffenen zu stabilisieren. „Ambulante medizinische und stationäre pflegerische Versorgung sollten effektiv verzahnt werden.“ (Seite 251); wie dies im sogenannten „Berliner Projekt“ (Seite 250 ff) geschehe.

Im Sinne Hildebrandts, dass niemand in der Lage sei eine Faust zu ballen, wenn er seine Hände überall drin habe, hätte sich eine entsprechende Pflegelobby herausgebildet.

„Zu den relevanten politischen Lobbyisten im Pflegebereich gehören die Wohlfahrtsverbände (also Caritas, Rotes Kreuz, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, AWO), private Leistungsanbieterverbände (zum Beispiel der Bundesverband Privater Anbieter Sozialer Dienste [bpa], soziale Pflegekassen, kommunale Spitzenverbände (etwa der Sozialverband Deutschland), Berufsverbände, Bundesländer, Wissenschaft, Gewerkschaften, Sozialverbände und kommunale Heimträger.“ (Seiten 177/178)

Sie kommen bei ihren Recherchen u.a. zum Ergebnis, dass die Gewinnmaximierung all zu oft im Mittelpunkt stehe und Träger in ihren Einrichtungen aus diesem Grund bewusst personelle Unterbesetzungen in Kauf nehmen würden. (Seiten 276 / 277)

„Aber wie wird die Pflegesituation in der Zukunft aussehen – in 20 bis 30 Jahren?“ (Seite 261)

Fussek und Schobert gehen gegen Ende ihres Buches kurz auf das Thema „Robotik“ in der Pflege bzw. bei der Unterstützung alter und hilfsbedürftiger Menschen ein. Ihr (persönliches) Fazit:

„Auch uns läuft es beim Gedanken, einmal einem Pflegeroboter ausgeliefert zu sein, kalt über den Rücken.“ (Seite 361) Hierzu Dieter Hildebrandt: „Das (Einsatz von Pflegerobotern) ist der Weltuntergang. Das ist das Ende unserer Gesellschaft. Der Wahnsinn ist vollendet.“ (Seite 380)

Die Autoren Fussek und Schobert fassen ihre Recherchen und Darstellungen in zehn Thesen / Forderungen (Seite 381 ff) zusammen.

- I. Mindestanforderungen für eine menschenwürdige Grundversorgung müssen umgesetzt werden:
 1. Jeder pflegebedürftige Mensch muss täglich seine Mahlzeiten und ausreichend Getränke ... in dem Tempo erhalten, in dem er kauen und schlucken kann. Magensonden dürfen nur nach ... Indikation verordnet werden. Eine Magensonde ist ... Körperverletzung!
 2. Jeder pflegebedürftige Mensch muss täglich so oft zur Toilette gebracht ... werden, wie er es wünscht! ...
 3. Jeder pflegebedürftige Mensch muss täglich ... gewaschen, angezogen und gekämmt werden. ...
 4. Jeder pflegebedürftige Mensch muss ... täglich die Möglichkeit bekommen, sein Bett zu verlassen,
 5. Für jeden pflegebedürftigen Mensch muss gewährleistet sein, dass wenigstens ein Mitarbeiter auf Station ist, der die Muttersprache spricht. ...

6. Jeder pflegebedürftige Mensch muss die Möglichkeit haben, wenigstens seinen / ihren Zimmerpartner zu wählen beziehungsweise abzulehnen.
 7. Jeder pflegebedürftige Mensch muss die Sicherheit haben, dass ihm in der Todesstunde wenigstens jemand die Hand hält, damit er nicht allein und einsam sterben muss!!!
- II. Die Pflegestufen und die „Minutenpflege“ müssen abgeschafft werden.
 - III. Wir fordern für alte Menschen die ebenso konsequente Anwendung der Bestimmungen, wie sie im Tierschutzgesetz geregelt sind.
 - IV. Wer schweigt macht sich mitschuldig!
 - V. Die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes müssen veröffentlicht werden, ohne dass die Verbände Einfluss darauf haben.
 - VI. Nur durch völlige Offenlegungen aller Zahlen können unlautere Manipulationen bekämpft werden.
 - VII. Heimaufsichten und Medizinischer Dienst müssen verstärkt des Nachts und an Wochenenden unangemeldet prüfen.
 - VIII. Unabhängige Beschwerdestellen für Angehörige und Pflegekräfte müssen in jeder Stadt in Deutschland eingeführt werden.
 - IX. Krankheit und Pflege sind keine Produkte im markt- und börsenfähigen Sinne.
 - X. Pflegekräfte müssen sich bundesweit gegen unakzeptable Arbeitsbedingungen, gefährliche Pflege und Lohndumping wehren.

5.3. Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung ältere Menschen ⁶⁰

Pflegebedürftigkeit ist, so Michael Isfort, Professor für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung an der Katholischen Hochschule NRW in Köln, „nicht in allen Fällen ein Schicksal, dem man tatenlos entgegenblicken“ müsse, es komme vielmehr darauf an, „Prävention und Förderung der Fähigkeiten“ stärker in den Vordergrund zu rücken. Bisher stehe jedoch in der öffentlichen Debatte über Alter und alternde Gesellschaft die „Pflegebedürftigkeit“ und deren Bewältigung im Mittelpunkt der Betrachtungen. Hilfe – und Pflegebedürftigkeit entstehe, so Isfort, vor allem bei hochaltrigen Menschen über 75 Jahren. „Der sechste Altenbericht der Bundesregierung weist darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit älterer Menschen nicht hilfe- und pflegebedürftig ist; bei den 70- bis 75-Jährigen ist nur jeder Zwanzigste (fünf Prozent) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI; das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Nicht-Pflegebedürftigen verkehrt sich erst bei den über 90-Jährigen in Richtung überwiegender Hilfebedürftigkeit, denn hier sind es 61 Prozent, die als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft sind.“ ⁶¹

Isfort führt weiter aus, dass im Dezember 2009 laut der Pflegestatistik des Bundes ⁶² 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft. Dies bedeute ein Zuwachs um etwa 16 Prozent in den Jahren 1999 bis 2009. Von den Pflegebedürftigen wurden rund zwei Drittel zu Hause versorgt. Die Versorgung zu Hause (nur) durch die Familie (machte rund 45% aus) und / oder einen ambulanten Dienst, blieb dabei annähernd konstant, wobei der Anteil der ambulanten Pflege um ein Drittel angewachsen ist. Dies trifft auch für den stationären Bereich zu. In der Pflegestatistik 2011 weisen alle Prognosen auf eine weitere Zunahme hin.

Nehme man die Tatsache hinzu, dass es einen Fachkräftemangel in der Pflege gäbe, so komme man nicht umhin, „... zukünftig nicht nur die Pflegebedürftigkeit zu fokussieren, sondern auch die Prävention der Pflegebedürftigkeit und die Neuausrichtung von Leistungen ins Blickfeld zu rücken, die den Hilfebedarf beantworten.“ Es komme, so Isfort, darauf an, die häusliche Situation zu stabilisieren.

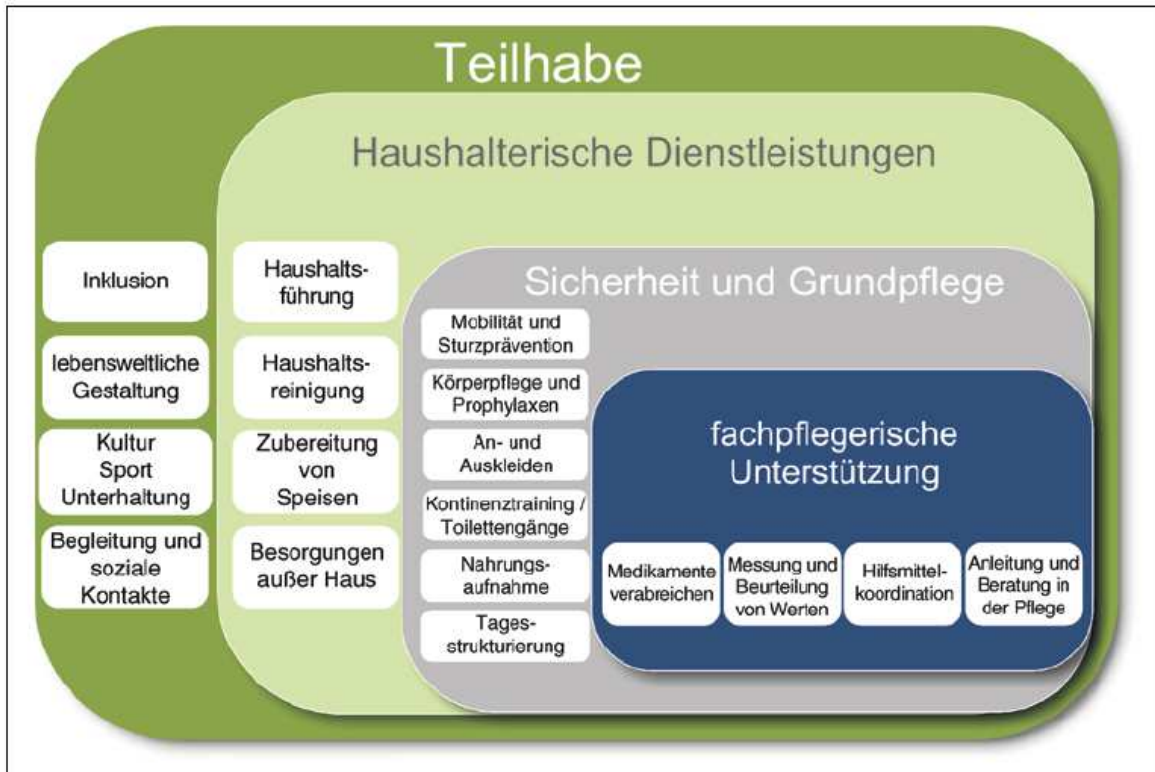
⁶⁰ Michael Isfort: Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen; in: Aus Politik und Zeitgeschichte 4-5/2013: Alternde Gesellschaft, Seite 29-35, Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2013

⁶¹ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.), Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin 2010, zitiert nach Isfort 2013

⁶² Vgl. www.gbe-bund.de/glossar/ Pflegestatistik.

Den zukünftigen Hilfe- und Unterstützungsbedarf gliedert Isfort in vier Bereiche, nämlich: Teilhabe, Haushaltsnahe Dienstleistungen, Sicherheit und Grundpflege und fachpflegerische Unterstützung, wie das nachfolgende Schaubild ⁶³ verdeutlichen soll.

Abbildung: Hilfe- und Unterstützungsbedarfe



„Aus der Perspektive der Menschen mit Hilfebedarf ergeben sich komplexe Bedarflagen, die nicht in einzelne Maßnahmen zu zergliedern sind.“ (Seite 32) Für Menschen mit Demenz spielen die Tagesstrukturierung eine herausgehobene Rolle. Die zu erbringende Leistung erkläre sich für alle Pflegebedürftigen über die Situation und die Person(nen), die die Leistung(en) erbringt bzw. erbringen.

Da das derzeitige Versorgungssystem für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland sehr ausdifferenziert sei, komme einer umfassenden Information insbesondere der Angehörigen eine besondere Bedeutung zu, so Isfort weiter. „Ungelöst bleibt bislang das Problem des bürokratischen Zugangs für Maßnahmen sowie die fehlende Steuerung durch das komplexe Versorgungssystem.“ (Seite 34) Isfort sieht den größten Bedarf „unterhalb der Schwelle der Pflegebedürftigkeit“. Es existieren nach seiner Auffassung kaum strukturierte Ansätze, die wohnortnah Leistungen vermitteln oder koordinieren zumal der bisherige

⁶³ Michael Isfort: Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen; in: Aus Politik und Zeitgeschichte 4-5/2013: Alternde Gesellschaft, Seite 29-35, Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2013, Seite 31

Pflegebedürftigkeitsbegriff hauptsächlich die „körperbezogenen Problematiken“ in den Vordergrund stelle.

Seit 2008 liege, so Isfort, neben einem definierten Katalog zu einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff auch ein Instrument zur Begutachtung⁶⁴ vor. „Hier sollen die folgenden Aspekte Berücksichtigung erfahren und zum Leistungsanspruch führen: 1. Mobilität, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, 7. außerhäusliche Aktivitäten und 8. Haushaltsführung. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde jedoch bislang nicht umgesetzt. Dies scheint jedoch eine wichtige Voraussetzung dafür zu sein, die notwendigen Anpassungen im Versorgungsbereich zu gestalten.“ (Seite 34)

Isfort benennt „Kernelemente einer Anpassung des Pflegesektors“. Neben einer Verbesserung der kommunalen Vernetzung der pflegerischen Infrastruktur und des Zugangs zur Leistung, Entbürokratisierung bei Genehmigungs-, Prüf- und Überwachungsverfahren, Stärkung der Rehabilitation komme der Umsetzung eines flexiblen Budgets für Hilfe- und Pflegebedürftige eine besondere Bedeutung zu. Zur Versorgungsstruktur gehören der Ausbau der Tagesbetreuung, der Nachtversorgung und der Kurzzeitpflege, die Erprobung neuer Wohnformen und Versorgungskonzepte, quartiersbezogene Hilfsnetzwerke und Nachbarschaftshilfen sowie die Förderung von Schülern in der Pflegeausbildung, verschiedene Ausbildungsmodule, die Stärkung und Qualifizierung des Ehrenamtes sowie die Durchlässigkeit in den Teilerwerb. (Seite 35)

⁶⁴ Vgl. Klaus Wingenfeld et al., Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, 2008, online: www.aok-gesundheitspartner.de/ (zitiert nach Isfort)

5.4. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!⁶⁵

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (kurz: Deutscher Verein) hat im Dezember 2010 Empfehlungen zur wohnortnahen Gestaltung einer Pflegeinfrastruktur vorgelegt. Die Empfehlungen gehen auf die Potentiale und rechtlichen Rahmenbedingungen ein, formulieren Gestaltungsgrundsätze und geben Empfehlungen für konkrete Maßnahmen als auch für notwendige Rahmenbedingungen für die Gestaltung einer nachhaltigen lokalen Pflegeinfrastruktur.

