

Dr. Dagmar Schlapeit-Beck

Sozialdezernentin der Stadt Göttingen

Fachkonferenz

Pflegefreundliche Kommune

Wie sich die Kommunen in Zukunft aufstellen müssen

Bericht aus der kommunalen Praxis

SPD-Bundestagsfraktion 23.11.2015 Berlin

Sehr geehrter Bernhard Daldrup MdB, sehr geehrte Hilde Mattheis MdB,

liebe Genossinnen und Genossen, meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die freundliche Einladung zu dieser Konferenz als kommunale Vertreterin.

Pflege findet vor Ort in den Städten und Gemeinden statt, die Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen muss vor Ort erfolgen.

In den „Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege“ wird gefordert, die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur zu stärken. Kommunen soll künftig eine verantwortliche Rolle bei der Schaffung von pflegefreundlichen Sozialräumen zukommen, die über die derzeitig überwiegende Rolle als „Restkostenfinanzierer“ hinausgeht.

Aus meiner Sicht benötigen wir eine kommunale Pflegeplanung, eine stärkere Einbindung der Kommune in die Beratungsstrukturen sowie eine Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung an präventiven Angeboten des vorpflegerischen Hilfebedarfs zum Zweck des Hinausschiebens des Eintretens der Pflegebedürftigkeit.

Städte und Gemeinden haben das Ziel, gute Lebensbedingungen für sämtliche ihre Einwohner zu schaffen. Dies gilt auch für eine alternde Gesellschaft, die eine öffentliche Infrastruktur benötigt, die ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglicht. Hierzu gehören Beratung, Unterstützung, Gesundheitsförderung und soziale Betreuung im lokalen Umfeld. Es sind die Kommunen, mit ihrer Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern, ihres Aufgabenspektrums in der Daseinsvorsorge sowie ihrer Netzwerkstrukturen unter Einbezug von Versorgungseinrichtungen, Verbänden, Initiativen und Akteuren die eine zentrale Rolle bei der Planung, Moderation und Steuerung präventiver und pflegerischer Versorgungsstrukturen spielen müssen.

Planungs- und Steuerungskompetenz der Kommune

Mit Einführung des SGB XI wurde der Pflegemarkt für renditeorientierte Anbieter geöffnet. Ziel war die Schaffung eines Pflegemarktes nach den Gesetzen von Angebot und Nachfrage. Dabei verschwanden unsere kommunalen Einwirkungs- und Steuerungsmöglichkeiten. Die Grundversorgung der Bevölkerung darf jedoch nicht nur dem freien Markt überlassen werden, sondern ist durch den Rechts- und Sozialstaat und durch weitere flankierende Maßnahmen zu gewährleisten.

Die Entwicklung einer kommunalen Pflegeinfrastruktur mit der Ausrichtung auf das vertraute Lebensumfeld hilfebedürftiger Menschen ist im SGB XI nicht als kommunale Planungsaufgabe bestimmt. Als Folge kann festgestellt werden, dass heute vor Ort vorhandene Angebotsstrukturen, die sich weitestgehend ohne kommunale Einflussnahme entwickelt haben, die tatsächliche Versorgungsform bestimmen. Der Barmer GEK Pflegereport 2014 weist dies sowohl für ambulante als auch stationäre Angebotsstrukturen deutlich nach. Als Folge werden vor Ort Über-, Unter- und Fehlversorgungen festgestellt. Zusätzlich fehlt es an Versorgungssettings für Personengruppen, die besondere Anforderungen für Pflegeeinrichtungen mit sich bringen (z.B. Menschen mit Sucht- und/oder psychiatrischen Erkrankungen und oder Behinderungen).

Wir Kommunen stellen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien ein umfassendes Leistungsangebot mit erheblichen finanziellen Folgen für die Kommunalhaushalte zur Verfügung. Diese reichen von der kommunalen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe über Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienunterstützende Hilfen bis zu kommunalen Gesundheitsdienstleistungen, Angeboten des öffentlichen Nahverkehrs und der rechtlichen Beratung.