Der Deutsche Verein bezieht sich auf Prognosen, wonach bis zum Jahr 2050 mit einer Verdoppelung der Pflegebedürftigen zu rechnen sei und stellt fest, dass sich daraus „eine zentrale Herausforderung bei der Gestaltung der lokalen Infrastruktur“ für die Kommunen ergibt. Die vorgelegten Empfehlungen sollen die Kommunen bei der Bewältigung der „Gestaltung der Infrastruktur für pflegebedürftige, chronisch kranke und behinderte Menschen und ihre Unterstützungspersonen“ eine Richtschnur geben. Ein besonderes Augenmerk liegt auf dem „Vorfeld von Pflegebedürftigkeit“.

Die Potentiale einer pflegerechten Infrastruktur sieht der Deutsche Verein in der familienfreundlichen Gestaltung der Kommune. Diese bleibe für ihre Einwohner attraktiv und zwar generationsübergreifend. Sie fördere das nachbarschaftliche Miteinander und Stärke die Selbsthilfepotentiale und ermögliche dadurch den betroffenen Menschen einen Verbleib in ihrer Häuslichkeit.

Das Positionspapier führt aus, dass für die die Sicherstellung und Vorhaltung einer „leistungsfähigen, zahlenmäßigen ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ die Bundesländer zuständig seien. Sie seien aufgefordert mit anderen Akteuren zusammenzuwirken, um eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten“. Die inhaltliche Ausgestaltung obliege dabei den Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung. Die Mitwirkung der Kommunen sieht der Deutsche Verein insbesondere „vorrangig durch die aktive Gestaltung einer sozialen Infrastruktur im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit“.

⁶⁵ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vom 8. Dezember 2010; verantwortlich: Heike Hoffer

„Handlungsebenen für die Kommunen sind insbesondere die Ebene der Einzelfallsteuerung (Case Management) und die Ebene der Infrastruktursteuerung, also der Steuerung der Angebote einschließlich ihrer Koordination und Vernetzung (Care Management).“ (Seite 7)

Die Tätigkeit der Leistungserbringer, so der Deutsche Verein weiter, bestehe insbesondere in der Zurverfügungstellung, Konzeption und qualitativen Weiterentwicklung von Leistungsangeboten im (vor-)pflegerischen und pflegeergänzenden Bereich.

„Angesichts der demografischen Entwicklung sieht der Deutsche Verein es als Chance für die Kommunen, die kooperative Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur stärker als bisher auch als kommunale Verantwortung zu betrachten und aktiv wahrzunehmen. Damit dies gelingt, müssen alle an der Pflegeinfrastruktur beteiligten Akteure in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich tätig werden und intensiv zusammen arbeiten.“ (Seite 9)

Der Deutsche Verein benennt drei (zentrale) Gestaltungsgrundsätze: Sicherung der Selbstbestimmung, Verbleib in eigener Häuslichkeit und Sicherung sozialer Teilhabe (Seite 9 ff). Zur Sicherung der Selbstbestimmung zählen: barrierefreie Wohnangebote und Angebote für technischen Hilfen, verstärkte Unterstützung in Alltagsangelegenheiten (Wohnen, Haushalt, Ernährung, inner- und außerhäusliche Mobilität, physische und psychische Selbstsorge, soziale Teilhabe), eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte haus- und fachärztliche, rehabilitative und pflegerische Versorgung, eine personenorientierte Koordination der Versorgungs-, Unterstützungs- und Teilhabeleistungen, eine hinreichende Information über Leistungsangebote (Angebots- und Leistungstransparenz), qualitätsgesicherte Beratungsangebote zu allen Aspekten des selbstbestimmten Alterns einschließlich der verfügbaren Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowie Stärkung von Eigeninitiative und der Potenziale der Selbsthilfe für Pflegebedürftige.

Diese Aspekte beeinflussen ebenso den möglichen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit als auch die Sicherung sozialer Teilhabe.

Die Empfehlungen für die Gestaltung einer nachhaltigen lokalen Pflegeinfrastruktur umfassen insgesamt zwölf Aspekte.

- 1) Kommunale Gestaltungsverantwortung: Dazu gehört, dass Angebote der sozialen Teilhabe z. B. im Rahmen der Altenhilfe durch die Kommune angeboten, initiiert oder koordiniert

werden. Angebote des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe sollten ebenfalls initiiert und kommunal unterstützt werden. Weiterhin sind u.a.

Beratungsangebote zum selbstbestimmten Leben, wie Wohn(anpassungs)beratung, Beratung über Angebote der Präventions- und Gesundheitsförderung von Bedeutung. Der Deutsche Verein vertritt die Auffassung, dass „... präventionsorientierte Angebote langfristig Pflegeverläufe positiv beeinflussen und damit höhere Folgekosten für die Sozialhilfeträger, z. B. im Rahmen der Hilfe zur Pflege, vermeiden können.“ (Seite 12)

- 2) Moderne Pflegeinfrastrukturplanung als Teil einer Integrierten Sozialplanung beteilige alle relevanten Planungsbereiche, insbesondere Altenhilfeplanung, Bauleitplanung, Verkehrsinfrastrukturplanung auf der örtlichen wie auch auf der überörtlichen Ebene und die Pflegeinfrastrukturplanung einschließlich der Pflegestützpunktplanung..

- 3) Zielgruppen und vergleichbare Bedarfslagen. „Zielgruppen einer lokalen Pflegeinfrastrukturplanung sind nicht nur die gegenwärtig, sondern auch die zukünftig Pflegebedürftigen.“ (Seite 14)

Vergleichbare Bedarfslagen hätten auch Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke oder Menschen mit Demenz. Zu diesen „übergreifenden Bedarfen“ zählen u.a.:
Barrierefreie Gestaltung des privaten Wohnumfeldes und des öffentlichen Raums,
Möglichkeit zur Erhaltung bestehender und Schaffung neuer Netzwerke, quartiersnah verfügbare und zugängliche Informations-, Beratungs- und Leistungsangebote in relevanten Alltags- und Versorgungsbereichen (Wohnen, Haushalt, Ernährung, Mobilität u.ä.).

Die Bedarfe der unterschiedlichen Zielgruppen und die (bereits) vorhandenen Angebote sind dabei möglichst umfassend und differenziert zu erheben und abzugleichen.

- 4) „Sozialraumorientierte Bedarfs- und Bestandsanalysen und integriertes, kontinuierliches Monitoring“ sind hierfür unerlässlich.

„Zudem ist auf der auf bestimmte Planungs- oder Versorgungsräume bezogene Versorgungsgrad (Verhältnis pflegebedürftige Einwohner/innen zu pflegerelevanten Versorgungs- und Unterstützungsangeboten), der mit Hilfe valider Indikatoren auch vergleichend festgestellt werden kann, zu erheben. Damit können, so der Deutsche Verein, die Auswirkungen sozialpolitischer Entscheidungen der Kommune auf die Pflegeinfrastruktur evaluiert werden. „Dabei ist zu beachten, dass quantitative Indikatoren nur eine Mittel zur Bewertung der Erreichung des qualitativen Ziels sind.“ (Seite 17)
Wichtige Daten in diesem Zusammenhang seine Daten der Gesundheitsberichterstattung

aber auch Daten über Familienstrukturen sowie Daten über die Beschäftigungssituation von Frauen und Männern und zu infrastrukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Hilfebezug).

- 5) Nutzung kommunaler Steuerungsinstrumente. Der Deutsche Verein empfiehlt die Formulierung von „Pflegezielen“ und die Einrichtung lokaler Pflege- und Gesundheitskonferenzen.
- 6) Kooperation und Vernetzung. Gelingende Kooperation, so ist zu lesen, braucht funktionierende Netzwerke.
- 7) Integrierte, präventionsorientierte Beratung. Die (kompetente) Beratung sei ein „Schlüsselangebot“ für Betroffene bei der Frage der eigenen Lebensgestaltung und des „gelingenden Alters“. Eine solche Beratung berücksichtige die gegenwärtige und die zukünftige Lebenssituation. Der Transparenz und der Neutralität der Beratung komme eine große Bedeutung zu. Auch müsse die Beratung „zugehend“ angeboten bzw. organisiert sein. Hierzu zählen auch präventive Hausbesuche durch niedergelassene Ärzte bzw. den Hausarzt.

Die Beratung müsse über die reine Pflegeberatung hinausgehen und auch andere Felder berücksichtigen, wie die Wohn- und Wohnraumanpassungsberatung, die Beratung beim Aufbau neuer Wohn- und Betreuungsformen, Beratung über Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention und der Beratung von Initiativen der Selbst- und Nachbarschaftshilfen, die Einbindung von Ehrenamtlichen sowie die Gestaltung einer „kultursensiblen“ Pflege.

„Um das Beratungsangebot zielgerichtet zu organisieren, können Bedarfsanalysen durch Befragungen erfolgen. Dabei kann auch erfasst werden, welche qualitativen Informationen über die Pflegeinfrastruktur seitens der potenziellen Nutzer(innen) gewünscht werden.“ (Seite 22). Eine derartige Beratungsinfrastruktur bedarf einer entsprechenden Koordination.

- 8) Kooperatives Case Management. „Der Deutsche Verein hält ein Versorgungsmanagement für Pflegebedürftige für eine sinnvolle Weiterentwicklung von der nur pflegerischen Versorgung hin zu einem lokal verankerten Hilfemix.“ (Seite 23)
- 9) Um die „Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen und weiter entwickeln“ zu können, brauche es, so der Deutsche Verein, eine „... möglichst gleichrangige Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Pflegekassen, den Kommunen und Anbietern sowie einen Austausch und eine Abstimmung über das jeweilige Verständnis von Beratung und Case

Management.“

„Der Deutsche Verein hält Pflegestützpunkte für ihrer Idee nach sinnvolle Strukturen. Wichtig ist, dass eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Pflege- und Krankenkassen, Kommunen und Anbietern erfolgt. Nur dann bergen sie Potenziale für eine bessere Beratung und stärkere Koordination und Vernetzung von Angeboten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Beratung und Leistungskoordination. Der Aufbau von Parallelstrukturen, d.h. weiteren Koordinierungs- und Vernetzungsstellen für vergleichbare Zielgruppen, ist zu vermeiden.“ (Seiten 24 / 25)

- 10) Ziel „Barriere freie Kommune“: „Barrierefreiheit bedeutet die uneingeschränkte Nutzung von Gegenständen, Gebrauchsgütern und Objekten durch alle Menschen über denselben Zugang.“ (Seite 25)
- 11) Stärkung der Pflege- und Unterstützungs- sowie der Selbsthilfepotenziale: Der Deutsche Verein weist auf die hohe Bedeutung von Angeboten des täglichen Bedarfs und der die Unterstützung der Selbsthilfe- und Präventionspotenziale für den Verbleib ältere Menschen in der eigenen Häuslichkeit hin.
- 12) Qualität und Transparenz der Leistungsangebote. Der Deutsche Verein vertritt die Auffassung, dass durch eine kommunal initiierte Veröffentlichung im Internet oder kommunale Beratung über Leistungsangebote ein besserer individuelle Hilfemix erreicht werden kann.

Der Deutsche Verein gibt insgesamt elf Empfehlungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen der lokalen Pflegeinfrastruktur, die sich an die unterschiedlichen politischen Ebenen richten.

- 1) Die „Dauerhafte Stärkung der finanzielle Gestaltungskraft der Kommunen für eine präventiv orientierte Pflegeinfrastruktur“ ist u.a. eine notwendige Voraussetzung für eine langfristige, präventiv orientierte Pflegeinfrastrukturpolitik.
- 2) „Quartiersbezug und Gemeinwesenorientierung“ kann nur dann sinnvoll umgesetzt werden, wenn die „Pfelgeberater(innen) mit anderen Akteuren im Quartier, insbesondere mit den Kommunen und den Anbietern, kooperieren, um individuelle Versorgungspläne erstellen zu können. „Der Deutsche Verein fordert die Kranken- und Pfelgekassen auf, ihr

Handeln entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag stärker quartiersbezogen auszurichten und auf lokaler Ebene entsprechende Kooperationen einzugehen.“ (Seite 33)

- 3) Verbindliche Kooperation und Qualitätssicherung bei Beratung und Versorgungsmanagement. Der Deutsche Verein empfiehlt die Bündelung „pflegerelevanter Beratungsangebote“ unterschiedlicher Träger auf lokaler Ebene z. B. in „kommunalen Pflegebüros“ mit dem Ziel, Inhalte besser aufeinander abzustimmen.
- 4) Pflegestützpunkte aufgabengerecht ausgestalten und ausstatten. „Nach Auffassung des Deutschen Vereins können Pflegestützpunkte nur dann sinnvolle Strukturen sein, wenn sie aufgabengerecht ausgestattet und ausgestaltet sind. Dies ist nach Auffassung des Deutschen Vereins dann der Fall, wenn sie auch als zugehende Struktur organisiert sind, frühzeitig eingeschaltet werden, trägerübergreifend wirken und die dort tätigen Mitarbeiter(innen) für Menschen mit komplexen individuellen Unterstützungsbedarfen ein Case Management durchführen können.“ (Seite 35)
- 5) Bessere Abstimmung der Gesundheits-, Pflege- und sozialen Infrastrukturplanung. Hierfür bedarf es einer entsprechenden rechtlichen Absicherung.
- 6) Kooperative Abstimmung zwischen Verwaltungsebenen. Zuständigkeiten sollen in einer Hand bzw. auf immer nur einer Ebene gebündelt, angesiedelt werden.
- 7) Weiterentwicklung der Landespflegegesetze. Es soll eine stärkere Zielorientierung erfolgen.
- 8) Altenhilfe nach § 72 SGB XII modernisieren. Die Altenhilfe habe auch die Aufgabe der Schaffung einer altersgerechten Infrastruktur zu übernehmen.
- 9) Bauleit- und Verkehrs(leit)planung. Die Belange von Menschen mit Behinderungen und pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen sollte regelhaft Berücksichtigung finden. Die Planungen sollen sich an „Grundsätzen der barrierefreien Mobilität“ orientieren.
- 10) Die „Barrierefreiheit“ ist zentraler Bestandteil der Pflegeinfrastruktur. „Barrierefreiheit kann in städtebaulichen Satzungen und Verträgen und städtebaurechtlichen Geboten berücksichtigt werden.“ (Seite 40)
- 11) Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung mit Blick auf die lokale Pflegeinfrastruktur: „Das SGB XI muss sich stärker an den Bedürfnissen Pflegebedürftiger in der häuslichen Versorgung orientieren.“ (Seite 41)

Das Fazit des Deutschen Vereins:

„Damit die Kommune die Steuerung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur befördern kann, sind Steuerungselemente erforderlich, die eine Beeinflussung der örtlichen Angebotsstruktur durch die Kommune über den gegebenen Rahmen hinaus ermöglichen.

Pflegeinfrastrukturgestaltung sollte präventionsorientiert sein und das Alltagsleben bei Pflegebedürftigkeit sowie die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit im Fokus haben.

Wesentliche Mittel hierfür sind Kooperation und Vernetzung, sowohl auf lokaler Ebene als auch zwischen den Akteuren verschiedener Ebenen. Damit alle an der pflegerischen und medizinischen Versorgung und dem sozialen Unterstützungssystem Beteiligten im Sinne einer kooperativen Strategie zusammenwirken können, müssen auch die Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen, insbesondere im Pflege- und Gesundheitssystem, quartiersbezogen ausgerichtet werden.“ (Seite 42)

6. Exkurs: Robotik

Demografischer Wandel und ITK-Lösungen oder In den starken Armen von Riba

6.1. In den starken Armen von Riba ⁶⁶

Wo bekommt die Frau ab 50 Geborgenheit und Schutz her? Und wo, wenn sie 60 ist? Und 70? Dann, wenn die Ehemänner entweder nicht mehr vorhanden sind oder selbst mit massiven gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben und die bezahlten Dienstleister Signale der Überlastung senden? Alte Frauen auf der Suche nach Schutz und Geborgenheit: Das ist die Marktlücke der Zukunft.

"Riba", sagt meine Bekannte Inge, "Riba könnte die Lösung sein. Er muss nur feinmotorisch verbessert werden." Inge ist zu Besuch in Berlin, gemeinsam mit Freundin Suse frühstücken wir im Café Einstein Unter den Linden, dort wo Politiker mit Journalisten über die Zukunft des Landes plaudern. Was gut zu uns passt, denn Inge, 70, pensionierte Sozialwissenschaftlerin und Bewohnerin in einer Hausgemeinschaft, ist gleichfalls sehr interessiert an der Zukunft. Inge hat sich intensiv mit diversen Themen rund um das "Neue Altern" auseinandergesetzt, denn da gibt es Innovationen.

"Riba brennt nicht aus, ist nicht genervt", fährt Inge fort, "er hat einen geregelten Energiehaushalt." "Ich fand das Video über Riba auch beeindruckend", meint Suse, "diese starken und doch weichen Arme, auf denen er die Frau durch das Zimmer trug und dann behutsam auf das Bett legte, das hatte etwas Zärtliches." "Fast wie Brad Pitt in ‚Babel‘, als er Cate Blanchett durch die Gegend schleppte", werfe ich ein.

Brad Pitt hatte im Interview allerdings erklärt, wie anstrengend es gewesen sei, Filmpartnerin Cate Blanchett x-mal durch die Gegend zu tragen, bis die Szenen saßen. Dabei ist der Mann doch gut trainiert.

Ein Wesen, das stark genug ist, mich scheinbar mühelos auf Händen durch die Gegend zu tragen - das hat für mich etwas Romantisches. Und das Romantische umfängt liebevoll das Praktische, wenn das Wesen auch noch auf Knopfdruck bereitsteht.

"Riba könnte dich nicht nur herumtragen, sondern sogar noch ein paar nette Worte für dich übrig haben", führt Inge aus. "Die netten Worte könnte man sich sogar vorher selbst ausdenken und einprogrammieren", meint Suse. "Aber vielleicht sollte man an der

⁶⁶ Kolumne von Barbara Dribbusch, in: taz vom 8. Januar 2012

Physiognomie von Riba noch arbeiten. Die könnte man menschlicher machen." "Ganz falsch", Inge wird scharf, "ich will ja gerade nichts Menschliches. Niemanden, der mir zu verstehen gibt, wie viel Mühe ich ihm mache. Vielleicht noch wie eine mies bezahlte ausgebrannte Pflegekraft, die ihre Aggressionen kaum verbergen kann. Nein danke, ich will nichts Menschliches. Ich will jemanden, der stark ist und behutsam und funktioniert."

Wir können uns leider nicht weiter austauschen. Inge muss los zu einem Termin. Sie sammelt Material zum Thema Hilfsroboter für Altenheime. Der erfolgreichste ist "Paro", hat sie uns erzählt. Das Modell "Paro" ist ein kuscheliges Robbenbaby, das mit den Augen blinkert und Demente mit seinem Fiepen zum Streicheln auffordert. Wird schon erfolgreich in Pflegeheimen eingesetzt. "Paro" ist nicht so mein Ding. Aber Riba wäre schon in Ordnung, so zum Transport zwischen Schlafzimmer und Bad, wenn das später mal schwierig werden sollte. Riba, erfunden in Japan, ist der größte und kräftigste der Roboter. Noch sind seine Bewegungen zu unflexibel für den alltäglichen Einsatz. Aber das verbessert sich bestimmt.

6.2. Demografischer Wandel und ITK-Lösungen ⁶⁷

In den kommenden Jahren werden die geburtenstarken Jahrgänge in den Ruhestand gehen, die nachkommenden Generationen sind deutlich kleiner. Seit der deutschen Vereinigung ist die Zahl der Neugeborenen in Deutschland um 18% von 830.000 (1991) auf 683.000 (2008) gesunken. Auch in den kommenden Jahrzehnten ist mit einem Rückgang zu rechnen: Bis 2030 dürfte die Geburtenzahl um weitere 15% auf 580.000 Geburten abnehmen. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung in Deutschland kontinuierlich an. Mittelfristig (bis 2050) sind vor allem drei Trends absehbar:

- eine moderate Schrumpfung der Gesamtbevölkerung
- eine deutliche Abnahme der Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter
- eine deutliche Alterung der Menschen im erwerbsfähigen Alter.

Die barrierefreie Gestaltung von ITK-basierten Produkten und Dienstleistungen reduziert die Kosten, die durch spezielle Hilfestellung und ansonsten bereitzustellende alternative Dienstleistungen entstehen.

Beispielsweise kann die Ausgestaltung des Wohnumfelds älterer Menschen durch eine enge Vernetzung von ITK-gestützten Assistenzsystemen mit sozialen Diensten und pflegerischer

⁶⁷ Siehe: BITKOM (Herausgeber): Demografischer Wandel, Lösungsangebote der ITK-Industrie, Berlin 2012

Fürsorge zugleich das in der großen Mehrheit gewünschte längere selbstbestimmte Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen.

Die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien⁶⁸ können einen wichtigen Beitrag leisten, die demografischen Herausforderungen in den diversen Handlungsfeldern zu meistern.

Dazu zählen im Wesentlichen die Bereiche:

- Gesundheit und Pflege,
- Staat und Verwaltung und
- Infrastruktur und Mobilität.

So können etwa mittels E-Health-Applikationen⁶⁹ zahlreiche Diagnosen und medizinische Betreuungen über große Entfernungen erfolgen. Dies ermöglicht eine flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung auch in schwach besiedelten Gebieten zu moderaten Preisen, weil das medizinische Personal sich auf die Kernaufgaben konzentrieren kann.

Verwaltungsdienstleistungen können online angeboten werden – das Bürgeramt bleibt damit immer erreichbar, auch wenn es nicht mehr um die Ecke ist. Digital-Home-Lösungen ermöglichen das Wohnen in den eigenen vier Wänden selbstbestimmt bis ins hohe Alter hinein.

Mit der stärkeren Nutzung derartiger ITK-Möglichkeiten lassen sich die Kosten des demografischen Wandels deutlich reduzieren, das staatliche Angebot verbessern und die Fähigkeit älterer Menschen, den 3. Lebensabschnitt möglichst lange zu genießen, erhöhen.

6.2.1. Gesundheit und Pflege

Mit technischer Unterstützung können viele medizinische Routineleistungen auch von Laien erbracht werden, von der Erfassung einzelner Vitalwerte bis hin zur Durchführung therapeutischer Maßnahmen.

⁶⁸ Telematik (zusammengesetzt aus Telekommunikation und Informatik) ist eine Technik, welche die Bereiche Telekommunikation und Informatik verknüpft. Telematik ist also das Mittel der Informationsverknüpfung von mindestens zwei Informationssystemen mit Hilfe eines Telekommunikationssystems, sowie einer speziellen Datenverarbeitung. (Quelle: wikipedia)

⁶⁹ Unter dem Begriff E-Health versteht man Anwendungen elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung und anderer Aufgaben im Gesundheitswesen. (Quelle: wikipedia)

Technologische Möglichkeiten:	
Institutionelles Gesundheitswesen stationär ambulant	<ul style="list-style-type: none"> ■ Telemonitoring ■ Telediagnostik, -radiologie, -pathologie ■ Telekonsultation/-konsil ■ Teletherapie, -chirurgie ■ elektronische Akten (z.B. Fallakten im Krankenhaus, arztgeführte Akten, Pflegeakten) ■ Zuweiserportale ■ Termin- und Erinnerungssysteme ■ Arzneimitteltherapiesicherheit ■ eRezept ■ Case Management ■ entscheidungsunterstützende Systeme ■ eLearning (CME) ■
Nicht institutionelles Gesundheitswesen Haushalt / Auto.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Robotik ■ Sensorik ■ eAkte (z.B. patientengeführte Gesundheitsakte) ■ Monitoring (aktive / passive Überwachung) ■ Alerts / medienübergreifende Alarmsysteme ■ Home- / Telepresence ■ Mobile healthcare (z.B. eWaage, RR-Messung) ■ eLearning ■ soziale / gesundheitsbezogene Communities ■ eCommerce; eApotheke ■ drahtloses Blutzuckermessgerät ■ mobiler Hinweis auf nahe ärztliche Versorgung ■

Das Thema Leben und Wohnen im Alter ist aus technologischer Sicht erst in den letzten Jahren im Zuge der allgemeinen Diskussion um den demografischen Wandel in das Blickfeld der Forschung geraten. Im Fokus steht dabei die Verbesserung der aktuellen Lebenssituation für ältere Menschen im eigenen Haushalt durch die Erforschung und Bereitstellung geeigneter »unaufdringlicher« Informations- und Kommunikationstechnologien.

Technologisch hat die Vision der Ambient Intelligence die Entwicklung von lernfähigen Umgebungen zum Ziel, die die Anwesenheit eines Menschen erfassen, auf diesen reagieren und ihn unterstützen.