Demgegenüber haben wir aber nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Es bedarf daher planerischer Kompetenzen der Kommunen, um in bestimmten Bedarfs- und Angebotssituationen planerische Vorgaben zu formulieren, die für alle Marktteilnehmer verbindlich sind. Es muss dabei die Frage beantwortet werden, welchen Verbindlichkeitsgrad die kommunale Pflegestrukturplanung erhalten soll und in wie weit Zulassungsvoraussetzungen definiert werden können, die unter bestimmten Bedingungen Anbieter vom Markt auch ausschließen.

Die kommunale Pflegeplanung steht bisher im Konflikt mit einer angespannten Wettbewerbs- und Marktsituation von ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeanbietern. Nur die Kommune kann die in diesem Zusammenhang erforderlichen Moderations- bzw. Koordinationsaufgabe neutral und bedarfsorientiert übernehmen.

Die negativen Auswirkungen bisheriger mangelnder Planungshoheit und Wettbewerbsfreiheit in der Pflege haben u.a. zu einer Anbieter- und nicht Bedarfsorientierten räumlichen Konzentration von stationären Pflegeeinrichtungen meist in Oberzentren und Ballungsräumen geführt. Gerade das gemeindenahere stationäre Angebot hat darunter gelitten, so dass eine Distanz von Wohnstandort und Pflegeplatz die Folge ist. Die Milchmädchenrechnung Außenstehender, z.B. der Bau- und Finanzausschüsse, bei einer älter werdenden Bevölkerung benötigten wir mehr stationäre Pflegeplätze, hat nicht nur in unserer Stadt zu einem Bettenüberangebot und zu einem scharfen Konkurrenzkampf zwischen den Pflegeeinrichtungen geführt. Dieser Wettbewerb hat eine Schraube nach unten zu Lasten der Beschäftigten in der Pflege ausgelöst, da die Pflegeheime mit dem günstigsten Pflegesatz geworben haben. Erst seit dem niedersächsischen Pflegepakt aus dem Jahr 2011 muss die Pflegeversicherung die Tarifgehälter bei Pflegesatzverhandlungen berücksichtigen. Vorher wurde ein Vergleichswert auf dem lokalen Markt zugrundegelegt. Ergebnis ist bis heute, dass

es in Niedersachsen die bundesweit niedrigsten Pflegesätze gibt. Bei durch diesen Wettbewerb verursachten Insolvenzen von privaten Pflegeeinrichtungen, wie ich sie schon in Göttingen erlebt habe, demonstrieren die Beschäftigten bei drohendem Arbeitsplatzverlust jedoch vor dem Rathaus und die Sozialverwaltung steht in der Verantwortung, die pflegebedürftigen Bewohner verlegen zu müssen.

Die Versorgung durch ambulante Pflegedienste wird heute ebenfalls marktgesteuert, was zu einer Rosinenpickerei führt. Für die Pflegedienste wenig attraktive Pflegefälle z. B. in der Peripherie gelegen mit langen Wegezeiten oder mit niedriger Pflegestufe oder Pflegegrad finden auf diesem freien Markt nicht immer eine angemessene Versorgung. Einen Sicherstellungsauftrag in der Pflege, wie noch vor Einführung des SGB XI, kann m.E. nur die kommunale Ebene übernehmen.

Erforderlich ist die gesetzlich vorgegebene Planungshoheit und Zulassung von Pflegeangeboten im Rahmen von verbindlichen Pflegekonferenzen durch die Kommune.

Die komplexe Pflegesituation erfordert eine umfängliche und gute Information und Beratung der Leistungsberechtigten, die über den lediglich Teilbedarfe abdeckenden Pflegeversicherungsbereich weit hinausgeht. Die Betroffenen und ihre Angehörigen benötigen zeitnahe und umfassende Informationen, insbesondere hinsichtlich einer vernetzten Unterstützung, Entlastung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements.

Aufgrund der vielfältigen Bezüge zu originär kommunalen Aufgaben wie z.B. der Seniorenberatung, der Wohnanpassungsberatung, der Sozialberatung oder der Altenhilfe liegt in einem integrierten Beratungsansatz in kommunaler Verantwortung der Schlüssel zu einer neutralen, den Bedürfnissen und Wünschen der Menschen vor Ort entsprechenden umfassenden Beratung.