Die Dienste in einer solchen intelligenten Umgebung können situationsgerechte Informationen bereitstellen und angepasst auf verschiedene Situationen reagieren. Wenn diese Systeme zum Einsatz kommen, um lebensunterstützend für Menschen mit

Einschränkungen zu agieren, spricht man von Ambient Assisted Living (AAL). Dabei ist es ein wichtiger Aspekt, dass die Technologie den Menschen unterstützen und sich an ihn anpassen muss, und nicht umgekehrt. Darüber hinaus soll diese Technik z.B. nicht den Pflegedienst abschaffen oder einen Umzug in eine Betreuungseinrichtung verhindern, sondern den Pflegedienst unterstützen und einen Umzug hinauszögern.

Gerade für ältere Menschen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf können so Dienste realisiert werden, die einen sicheren und angenehmen Verbleib im eigenen heimischen Umfeld auch bei nachlassenden körperlichen, geistigen und mentalen Fähigkeiten ermöglichen.

Zentrale und intelligente Steuerungen von Licht, Heizung, Elektrogeräten und Fenstern erleichtern beispielsweise alltägliche Aufgaben; unaufdringliche Erinnerungen an anstehende Aufgaben und Termine helfen, den Tag zu strukturieren.

Eine besondere Rolle spielen dabei Sicherheitsfunktionen: Die Erkennung von Stürzen und Krisensituationen und die Alarmierung von Unterstützern sind Grundvoraussetzungen für einen selbständigen Verbleib zu Hause auch bei erhöhter Gebrechlichkeit. Gleichzeitig können Gefahrensituationen aktiv vermieden werden, indem etwa beim Verlassen der Wohnung automatisch der Herd ausgeschaltet und die Fenster geschlossen werden.

Die Technik löst dabei keineswegs den persönlichen Kontakt ab, sondern ermöglicht es vielmehr, die Einbindung des Bewohners in sein familiäres und soziales Netzwerk auch dann aufrecht zu erhalten, wenn Einschränkungen in der Mobilität das Verlassen der Wohnung erschweren.

Soziale Teilhabe

Diese Informationen sind dann so zu gestalten, dass sie beispielsweise auch in Großschrift mit optimiertem Kontrast elektronisch präsentiert oder sogar vom Smartphone vorgelesen werden können. Zur sozialen Teilhabe gehört auch der barrierefreie Zugang zu elektronischen Medien wie E-Books, digitalem Fernsehen und Radio. Strukturierungshilfen wie personalisierte elektronische Tageskalender und personalisierte Erinnerungsalben helfen Menschen mit kognitiven Einschränkungen beim Erhalt ihrer Selbstständigkeit. Angehörige erhalten über Videokommunikation zudem die Möglichkeiten zu einem engeren Kontakt und einer kontinuierlichen Begleitung.

SmartSenior: neue Technologien dienen den Menschen.⁷⁰

Um einen guten Lebensstandard von Seniorinnen und Senioren zu erhalten, strebt die Allianz SmartSenior drei Ziele an:

1. Es sollen gesundheitsfördernde Lebensbedingungen geschaffen und gewährleistet werden.
2. Es gilt, die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und zu fördern.
3. Es geht darum, Mobilität, Sicherheit und Selbstständigkeit zu erhalten und auszubauen.

Die im Folgenden aufgelisteten Schwerpunkte zeigen Ihnen konkrete technologische Ansatzpunkte von SmartSenior:

- SmartSenior kümmert sich um den Aufbau altersgerechter Kommunikationsmöglichkeiten. Die Geräte hierzu, zum Beispiel Fernsehgeräte, sollen einfach und intuitiv zu bedienen sein.
- SmartSenior entwickelt Notfallerkennungs- und Assistenz-Systeme zur sicheren Fortbewegung, beispielsweise ein Nothalte-Assistent im Auto.
- SmartSenior integriert vorhandene und neue medizinische Dienstleistungen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Rehabilitation.
- SmartSenior erarbeitet Lösungen für erhöhte Sicherheit zu Hause und unterwegs.
- SmartSenior führt Feldstudien zu Akzeptanz, Nutzen, Kosten und Nachhaltigkeit durch. Dies geschieht in Feldtestwohnung und Living Labs.

6.2.2. Staat und Verwaltung

Der demografische Wandel bewirkt jedoch eine Entsiedlung bestimmter Regionen, die verstärkt neue Formen in der Erbringung von Verwaltungsdienstleistungen erfordert. Ähnlich der Entwicklung im Bereich der Bank- und Postfilialen müssen für den ländlichen Raum neue Formen der Dienstleistung gefunden werden.

Um dies zu gewährleisten und dafür Sorge zu tragen, dass der verstärkte Einsatz digitaler Kommunikation bei abnehmender persönlicher Betreuung nicht als massive Serviceeinbuße empfunden wird, gilt es, wie in der nationalen E-Government-Strategie (NEGS) angeregt, eine stringent gleichwertige, mehrkanalfähige Erreichbarkeit von Behörden anzustreben.

⁷⁰ <http://www1.smart-senior.de/index.dhtml/-/object.media/deDE/6318/CS/-/Presse/Pressematerialien/SmartSeniorProjektreportklein.pdf>

Beim sogenannten „Sachsen-Kiosk“⁷¹ beispielsweise handelt es sich um einen virtuellen Zugang zur Verwaltung, bei dem der persönliche Kontakt zum Verwaltungsmitarbeiter erhalten bleibt. Möglich sind Beratungsgespräche, das Übermitteln von detaillierten Informationen zu Verwaltungsvorgängen ebenso wie die Abwicklung von Anträgen.

6.2.3. Infrastruktur und Mobilität

Aufgrund des demografischen Wandels wird es Landstriche in Deutschland geben, die immer mehr ausdünnen. Junge und erwerbsfähige Leute werden in Ballungsräume oder Städte ziehen, in denen Arbeit zu finden ist. In den ausgedünnten Landstrichen leben dann vorwiegend ältere Menschen und Menschen sowie Familien, die im Umfeld einen sicheren Arbeitsplatz haben. Im Rahmen dieser Entwicklung wird es auch immer weniger ehrenamtliche Helfer z.B. bei der Freiwilligen Feuerwehr oder beim Katastrophenschutz geben. Aber auch staatliche Sicherheitsbehörden oder auch ehrenamtliche Organisationen wie Polizei, Deutsches Rotes Kreuz, Malteser Hilfsdienst werden von diesem Wegzug betroffen werden.

Durch die Zusammenlegung von Leitstellen kann so ein Beitrag zum flexibleren und effizienterem Personaleinsatz geleistet werden, was aufgrund des demografischen Wandels ein wesentlicher Treiber für die Nutzung von innovativer ITK im Bereich der öffentlichen Sicherheit sein wird.

Urban Security⁷²

In ihrer Konzentration aller zivilisatorischen Funktionen weisen Städte und Metropolregionen eine besondere Dichte an sicherheits-kritischen Phänomenen auf. Die Bezeichnung „Urban Security“ ist ein relativ neuer Begriff, mit dem versucht wird, die Komplexität der Zusammenhänge zu fassen. Eine wachsende Zahl von Unternehmen und Einrichtungen beschäftigt sich damit.

Aus der stetig zunehmenden Verstädterung erwachsen im allgemeinen

- höhere und komplexere Sicherheitskonzepten,
- ein stark steigender Bedarf an Sicherheitslösungen,
- ein großer Absatzmarkt für neue Technologien,
- die enge Verknüpfung von Safety & Security,
- ständige soziale Herausforderungen wie Migration und Integration von Zuwanderern
- eine steigende Abhängigkeit der Städte von effizientem Ressourcenmanagement.

⁷¹ www.ekiosk.de

⁷² http://www.sicherheit.berlin-brandenburg.de/index.php?de_sbb_strategie_urban-security

In den G-8 Staaten haben wir es weniger mit wachsenden Megastädten zu tun, als vielmehr mit der zunehmenden technischen Komplexität in den urbanen Zentren, die immer mehr von dem Funktionieren kritischer Infrastrukturen abhängig sind. Die Demokratien erachten es als besondere Herausforderung, neue Sicherheitstechnologien dafür zu nutzen, das Maß an Freiheit und Selbstbestimmung der Menschen zu vermehren, nicht einzuschränken. Insofern gewinnt das Thema „Urban Security“ hier noch einen anderen Klang: Städtischer Raum soll nicht abgesperrt und überwacht werden, „no-go“ Gebiete sollen befriedet und integriert werden, beides also eher noch zugänglicher und offener werden.

Berlin-Brandenburg sehen in „Urban Security“ insofern eine doppelte Aufgabe: Technologien, Dienstleistungen und Konzepte entwickeln, die den Sicherheitsbedarf in großen Metropolen der Welt befriedigen können (Exportchancen), und Methoden und Systeme zu testen, die mehr Zugänglichkeit und Inklusion schaffen, um die offene Gesellschaft zu sichern.

Erste Projekte entstehen in Stadtquartieren Berlins, in denen bisher stark abgeschottete Industrieareale – zum Beispiel die von Bayer Schering oder von Siemens – besser in den Stadtraum integriert werden sollen - im Sinne offener Campus-Areale - ohne an Sicherheit einzubüßen. Auch die weiträumige Absicherung des Flughafens Berlin-Brandenburg International (BBI) ist eine Herausforderung.

Wichtige technische Themen sind hier:

- integrierte Infrastruktursicherheit,
- Lagezentren,
- Mobilitätsmanagement,
- Ressourcenmanagement,
- integrierte Sicherheitslösungen,
- Rettungsmanagement,
- Logistiksteuerung im Krisenfall.

6.2.4. Schluss

Betrachtet man die bisherigen Ausführungen, so bietet insbesondere die ITK-Industrie für viele demografiebedingte Herausforderungen Lösungen an: So können etwa mittels E-Health-Applikationen zahlreiche Diagnosen und medizinische Betreuungen über große Entfernungen erfolgen. Dies ermöglicht eine flächendeckende und hochwertige medizinische Versorgung auch in schwach besiedelten Gebieten zu moderaten Preisen, weil das medizinische Personal sich auf die Kernaufgaben konzentrieren kann. Ebenso können Verwaltungsdienstleistungen online angeboten werden – das Bürgeramt bleibt damit immer erreichbar, auch wenn es nicht

mehr um die Ecke ist. Digital-Home-Lösungen ermöglichen das Wohnen in den eigenen vier Wänden selbstbestimmt bis ins hohe Alter hinein.

Die elektronische Gesundheitskarte beispielsweise ist der Einstieg in eine intelligente Gesundheitsinfrastruktur, die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum notwendig ist.

Voraussetzung ist jedoch, dass all diese ITK-Dienstleistungen barrierefrei nach den bekannten gültigen Regeln, Gesetzen und Verordnungen gestaltet werden, denn sonst können sie von den intendierten Nutzergruppen nicht angewendet werden.

7. Robot & Frank ...⁷³

... ist ein US-amerikanischer Indie-Film aus dem Jahr 2012. Die Tragikomödie spielt „in einer nahen Zukunft“ und handelt von der Freundschaft zwischen dem leicht dementen Frank, einem alternden Juwelendieb, und seinem Pflegeroboter Robot. Die Premiere des Films fand am 20. Januar 2012 beim Sundance Film Festival statt. Der Kinostart in den Vereinigten Staaten war am 17. August 2012, der deutsche Kinostart am 25. Oktober 2012.

Handlung

Frank war früher einer der bekanntesten Juwelendiebe und Fassadenkletterer der USA. Nun ist er gealtert und zu einem schusseligen Eigenbrötler geworden. Er entwendet schon lange keine Juwelen mehr, sondern stiehlt nur noch in einem Laden geschnitzte Deko-Seifen. Außerdem besucht er als einziger noch verbliebener Kunde die Gemeindebücherei und freut sich auf die Begegnungen mit der Bibliothekarin Jennifer. Jedoch hat auch dort die Zukunft alles verändert, Jennifer steht bereits ein Bibliotheksroboter namens Mr. Darcy zur Seite, sämtliche Bücher sollen digitalisiert und die Bücherei wegen des rückläufigen Interesses an Printmedien in ein Kulturzentrum umgewandelt werden.

Der Film spielt „in einer nahen Zukunft“, wie am Anfang eingeblendet wird, die der Gegenwart noch erstaunlich ähnlich sieht. Es gibt allerdings bereits humanoide Roboter von beachtlicher Intelligenz, die an allen Orten eingesetzt werden. Franks Kinder glauben, dass ihr Vater sein Leben nicht mehr allein bewältigen kann und suchen nach einer Alternative. Eines Tages bringt deshalb Sohn Hunter seinem Vater den Pflegeroboter VGC-60L mit, was Franks Alltag durcheinander bringt.