Diese Steuerungsrolle der kommunalen Sozialverwaltung wird inzwischen auch von den Pflegemarktteilnehmern in unserer Stadt eingefordert. So meine Erfahrungen in der Stadt Göttingen u.a. in der AG „Qualitätsentwicklung in stationären Einrichtungen der Altenpflege (QSEAG)“, im "Netzwerk Freiwilligenarbeit in Altenpflegeheimen Göttingen (NFAG)" oder im Bezug auf das Hearing „Migration und Pflege“.

Kommunen müssen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wurden ab 2008 Pflegestützpunkte eingeführt, die heute gemeinsam von den Pflegekassen und Kommunen finanziert und betrieben werden.

Mit den gemeinsamen Senioren- und Pflegestützpunkten Niedersachsen (SPN) ist das in Göttingen bereits praktizierte und bewährte Zusammenspiel von Seniorenberatung und Pflegeberatung bestätigt worden. Eine strikte Trennung der beiden Beratungsfelder Seniorenberatung und Pflegeberatung ist praxisfern. Das niedersächsische Modell scheint mir, im Bundesvergleich, bereits weit entwickelt zu sein.

Hierbei ist die Qualität der Beratung von entscheidender Bedeutung. Es muss darauf hingewiesen werden, dass es sich hier nicht um reine Informationsvermittlung handelt, sondern eine fundierte Beratungstätigkeit geleistet wird, die eines besonderen Qualifikationshintergrundes bedarf.

Zwingend ist hier die Implementierung dieses Beratungsangebotes ausschließlich in den Kommunalverwaltungen, um die, in einer sich immer mehr verschärfenden (Pflege-) Marktsituation, notwendige Beratungsunabhängigkeit bzw. - Neutralität gewährleisten zu können.

Eine öffentliche Steuerung fehlt auch bei den innovativen gemeinschaftlichen Wohnformen für ältere Menschen, wie z.B. für Altenwohngemeinschaften, wie ich sie bereits vor 25 Jahren mit dem der Alten-WG Am Goldgraben in Göttingen auf den Weg gebracht habe. Die wünschenswerte Einrichtung von Demenz-Wohngemeinschaften steht zudem im Konflikt mit den sich verschärfenden Heimgesetzen und müssen de jure als stationäre Einrichtungen ausgestattet sein, was wiederum ihren Charakter als Wohngemeinschaft untergräbt.

Weiterentwicklung der Sozialräume, damit pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können

Ziel des § 3 SGB XI ist es, dem pflegebedürftigen Menschen möglichst lange den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der größte Teil der pflegebedürftigen Menschen wird heute noch zu Hause versorgt. Die Pflege durch Angehörige sinkt jedoch über alle Pflegestufen hinweg. Diesem Rückgang der Angehörigenpflege wurde bisher nicht ausreichend gegengesteuert – die Wirkung der 2015 gestärkten Pflegezeit bleibt abzuwarten.

Sozialraumorientierte Angebote der Beratung, Teilhabe, Prävention und Rehabilitation sowie der medizinischen Versorgung müssen mit der Pflegeinfrastruktur verzahnt werden. Eine Versicherungslösung wie die Pflegeversicherung ist keinem derart umfassenden gesellschaftspolitischen Ziel verpflichtet. Sie denkt vom Eintritt des Versicherungsfalles her und kennt die Lebensumstände in unseren Stadtquartieren nicht.

Städte und Gemeinden wissen um das Erfordernis, integrierte Konzepte für den demografischen Wandel aufzustellen und im Kontext der Pflege insbesondere die ältere und unterstützungsbedürftige Bevölkerung in den Blick zu nehmen.

Unser Ziel ist es, ganze Quartiere so auszugestalten, dass die notwendige Unterstützung gewährleistet ist, die der einzelne Mensch benötigt, um so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Hierzu gehören neben der „Pflege“ im eigentlichen Sinne auch Angebote der Wohnraumversorgung, aufsuchende Gesundheitsdienste und weitere lokale Angebote, die auch das ehrenamtliche Engagement umfassen. Beispielhaft kann auf folgende Programme verwiesen werden: niedrigschwellige Betreuungsangebote, altersgerechtes Wohnen, Altersgerechtes Umbauen, Anlaufstellen für ältere Menschen, Freiwilligendienste aller Generationen, Gesundes Altern, Aktiv im Alter, Alltagsbegleiter, Nachbarschaftshelfer, Lernen vor Ort/Lebenslanges Lernen, demenzfreundliche Kommune, Unterstützung pflegender Angehöriger.