⁷³ Quelle: wikipedia

Nach anfänglicher Ablehnung merkt Frank bald, dass Robot darauf programmiert ist, Franks Lebenslust und Wohlbefinden zu steigern. Er kommuniziert in natürlicher Sprache und unterbreitet Frank Vorschläge, um ihn zu körperlichen Aktivitäten anzuregen. Statt der von Robot vorgeschlagenen Gartenarbeit interessiert sich Frank jedoch mehr für Aktivitäten jenseits der Legalität. Der Zuschauer sieht sich mit der ethischen Frage konfrontiert, ob sich ein Roboter konsequent am Wohlergehen der ihm zugeordneten Person orientieren soll oder an übergeordneten juristischen Regeln. Am Ende assistiert Robot bei der Vorbereitung des nächsten Raubzugs: Um die Zuneigung der Bibliothekarin Jennifer zu gewinnen, entwenden die beiden das wertvollste Buch der Bibliothek, eine historische Ausgabe von Cervantes Don Quijote. Franks Tochter Madison, die gerade eine philanthropische Reise durch Turkmenistan macht, findet Robots Anwesenheit ethisch verwerflich und drängt auf seine Abschaffung. Frank besteht jedoch auf seinen Roboter. Mit ihm zusammen stiehlt er die Juwelen des reichen Bibliotheks-Abwicklers Jake.

Nun macht sich Frank bei der Polizei selbst verdächtig. Der Beweis für seine Tat befindet sich im Gedächtnis, dem Speicher des Roboters. Die einzige Möglichkeit – die auch Robot ganz rational vorschlägt – ist das Abschalten des Roboters und Löschen seiner Speicher. Das lehnt Frank ab, denn „Er ist mein Freund“ sagt er; einen Freund kann man nicht einfach abschalten. Nun kommt es zur Verfolgungsjagd, nach deren Ende Frank in ein Pflegeheim kommt. Dort gelten menschliche Pflegekräfte als überholt und jedem Insassen ist ein persönlicher Roboter zugeordnet. Am Ende stellt sich heraus, dass die Bibliothekarin Jennifer Franks Ehefrau ist, von der er seit 30 Jahren geschieden ist und die der Demente nicht mehr erkannt hat.

Mit der ursprünglichen Konzeption der Geschichte für den Film hatte Christopher D. Ford im Jahr 2002 begonnen. Jake Schreier und er interessierten sich für die rasante Entwicklung der Roboter-Technologie und ihre Auswirkungen auf das tägliche Leben gewöhnlicher Menschen. Schreier ist der Ansicht, dass die Technik weder gut noch schlecht sei, sie ändere jedoch die Art, wie wir miteinander in Beziehung treten, diese Entwicklung ließe sich nicht mehr aufhalten.[3]

Den Roboter VGC-60L schuf Alterian, ein Unternehmen aus Los Angeles, das die Kostüme der French-House-Formation Daft Punk gestaltet. Er hat eine auffällige Ähnlichkeit mit dem von Honda entwickelten Roboter ASIMO, in seinem Inneren agierte eine Schauspielerin. Es erscheint eher unwahrscheinlich, dass zukünftige humanoide Roboter diesem Designkonzept folgen werden. Die Entscheidung für das Roboterdesign hat dramaturgische Ursachen, wie der Regisseur Jake Schreier erklärt: „Der Film lebt stark von der menschlichen Fähigkeit, Emotionen

auf Objekte zu übertragen. Beim Design des Roboters gingen wir davon aus, dass weniger mehr ist.“

Das Fahrzeug, das Frank am Beginn des Films auf der Straße begegnet, ist das Elektroauto Tango von Commuter Cars. Die futuristischen Smartphones und Tablet-Computer im Film wurden von Justin Ouellette auf Tumblr gestaltet.

Im Abspann des Films werden Ausschnitte aus Forschungsvideos gezeigt, so zum Beispiel die Komuro-Hand von der University of Tokyo und der Roboter ARMAR III vom Karlsruher Institut für Technologie (KIT).

8. Anlagen

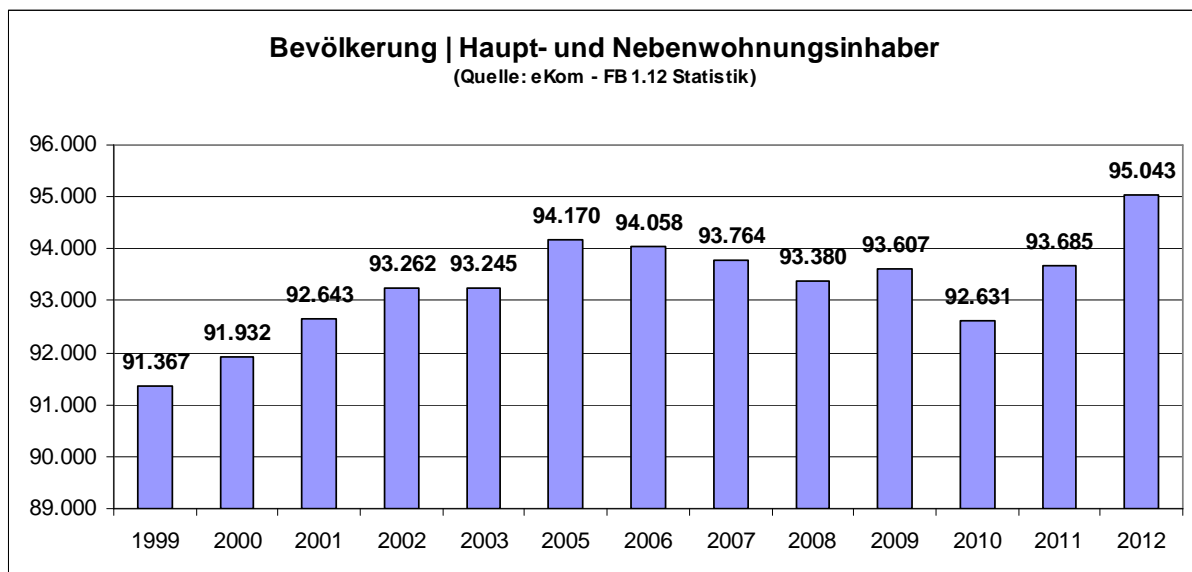
8.1. Die demografische Biografie der Stadt Hanau im Jahr 2012

Die Bevölkerungszahl wird in Deutschland von heute 82 Millionen auf 65 bis 70 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen.⁷⁴ 2060 werden über 500 000 mehr Menschen sterben, als Kinder geboren werden. 2060 wird es fast so viele 80-Jährige und Ältere geben wie unter 20-Jährige. 65 Jahre oder älter ist heute jeder Fünfte, 2060 wird es jeder Dritte sein. Die Bevölkerung im Erwerbsalter wird besonders rapide im kommenden Jahrzehnt altern: Von den 20- bis 64-Jährigen insgesamt werden um das Jahr 2020 40% zwischen 50 und 64 Jahre alt sein. Die Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren wird von heute 50 Millionen auf 33 bis 36 Millionen im Jahr 2060 zurückgehen. 2060 werden etwa doppelt so viele Personen im Rentenalter auf 100 Personen im Erwerbsalter entfallen wie heute.

Die Gesamtzahl der wohnberechtigten Bevölkerung lag zum Stichtag 31.12.2012 bei 95.043 Einwohnern. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um 1.358 Einwohner, die Gesamtzahl lag damals (31.12.2011) bei 93.685.

Zur wohnberechtigten Bevölkerung zählen alle Personen, die in Hanau eine Wohnung haben, also alle Haupt- oder Nebenwohnungsinhaber.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung seit 1999.



⁷⁴ Statistisches Bundesamt, Wiesbaden: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, www.destatis.de, Wiesbaden 2009

Die Bevölkerung hat seit 1999 um 3.676 Einwohner zugenommen. Das entspricht einem Zuwachs von 4,02 Prozent. Nach einem Rückgang der Einwohnerzahl von 2009 auf 2010 um 1,04 Prozent folgen zwei Jahre mit steigenden Einwohnerzahlen. Der Zuwachs von 2010 nach 2011 beträgt 1,14 und der Zuwachs von 2011 nach 2012 beträgt 1,45 Prozent.

Die Entwicklung in den Altersgruppen verläuft dabei unterschiedlich. Die Zunahme in der Altersgruppe der über 65-jährigen beträgt im Zeitraum 1999 bis 2012 rund 23%; die Zunahme der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter der 20- bis 64-jährigen immerhin noch 1,62%. Die Altersgruppe der unter 20-jährigen geht im selben Zeitraum um 3,17% zurück.

Weitere Informationen befinden sich im Anhang in der Tabelle 1a: „Bevölkerung | Haupt- und Nebenwohnungsinhaber“ und in der Tabelle 1b: „Entwicklung absolut und in Prozent“.

8.1. unter 20-Jährige

Die Zahl der unter 20-jährigen Einwohner mit einer Hauptwohnung in der Stadt belief sich am Ende des Jahres 2012 auf 17.864 Einwohner. Das sind 230 Einwohner mehr als ein Jahr zuvor.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung seit 1999.



Die Bevölkerung der unter 20-jährigen mit einer Hauptwohnung in der Stadt Hanau hat seit 1999 um 617 Einwohner abgenommen. Das entspricht einem Rückgang von 3,34 Prozent. Nach einem vorläufig letztmaligen Rückgang der Einwohnerzahl von 2009 auf 2010 um 0,81 Prozent folgen zwei Jahre mit steigenden Einwohnerzahlen von durchschnittlich einem Prozent. Der Zuwachs von 2010 nach 2011 beträgt 0,74 und der Zuwachs von 2011 nach 2012 beträgt 1,30 Prozent.

8.2. 20- bis unter 65-Jährige

Die Altersgruppe der 20- bis unter 65-Jährigen ist die Altersgruppe im „erwerbsfähigen“ Alter.

Im Jahr 1999 lebten 54.455 Einwohner im Alter von 20 bis unter 65 Jahren mit Hauptwohnsitz in der Stadt Hanau. Am Ende des Jahres 2012 lebten 55.485 Einwohner dieser Altersgruppe in der Stadt Hanau. Gegenüber dem Jahr 1999 bedeutet dies eine Zunahme von 1.030

Einwohnern bzw. 1,89 Prozent. Im Jahr 2002 wurde ein vorläufiger Spitzenwert von 55.110

Einwohnern dieser Altersgruppe erreicht. Die Zahl der Hauptwohnungsinhaber im

erwerbsfähigen Alter sank bis zum Jahr 2009 auf 53.411 Einwohner. Seit dem 2009 steigt die

Zahl der erwerbsfähigen Hauptwohnungsinhaber wieder an und über trifft mit derzeit

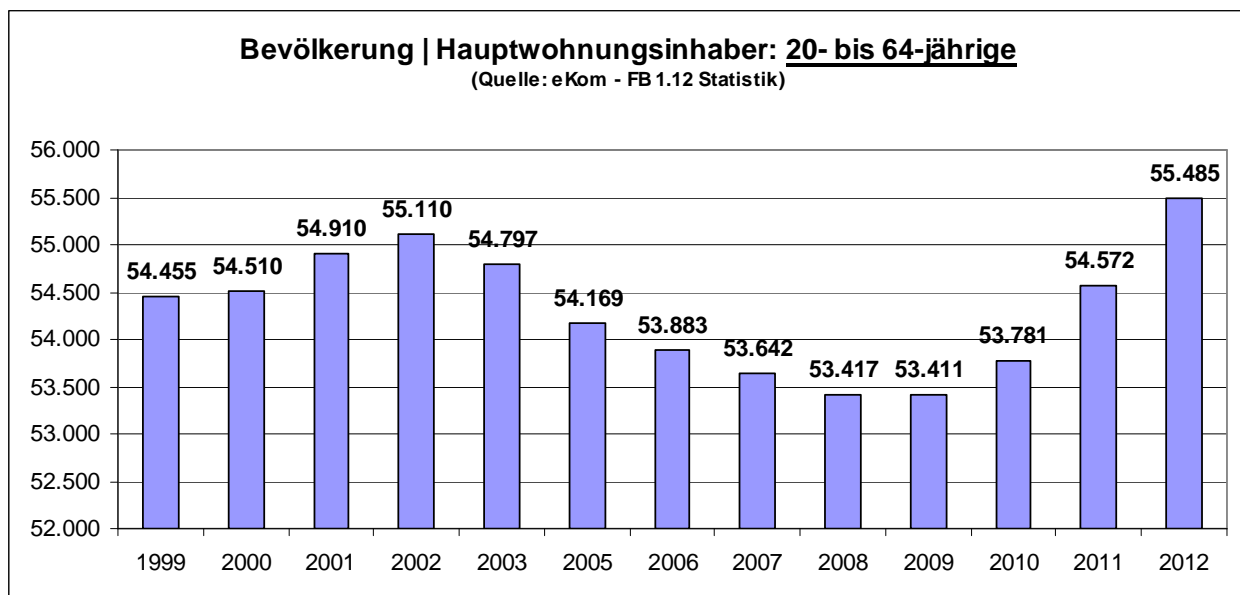
(31.12.2012) 55.485 Einwohnern dieser Altersgruppe die Zahl von 1999 um 1.030 Einwohner.