Die Frage nach „Who Cares“ und die Forderung nach kultursensibler Pflege bekommt zunehmende Bedeutung, wenn sich der Rollenwandel der Frauen in Familien mit Migrationshintergrund zu mehr Erwerbstätigkeit auswirkt und auch ältere Migranten seltener durch Angehörige gepflegt werden.

Vorpflegerischer Hilfebedarf als Präventionsmaßnahme

Beispielhaft sei auf den Personenkreis verwiesen, der einen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt, aber vom Medizinischen Dienst als nicht pflegebedürftig eingestuft wurde. Ihr Hilfebedarf liegt entweder unter 90 Minuten am Tag oder beschränkt sich auf den hauswirtschaftlichen Bereich.

Schätzungen zufolge handelt es sich um rd. 3 Mio. Menschen bundesweit, die an der Schwelle zur

Pflegebedürftigkeit stehen. Dabei wird von der kommunalen Ebene ein präventiver Ansatz bevorzugt: Es kann gelingen, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder seine Folgen zu verringern, indem auch Themenfelder wie körperliche Aktivitäten, Ernährung, Mobilität, Teilhabe am Leben, Bereitstellung vorpflegerischer Hilfen oder barrierearmes Wohnen in den Fokus der kommunalen Pflegestrukturplanung rücken bzw. in eine integrierte Sozialplanung eingebettet werden.

Anlaufstellen für ältere Menschen - Göttingen

Die Ausgangslage in der Stadt Göttingen ist davon geprägt, dass in Verbindung mit der allgemeinen demografischen Entwicklung spezifische Herausforderungen in der Versorgung älterer Menschen in Zukunft zunehmend erwartbar sind.

So ist der Trend zu Einpersonenhaushalten und eigener Kinderlosigkeit in unserer Universitätsstadt erkennbar, so dass im Fall von Unterstützungsbedarf zunehmend auf Netzwerke außerhalb der eigenen Familie zurückgegriffen werden muss. Dies stellt insbesondere in Wohnsiedlungen mit einem hohen Anteil an Geschosswohnbauten und einer gering ausgeprägten Infrastruktur, die zugleich auf eine alternde Bevölkerung trifft, eine Herausforderung dar.

Die Stadt Göttingen hat im Jahr 2014 im Rahmen einer Förderung durch das BmFSFJ eine Studie in ausgewählten Göttinger Stadtteilen zur Identifizierung von Handlungsbedarfen für „Anlaufstellen für ältere Menschen“ durchgeführt und dokumentiert.

Unser Ziel war es hierbei die Förderung und Stärkung aktiver Nachbarschaften und niedrigschwelliger Hilfen, Informationsvermittlung und Beratung mit der Zielsetzung der selbstständigen Lebensführung für diesen Personenkreis älterer Menschen an der Schwelle der Pflegebedürftigkeit.

Als Vorlage dienten drei bereits bestehende Stadtteilzentren in Göttingen. Unsere Fragestellung war die, inwieweit erreichen diese generationenübergreifenden Stadtteilzentren auch die älteren Bewohner im Quartier, wie erfolgreich ist ihr präventivpflegerischer Ansatz, wie kann dort ehrenamtliches Engagement für ältere Menschen in der Nachbarschaft entwickelt werden und sind diese Zentren eine Blaupause für die Quartiersarbeit in anderen bisher nicht versorgten Quartieren?

Die vorhandenen Angebote unserer bestehenden Stadtteilzentren sind vor Ort jeweils verschieden, generationenübergreifend, vielfältig und niederschwellig. Die dort praktizierte Gemeinwesenarbeit hat sich in den letzten zehn Jahren als sehr erfolgreiche bürgernahe Sozial- und Pflegepolitik herausgestellt, insbesondere in den Göttinger Siedlungsstadtteilen, in denen die Bewohner über ein unterdurchschnittliches Einkommen verfügen, wo öffentliche Gemeinschaftseinrichtungen fehlen, wie etwa Bürgerhäuser, Vereinshäuser oder Freiwillige Feuerwehren. Diese Stadtteilzentren dienen der Integration von Zuwanderern, der Förderung des Gemeinschaftssinns und der Pflegeprävention. Mit ihren unterschiedlichen Profilen lokaler Besonderheiten und ihrem generationenübergreifenden Arbeitsansatz entziehen sie sich aber auch zumeist den üblichen Fördermittelschablonen.

Eine wichtige Funktion nehmen hierbei die Kirchengemeinden in den Quartieren ein, die oft mit ihren Gemeindehäusern die einzigen öffentlichen Räume in diesen Stadtteilen stellen. Wenn es gelingt, diese Gemeindehäuser zu offenen barrierefreien Einrichtungen auch für Nicht- oder Andersgläubige umzuwandeln, stehen hervorragend gelegene zentrale Räume in solchen unterversorgten Stadtteilen zur Verfügung. Wir haben gerade dazu mit der Göttinger-Bethlehem-Gemeinde den Teilumbau ihres Gemeindehauses in ein Nachbarschaftszentrum für den Holtenser-Berg geplant und dafür Fördermittel beantragt.

Fazit im Hinblick auf die Gestaltung von Anlaufstellen in den Quartieren

In unsere qualitative Untersuchung zu den Anforderungen an ein altengerechtes Quartier wurden Betroffene, lokale Experten und Multiplikatoren einbezogen, wie z.B. Pflegedienste, Sozialdienste, Nachbarschaftszentren- und Initiativen, Kirchengemeinden, Demenzhilfe, der Seniorenbeirat, Kontaktbereichsbeamte, Wohnungsunternehmen, Sportvereine, Bürgerforen, Hausärzte und Apotheken, Wohnungslosenhilfe, Kliniken, Politiker und Bewohner.

In diesen ausgewählten Stadtteilen ist der Altersdurchschnitt der Bevölkerung, der Anteil der Bewohner mit Migrationshintergrund und der Anteil der Älteren, die Transferleistungen beziehen, höher als im städtischen Durchschnitt.

Ein besonderer Fokus wurde auf die Situation alleinlebender Seniorinnen gelegt, werden bei dieser Bevölkerungsgruppe doch besondere Herausforderungen im Bereich der vorpflegerischen Unterstützung gesehen. In den ausgesuchten Stadtteilen lebt etwa die Hälfte aller 65-jährigen in einem Einpersonen-Haushalt, in Göttingen sind etwa 60 % aller Haushalte Einpersonenhaushalte. Der Anteil an Einpersonen-Haushalten hat innerhalb des letzten Jahrzehnts in allen Altersgruppen und im gesamten Stadtgebiet deutlich zugenommen; die Anzahl stieg im letzten Jahrzehnt um ca. 15 % im gesamten Stadtgebiet und in einzelnen der untersuchten Stadtteile um bis zu 60%. Dies hängt u.a. mit der Immobilität der Bewohnerkohorte in Siedlungsstadtteilen zusammen, wo heute noch viele ältere Mieter als verwitwete Erstbezieher aus den 60er und 70er Jahren leben.

Die Singularisierung wird jedoch insbesondere bei einkommensschwächeren Personen zum Problem, gepaart mit Altersarmut, da sich finanziell gut Situierte eher professionelle Dienstleistungen einkaufen können. Das Fehlen des familiären Versorgungsnetzwerks führt deshalb häufig zu Vereinzelung und Isolation in Siedlungsgebieten bei älteren alleinlebenden Menschen mit geringem Einkommen.

Gegensteuern wollen unsere bestehenden Stadtteilzentren u.a. mit folgenden Angeboten:

Als Maßnahme gegen diese Singularisierungs- und Vereinsamungstendenzen steht die These vom 3. Sozialraum, hier die Förderung von Nachbarschaften. Dort wo keine Familie verfügbar ist, müssen Freundschaften und nachbarschaftliche Hilfen gefördert werden. Die niederschweligen Angebote in den Nachbarschaftszentren sollen Kontakte und Freundschaften fördern, der Isolation und Einsamkeit begegnen, die Versorgung verbessern und der Pflegeprävention dienen.