Der Zuwachs von 2009 nach 2010 beträgt 370 Einwohner bzw. 0,69%, von 2010 nach 2011

beträgt der Zuwachs 791 Einwohner bzw. 1,47% und von 2011 nach 2012 beträgt der Zuwachs

913 Einwohner bzw. 1,67%. In den vergangenen drei Jahren wuchs diese Altersgruppe um

2.074 Einwohner.



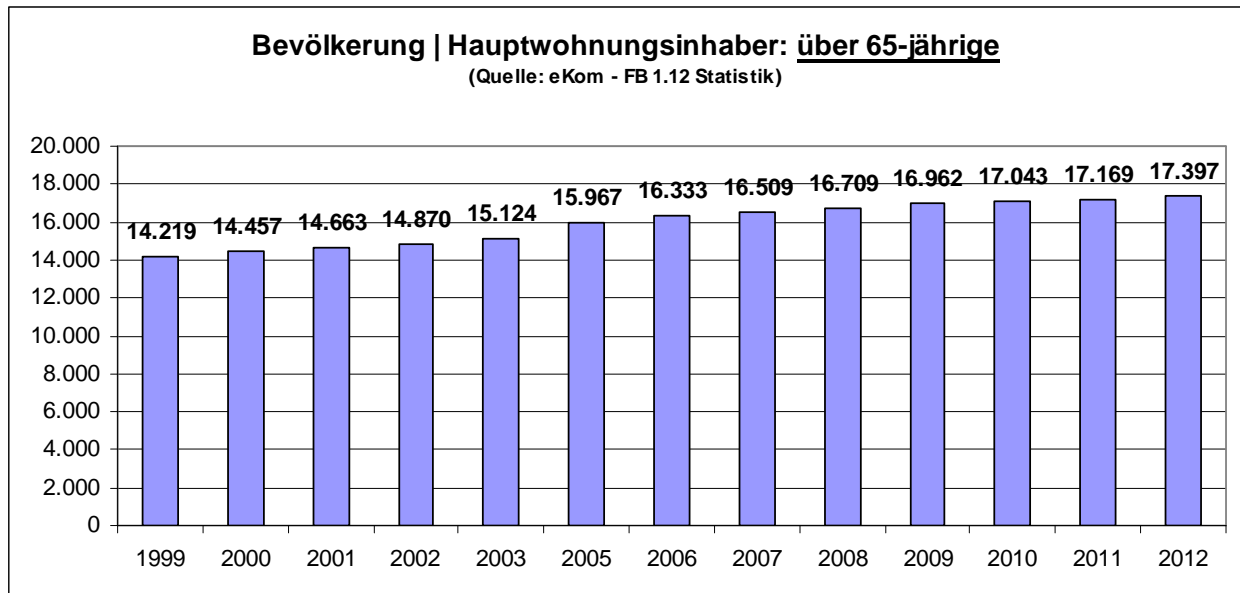
Die Relation zwischen Frauen und Männern liegt in dieser Altersgruppe im Durchschnitt bei ca.

50,16 % Frauen zu 49,83 % Männer.

8.3. 65-Jährige und Ältere

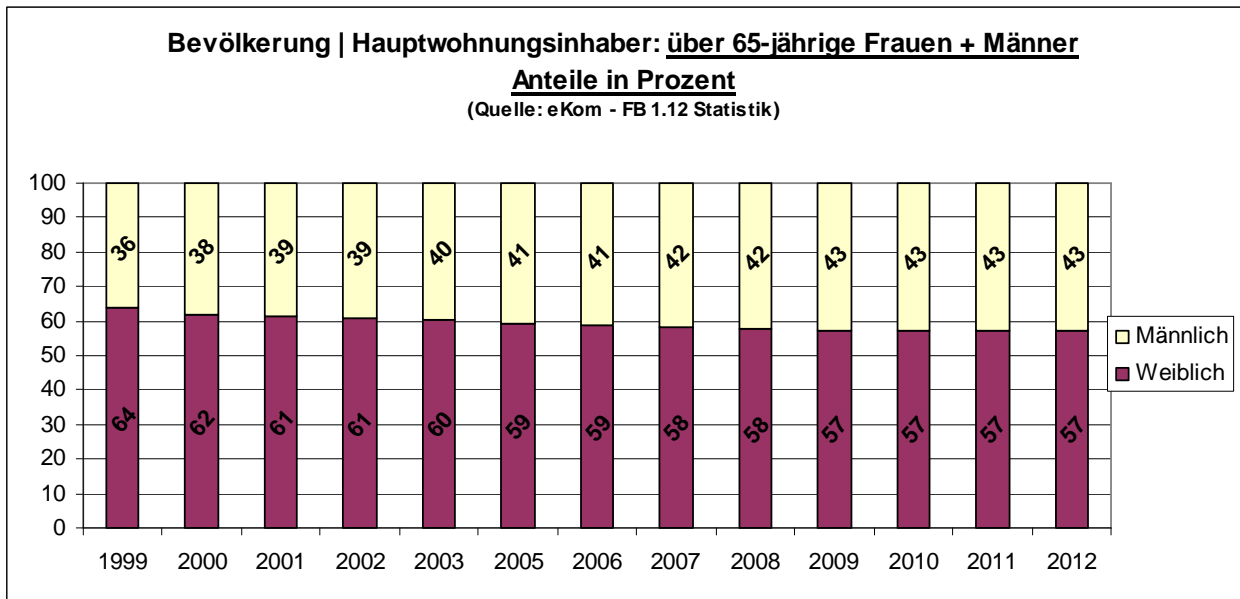
Die Zahl der 65-jährigen und älteren Einwohner mit einer Hauptwohnung in der Stadt belief sich am Ende des Jahres 2012 auf 17.397 Einwohner. Das sind 228 Einwohner mehr als ein Jahr zuvor.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung seit 1999:

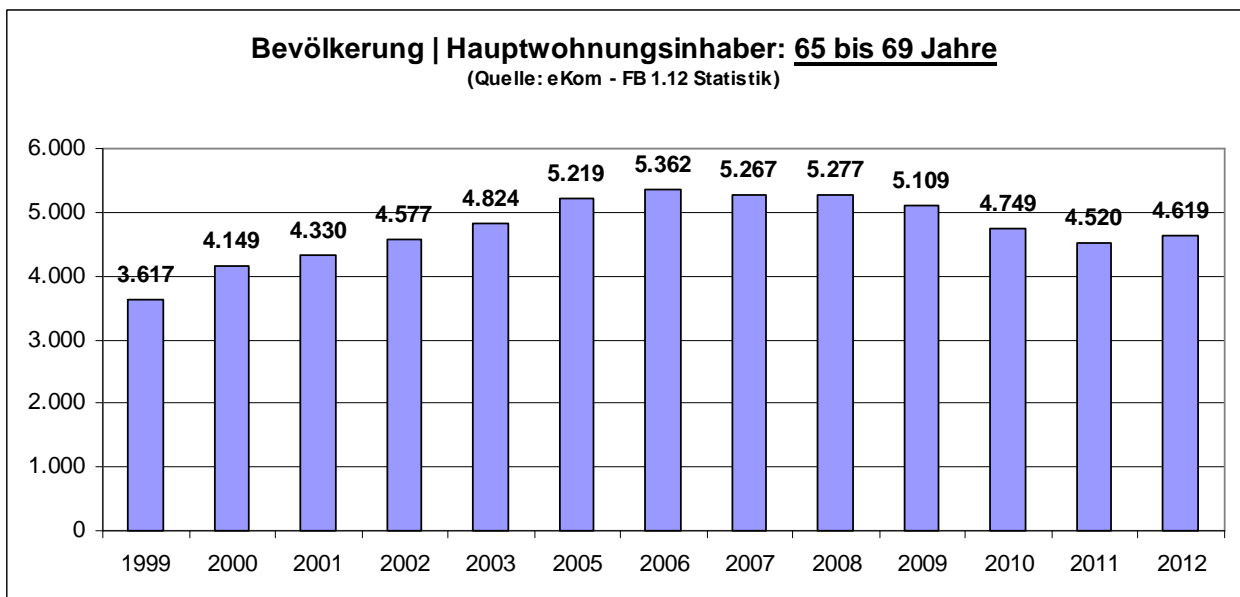


Die Bevölkerung der über 65-jährigen und älteren Einwohner mit einer Hauptwohnung in der Stadt Hanau hat seit 1999 um 3.178 Einwohner zugenommen. Das entspricht einem Anstieg von 22,35 Prozent. Dieser Anstieg verläuft stetig und beläuft sich auf durchschnittlich 265 Einwohner pro Jahr. Der Zuwachs von 2009 nach 2010 beträgt 0,48% gleich 81 Einwohner, der Zuwachs von 2010 nach 2011 beträgt 0,74% gleich 126 Einwohner und der Zuwachs von 2011 nach 2012 beträgt 1,33% gleich 228 Einwohner. In den letzten drei Jahren ist die Bevölkerung der über 65-jährigen und älteren Einwohner um 535 Einwohner gestiegen.

Die Anteile von Frauen und Männern in der Altersgruppe der über 65-jährigen Frauen und Männer mit einer Hauptwohnung in der Stadt Hanau haben sich seit 1999 verschoben. Im Jahr 1999 betrug der Anteil der Männer über 65 Jahre „nur“ ein gutes Drittel, nämlich 36%. Dieser Anteil ist über die Jahre um gut 7% auf nunmehr 43% angestiegen.



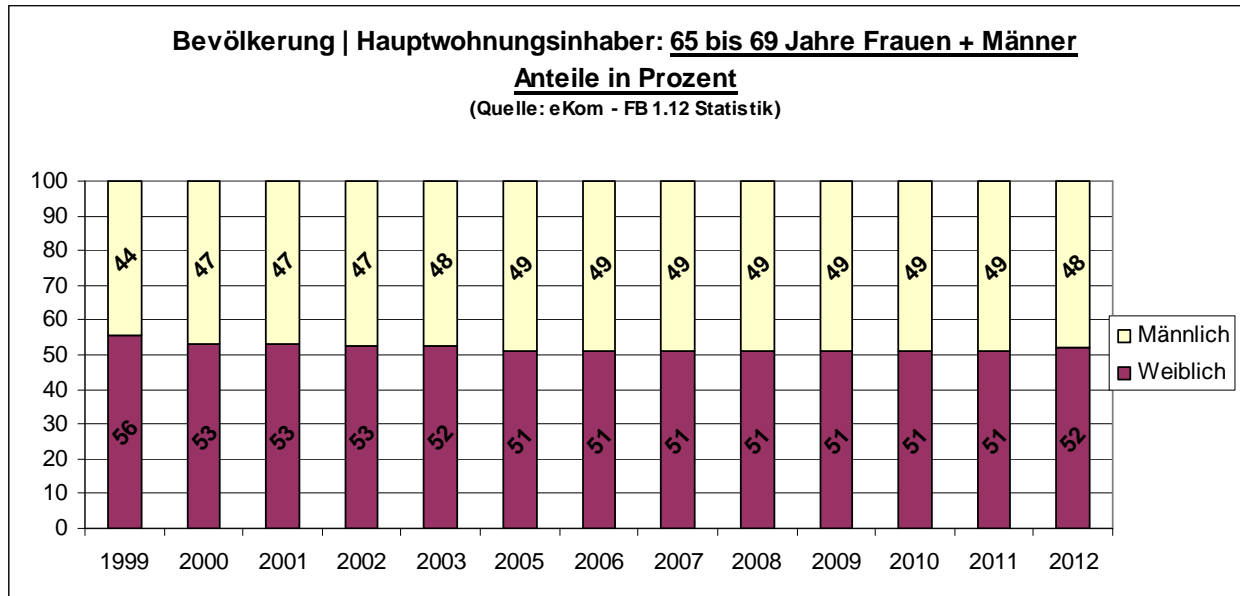
Die Entwicklung in den einzelnen Altersgruppen der über 65-jährigen Frauen und Männer verläuft unterschiedlich.



In der **Altersgruppe der 65 bis 69 Jahre** alten Bevölkerung ist gegenüber 1999 ein Anstieg um 1.002 Einwohner bzw. um 27,70 Prozent zu beobachten. Nach einem Anstieg von 3.617 Einwohnern dieser Altersgruppe auf 5.362 Einwohner im Jahr 2006 war eine Abnahme zu verzeichnen auf 4.520 Einwohner im Jahr 2011. Von 2011 nach 2012 ist wieder ein Anstieg um 99 Einwohner bzw. 2,19% festzustellen.

Im Vergleich zum Jahr 1999 stieg der Anteil der Frauen bis zum Jahr 2012 „nur“ um 18,53% während der Anteil der Männer im selben Zeitraum um 39,27% angestiegen ist.