Mittags- und Begegnungstische im Quartier stellen einen wichtigen Schlüssel zum Zugang zu alleinlebenden Bewohnern mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf dar. Es werden sowohl alleinlebende Senioren, wie auch alleinerziehende Familien oder auch Menschen mit Beeinträchtigungen erreicht, die hier sowohl versorgt werden, untereinander Kontakte knüpfen als auch professionell begleitet werden, wo also durch Fachkräfte Beratungs- und Betreuungsbedarfe erkannt und eingeleitet werden können, z.B. bei beginnender Demenz.

Begegnungstische mit gemeinsamem Mittagessen sollen niederschwellig die Versorgung verbessern, aber auch Kontakte fördern und bei Bedarf professionelle Hilfe einleiten

Zur Angebotspalette unserer Stadtteilzentren und Mehrgenerationenhäuser gehört:

Seniorenfrühstück, offenes Bewohner- und Aktiventreffen, Gedächtnistraining, Integratives und generationenübergreifendes Kochen, Frauenfrühstück, Mama näht deutsch, Fahrradreparaturwerkstatt, Computer-Lese-Spielecke, Kleiderkammer, Renten-, Rechts und Arbeitsberatung, Alltagsberatung, Briefmarken- und Fahrkartenverkauf, Sprachkurse sowie Hilfe bei Formularen. Seniorentanzgruppe (Musik und Tanz ohne Alterssignoranz), Wohnberatung für ältere Menschen, Rentenberatung, Lokale Allianz für Menschen mit Demenz, Mietersprechstunde, Energieberatung, PC Kurse durch Jugendliche, Pflege- und Angehörigenwohnung

Als Ergebnis unserer Studie wurde festgestellt, dass solche offenen, niederschweligen und generationsübergreifenden Angebote vor Ort im Wohnquartier nicht stigmatisiert und auch mit Freizeitcharakter von den älteren Bewohnern geschätzt und gewünscht werden, zumal es der heutigen Generation älterer Menschen noch sehr schwer fällt, Hilfe anzunehmen. Auch dazu haben wir lokale Befragungen durchgeführt.

Im einzelnen wurde für den altengerechten Umbau der Quartiere gewünscht:

Thema Wohnen:

- barrierearme und kostengünstige Wohnungen
- Zugang zu Hochparterrewohnungen über Rampen oder Treppenliften verbessern
- Infos über Finanzierung von Wohnraumanpassung verbessern
- Förderung neuer Wohnformen, gemeinschaftliches und selbstbestimmtes Wohnen
- Unterstützungsangebote im Haus, in der Siedlung (z.B. Pflegedienst)
- Umzugsmanagement

Thema Pflege/Gesundheit:

- stationäres Pflegeangebot im Quartier
- Pflege-Wohngemeinschaft oder Demenz WG im Quartier
- Soziale Angebote im Quartier
- Ärzte und Apotheke im Quartier
- Seniorenberatung und Pflegestützpunkt im Quartier
- Übersetzungs- und Begleitungsangebote für Senioren mit Migrationshintergrund
- Stadtteilzentren als Anker für stadtweite Dienste
- Ausbau von nichtärztlichen Hausbesuchen

Workshopergebnisse zum

Thema Grundversorgung:

- Dienste in die Stadtteile holen, Seniorenservicebüro
- Bessere Information über Unterstützungsmöglichkeiten
- Organisation ehrenamtlicher Alltagshilfen
- Förderung echter Nachbarschaften
- Initiierung gegenseitiger Hilfe in Wohnhäusern, gemeinsamer Einkauf, Sammelbestellungen
-

Workshopergebnisse zum

Thema Lebensgestaltung und soziale Bezüge:

- Begleitdienste von und zu Veranstaltungen (Mobilität, Sicherheit)
- Begegnungsangebote schaffen, z.B. Mittagstische, Nachbarschaftsfeste
- Aufenthaltsmöglichkeiten im Wohnumfeld verbessern, z.B. durch hohe Sitzbänke
- Kultur in den Stadtteil holen

- Einrichtung eines Stadtteil- und Familienzentrums
- Einrichtung eines Mietercafés
- Ältere Männer als Zielgruppe bedenken
-

Workshopergebnisse zum
Thema Mobilität:

- Begleitdienste Busverkehr
- Einführung ermäßigter Kurzstreckentickets
- Bessere Ausstattung des Wohnumfeldes mit hohen, überdachten Bänken
- Öffentliche Toiletten
- Sicherheit und Komfort für Fußgänger verbessern
- Bessere Kennzeichnung von Überwegen
- Verbesserte bauliche Qualität der Gehwege
- Ampelphasen verlängern
- Shared Space einführen

Workshopergebnisse zu
themenübergreifenden Leitlinien:

- Verbesserung des Zugangs zu vorhandenen Unterstützungs- und Freizeitangeboten durch Mittlerpersonen als Türöffner (Pflege, Gesundheit, Gemeinden)
- Vorhandene stadtweite Angebote (z.B. Demenzhilfe, Seniorenservicebüro, Pflegestützpunkt) in die Stadtteile holen
- Information und Beratung von Älteren und Stadtteilakteuren über seniorenspezifische Unterstützungs- und Finanzierungsmöglichkeiten (Pflege, Wohnen, Versorgung)
- Informationsveranstaltungen und Sozialberatungsangebote im Stadtteil
- Vernetzung der Akteure der Stadtteilarbeit mit Akteuren der Seniorenarbeit und Pflege
- Initiierung von „Hauskümmerern“ als AnsprechpartnerInnen

Altengerechte Quartiersentwicklung benötigt den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung von „Ankerpunkten“ in den Stadtteilen, von Anlaufstellen insbesondere für ältere Menschen. Quartiersbezogene Seniorenarbeit braucht „Ermöglichungsstrukturen“. Solche Orte ermöglichen und fördern niedrigschwellige Begegnung sowie vielfältige Angebote in den Bereichen Freizeit, Bildung, Information, Beratung und Unterstützung; hier kann Partizipation realisiert werden, können stadtteilübergreifende Angebote in den Stadtteil „ankern“ und wirken, können stadtteilbezogene sowie stadtübergreifende Vernetzungsaktivitäten erfolgen. Zugleich können hier Bedarfe und Anliegen formuliert bzw. sichtbar werden und wichtige Ansatzpunkte für bedarfsorientierte planerische Aktivitäten bieten.

Die Finanzierung für solche integrativen Stadtteilangebote wird bisher als Freiwillige Ausgaben im kommunalen Haushalt eingestuft, was für die meisten Kommunen unter Haushaltsvorbehalt ein Problem darstellt. Allein deshalb ist eine gesetzliche Grundlage für solche Angebote erforderlich.

Vor dem geschilderten Hintergrund ist es offensichtlich, dass es angesichts der immensen Anforderungen durch den demographischen Wandel nicht ausreicht, die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur allein dem Marktgeschehen zu überlassen. Es müssen Regelungen systematisch und sektorenübergreifend entwickelt werden, damit Kommunen, denen faktisch die Letztverantwortung im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsvorsorge zukommt, ihre Aufgabe im Rahmen ihres grundgesetzlichen Auftrages auch wahrnehmen können.

Kommunale Pflegestrukturplanung und Steuerung müssen Hand in Hand gehen, wofür es echte Entscheidungskompetenzen braucht. Diese fehlen uns Kommunen aber bislang. Nach den derzeitigen Rahmenbedingungen spielen die Kommunen im System des SGB XI bisher nur eine unbedeutende Rolle.

**Konkrete Vorschläge zur Stärkung der Kompetenzen der Kommunen:
Wir Kommunen fordern deshalb**

- die kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen im SGB XI und XII sowie den jeweiligen Landesgesetzen als verpflichtende Instrumente zu benennen.
Die Pflegekassen sind zu verpflichten, in regionalen Pflegekonferenzen mitzuwirken.
- Es ist ein Förderbudget aus Pflegeversicherungsmitteln zu bilden, mit dem kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung, der Steuerung und Koordinierung von Angebotsstrukturen und des Quartiersmanagements unterstützt werden.
- Die Kommunen müssen über die Zulassung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen für eine bedarfsgerechte Versorgung mitentscheiden können
- Diese Koordinationsfunktion der Kommunen erfordert die Ausstattung mit finanziellen Ressourcen