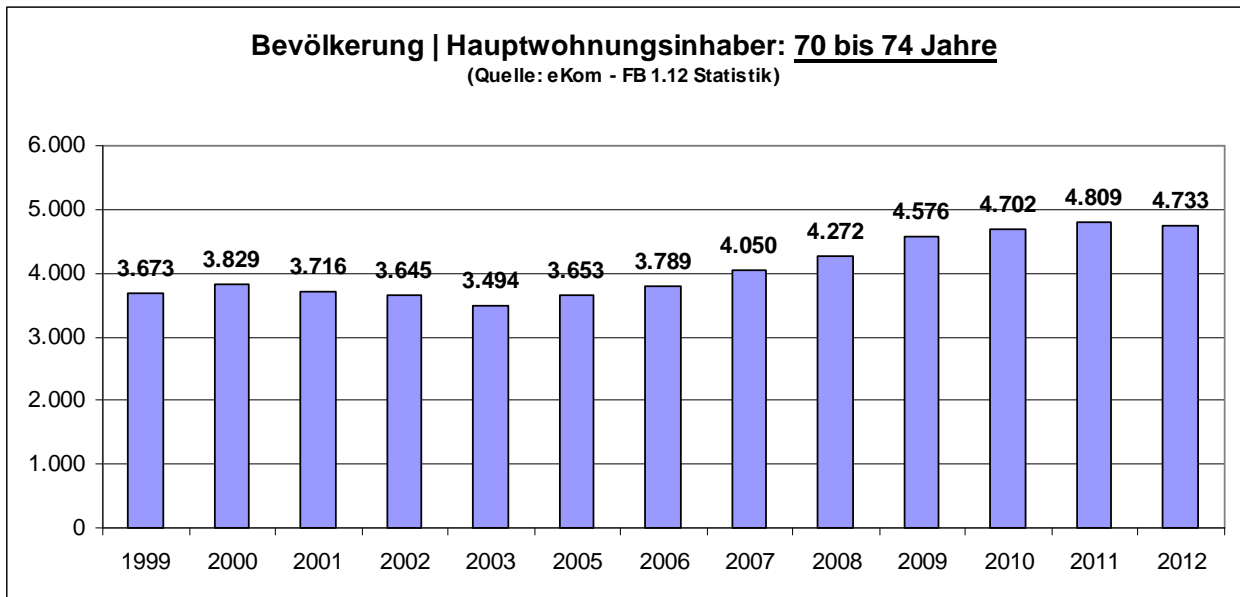
Der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe ist von 44% im Jahr 1999 auf nunmehr 48% im Jahr 2012 gestiegen.



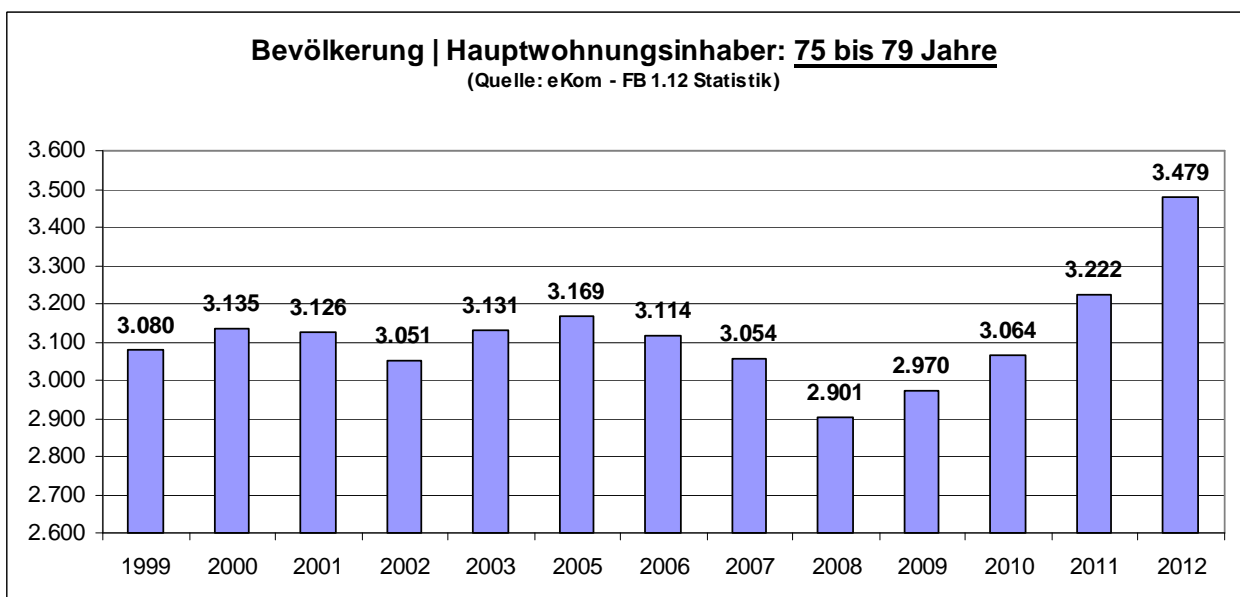
In der **Altersgruppe der 70 bis 74 Jahre** alten Bevölkerung ist gegenüber 1999 ein Anstieg um 1.060 Einwohner bzw. um 28,86 Prozent zu beobachten. Der Anstieg in dieser Altersgruppe erfolgte, absehen von den leichten Rückgängen der Jahre 2003 und 2005, über den gesamten Zeitraum kontinuierlich bis zum Jahr 2011.

Im Vergleich zum Jahr 1999 stieg der Anteil der Frauen bis zum Jahr 2012 „nur“ um 12,77% während der Anteil der Männer im selben Zeitraum um 53,11% angestiegen ist.

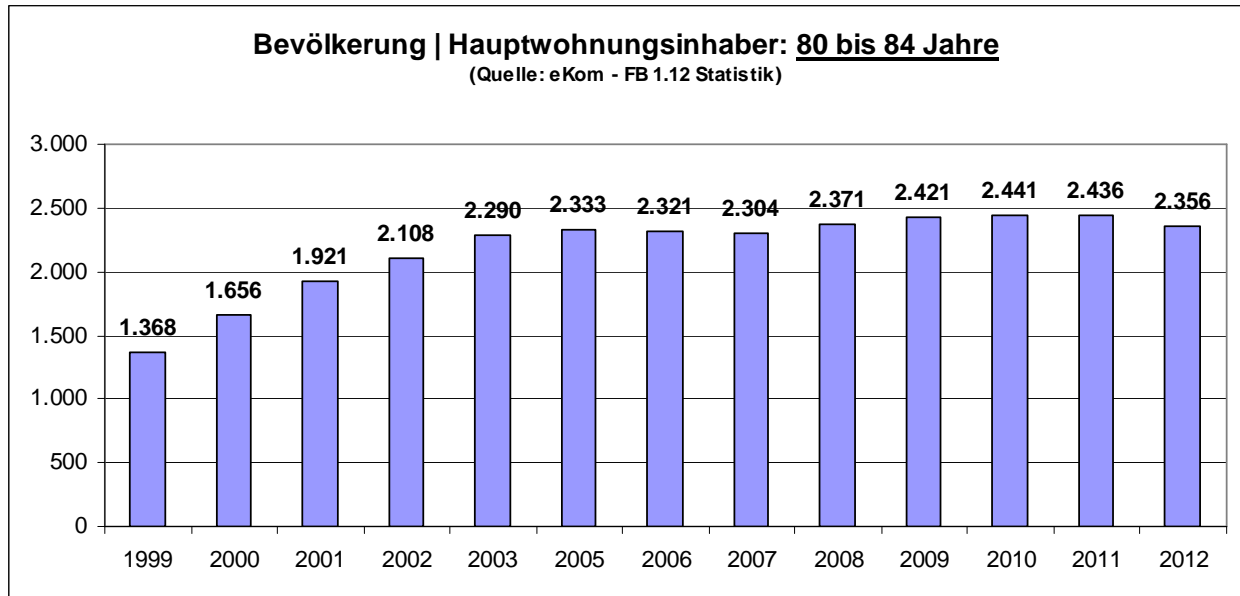
Im Jahr 2011 lebten 4.809 Einwohner dieser Altersgruppe in Hanau. Von 2009 nach 2010 erfolgte eine Zunahme um 126 Einwohner bzw. 2,75% und von 2010 nach 2011 erfolgte eine Zunahme um 107 Einwohner bzw. 2,28%. Von 2011 nach 2012 ist ein Rückgang von 76 Personen bzw. um 1,58 Prozent zu beobachten.



In der **Altersgruppe der 75 bis 79 Jahre** alten Bevölkerung ist gegenüber 1999 ein Anstieg um 399 Einwohner bzw. um 12,95 Prozent zu beobachten. Dabei entwickelte sich diese Altersgruppe bis einschließlich des Jahres 2008 schwankend bzw. abnehmend. Im Jahr 2008 erreichte die Altersgruppe mit 2.901 Einwohnern einen Tiefstand. Seit 2008 kamen 1.578 Einwohner hinzu. Das entspricht einem Plus von 120%. Von 2009 nach 2010 stieg die Zahl der Einwohner in dieser Altersgruppe um 94 Personen bzw. 3,16%, von 2010 nach 2011 stieg die Zahl um 158 Personen bzw. 5,16% und von 2011 nach 2012 stieg die Zahl der Personen um 257 bzw. 7,98%.



Im Vergleich zum Jahr 1999 ging der Anteil der Frauen in der Altersgruppe der 75 bis 79 Jahre alten Einwohner bis zum Jahr 2012 um 3,69% zurück während der Anteil der Männer im selben Zeitraum um 46,43% angestiegen ist.

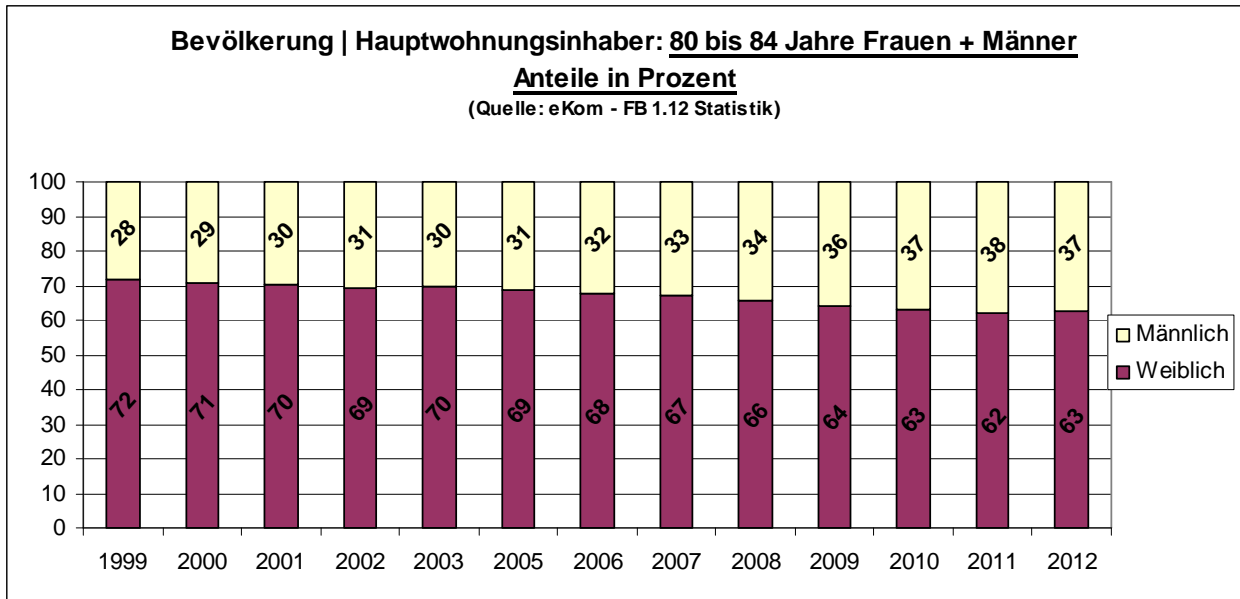


In der **Altersgruppe der 80 bis 84 Jahre** alten Bevölkerung ist gegenüber 1999 ein Anstieg um 988 Einwohner bzw. um 72,22 Prozent zu beobachten. Der Anstieg in dieser Altersgruppe erfolgte, abgesehen von den leichten Rückgängen der Jahre 2006 und 2007, über den gesamten Zeitraum kontinuierlich bis zu dem Jahr 2010. In den Jahren 2011 und 2012 ist ein leichter Rückgang in dieser Altersgruppe zu beobachten.

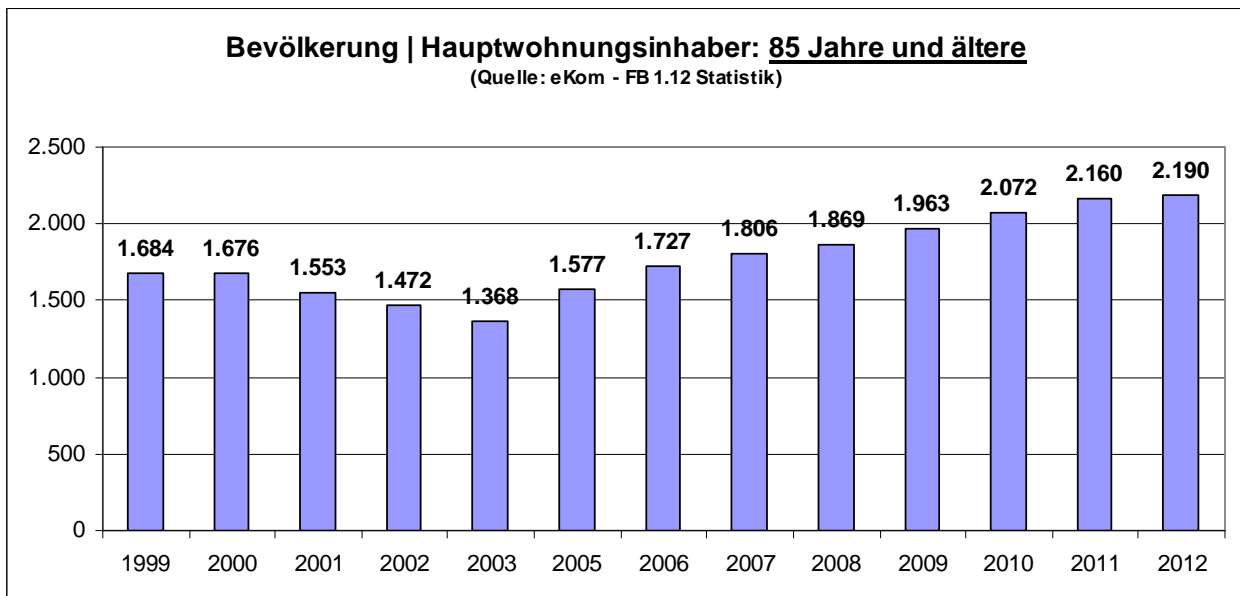
Im Jahr 2009 lebten 2.970 Einwohner dieser Altersgruppe in Hanau. Von 2009 nach 2010 erfolgte bisher letztmals eine Zunahme um 20 Einwohner bzw. 0,83% und von 2010 nach 2011 erfolgte ein Rückgang um 5 Einwohner bzw. 0,20%. Von 2011 nach 2012 ist ein Rückgang von 80 Personen bzw. um 3,28 Prozent zu beobachten.

Im Vergleich zum Jahr 1999 stieg der Anteil der Frauen bis zum Jahr 2012 um 50,46% während der Anteil der Männer im selben Zeitraum um 126,99% angestiegen ist.

Der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe ist von 28% im Jahr 1999 auf nunmehr 37% im Jahr 2012 gestiegen.



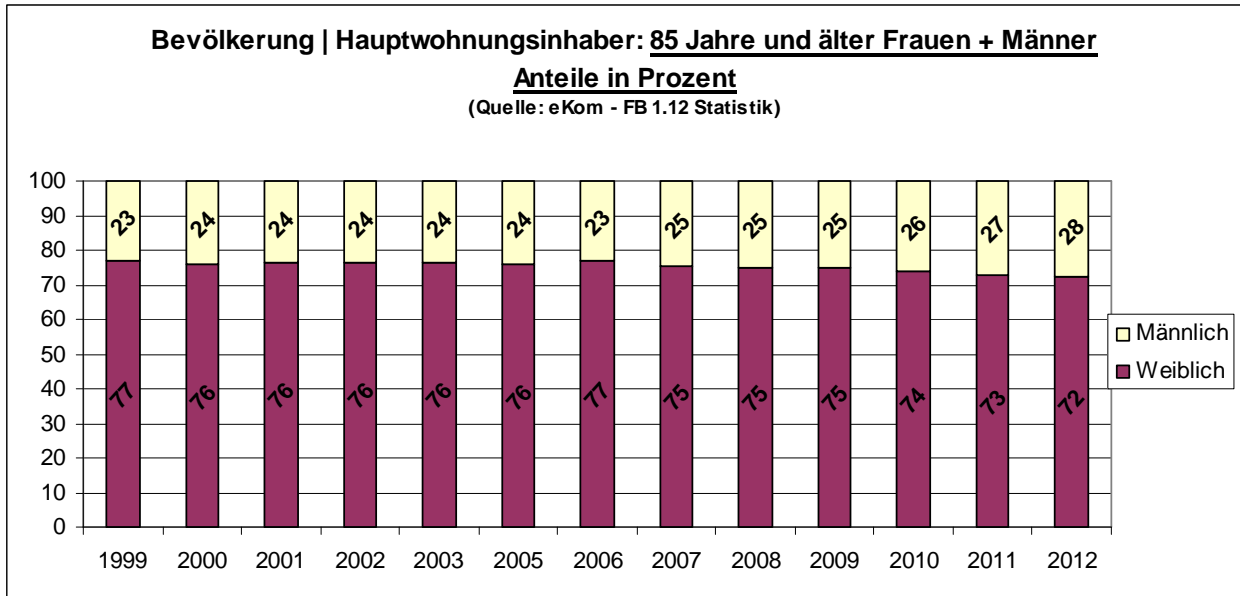
In der **Altersgruppe der 85 Jahre und älteren Bevölkerung** ist gegenüber 1999 ein Anstieg um 506 Einwohner bzw. um 30,05 Prozent zu beobachten. Der Anstieg in dieser Altersgruppe erfolgte, absehen von den leichten Rückgängen der Jahre 2001 bis 2003, über den gesamten Zeitraum kontinuierlich bis zum Jahr 2012.



Im Jahr 2009 lebten 1.963 Einwohner dieser Altersgruppe in Hanau. Von 2009 nach 2010 erfolgte eine Zunahme um 109 Einwohner bzw. 5,55% und von 2010 nach 2011 erfolgte eine

Zunahme um 88 Einwohner bzw. 4,25%. Von 2011 nach 2012 ist eine weitere Zunahme von 30 Personen bzw. um 1,39 Prozent zu beobachten.

Im Vergleich zum Jahr 1999 stieg der Anteil der Frauen bis zum Jahr 2012 „nur“ um 22,51% während der Anteil der Männer im selben Zeitraum um 54,99% angestiegen ist.



Der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe ist von 23% im Jahr 1999 auf nunmehr 28% im Jahr 2012 gestiegen.

9. Quellenverzeichnis

- Barmer GEK Herausgeber): Barmer GEK Pflegereport 2012
- Berberich, Simone Che: Pflegeversicherung – Es wird teuer, FOCUS online, 2.5.2011
- Bertelsmann Stiftung (Herausgeber): Themenreport „Pflege 2030“, Bertelsmann Stiftung 2012
- Blom, Sabine und Stefan Görres: Die „neue“ Verantwortung der Kommunen – Herausforderungen für eine aktive politische Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen; in: Informationsdienst Altersfragen, Heft 02, März / April 2012, Herausgeber: Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Altern im Wandel | Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Berlin, 1.Auflage August 2010
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Eine neue Kultur des Alterns | Altersbilder in der Gesellschaft: Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts, Berlin November 2010
- Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (03/2011)
- Change | Das Magazin der Bertelsmann Stiftung 1/2011: Demografischer Wandel – Chancen für die nächste Generation
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vom 8. Dezember 2010; verantwortlich: Heike Hoffer
- Dowideit, Anette: Deutschland läuft in die Pflegefalle, weltonline, 4.12.2012
- Dürfeld, Kai: Obelix – Roboter in Freiburger Innenstadt unterwegs, in: magazin.woxikon, 22.8.2012
- Ellert, U. und B.M.Kurth: Gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland; in: Bundesgesundheitsblatt 5/6 2013, Seite 643 ff
- Exler, Dr. Andrea: Modellvorhaben: 100 Vietnamesen erhalten Altenpflegeausbildung in Deutschland, KKH News, 6.2.2013
- Freie Wohlfahrtspflege NRW (Herausgeber): Impulspapier Quartier
- Franke, Konrad: Sorglos glücklich, Der Tagesspiegel, 23.8.2011
- Franke, Konrad: „Die Pflege ist besser als ihr Ruf“ (Vortrag), Fachtag „Zukunft der Pflege“, 21.1.2010
- Franke, Konrad: Die Deutschen haben am meisten Angst vor dem Alter, Berliner Zeitung, 24.8.2012
- Franke, Konrad: Gut leben im Heim, Piper Verlag GmbH München 2008
- Fussek, Claus: Das verdrängte Elend, Frankfurter Rundschau 23.9.2010
- Fussek, Claus: Wir müssen handeln, taz
- Fussek, Claus und Gottlob Schober: Im Netz der Pflegemafia, C. Bertelsmann München 2. Auflage 2008
- Höfflin, P.: Die Struktur undEntwicklung der Pflegebedürftigen, Statistischer Infodienst

- Holch, Christine: „Das wird lustig im Heim!“ (Gespräch mit Konrad Franke), Chrismon, Juli 2011
- Isfort, Michael: Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen; in: Aus Politik und Zeitgeschichte 4-5/2013: Alternde Gesellschaft, Seite 29-35, Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 2013
- Kölsch, Jürgen: Gespräch mit Konrad Franke, BR-Online, 14.5.2008
- Kruse, Andreas & Hans-Werner Wahl: Zukunft Altern | Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen, Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg 2010,
- Lechner, Carina: Die Senioren sind die Opfer, nicht die Pfleger
- Loerzer, Sven: Düstere Prognose für das Leben im Alter, süddeutsche.de, 3.12.2012
- Main-Kinzig-Kreis, Leitstelle für ältere Bürger: Verzeichnis Alten- und Pflegeheime (www.mkk.de)
- Mayer, Karl Ulrich (Hrsg.): „Zukunft leben“ Die demografische Chance, Nicolai Der Hauptstadtverlag, Berlin 2013
- Ohne: Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.), Wiesbaden 2010
- Ohne: „Deutschland: Babyboomer ohne Nachwuchs“, FOCUS Magazin Nr. 15 (2010).
- Ohne: 70% der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, destatis-Pressedienst, 18.1.2013
- Ohne: „Mutter, wann stirbst Du endlich?“, www.daserste.de
- Ohne: Kommunen: Handlungsdruck durch Versorgungslücken n der Pflege, Behördenspiegel, 26.2.2013
- Ohne: Pflege: Deutschland auf steigenden Pflegebedarf nicht vorbereitet, www.finanzen.de, 22.1.2013
- Ohne: Gesundheit | 2,34 Millionen sind pflegebedürftig, taz, 22.2.2011
- Ohne: Zahl der Pflegebedürftigen steigt rasant, KKH-Allianz Newsletter, 2.3.2011
- Ohne: „Hanauer Erklärung“ für die Altenpflege, GNZ, 3.3.2011
- Pfaff, Heiko (Autor): Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden 2013
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS), Berlin, November 2012
- Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2009 | Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Februar 2011
- Statistisches Bundesamt: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden 2010
- Sozialministerkonferenz: Demografischer Wandel und soziale Infrastruktur, Oktober 2011
- Teigeler, Brigitte: „Gute Pflege ist ein Menschenrecht“, Die Schwester Der Pfleger, 6 / 2012
- Walter, Ulla u.a.: Alt und gesund?, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 1. Auflage 2006

- Witzel, Thomas: Pflege | Der lange Weg, Frankfurter Rundschau, 12.3.2011

Reportagen zum Demografischen Wandel in Hanau

▪ **bisher erschienen:**

- 01: Die Bevölkerungswissenschaft | aktuelle und langfristige Trends
- 02: Die demografische Topografie 1999-2009
- 03: Wohnen im Alter: Privatwohnen | Betreutes Wohnen
- 04: „Caipirinha statt Pfefferminztee“ - Pflege 2030 **(in Arbeit)**
- 05: Die Nachhaltigkeit in der (lokalen) Politik aus demografischer Sicht
- 06: Wohnen im Alter: Institutionelles Wohnen und Lebensqualität
- 07: Wer lebt in Steinheim? Die demografische Topografie 1999-2009
- 08: Urbaner Umbau zur Barrierefreiheit | Orientierungshilfen
- 09: Essay: „Alter(n) in Hanau | Wandel durch Annäherung“
- 10: Dossier: Hanauer Schüler Berufliche Bildung
- 11: Neue Politik? - In Generationen denken!
- 12: Immer sachte Junior, Oma und Opa haben Vorfahrt
- 13: Leere Kinderwagen & volle Pflegeheime - Zukunft Stadt!
- 14: Stellungnahme: Wohnen Im Alter
- 15: Das Alter(n) im Zeitalter des demografischen Wandels
- 16: Die demografische Biografie der Stadt Hanau | 2010
- 17: Altersgerechtes Wohnen in Mittelbuchen | Bedarfseinschätzung
- 18: "Die Brille im Kühlschrank!" - Demenz
- 19: Demografie in Deutschland und in Hanau
- 20: Stadtteilmonitoring 2011: Bevölkerung & Daseinsvorsorge
- 22: Indikatoren- und Merkmalskatalog zur Bevölkerung 2011
- 23: Was passiert mit meinem Dorf? | Bevölkerung & Daseinsvorsorge
- 24: Eröffnung Repair-Café | Expertenbefragung

▪ **in Vorbereitung:**

- 00: Die neuen 50er: Was machen eigentlich die Babyboomer?
- 00: „*Stadt und Leute*“: Demografie 1999 | 2012
- 00: „*Stadt und Leute*“: „Die Alterswahrnehmung der Babyboomer (im demografischen Wandel) über Einstellungen zu Gesundheit, Pflege und Demenz“