

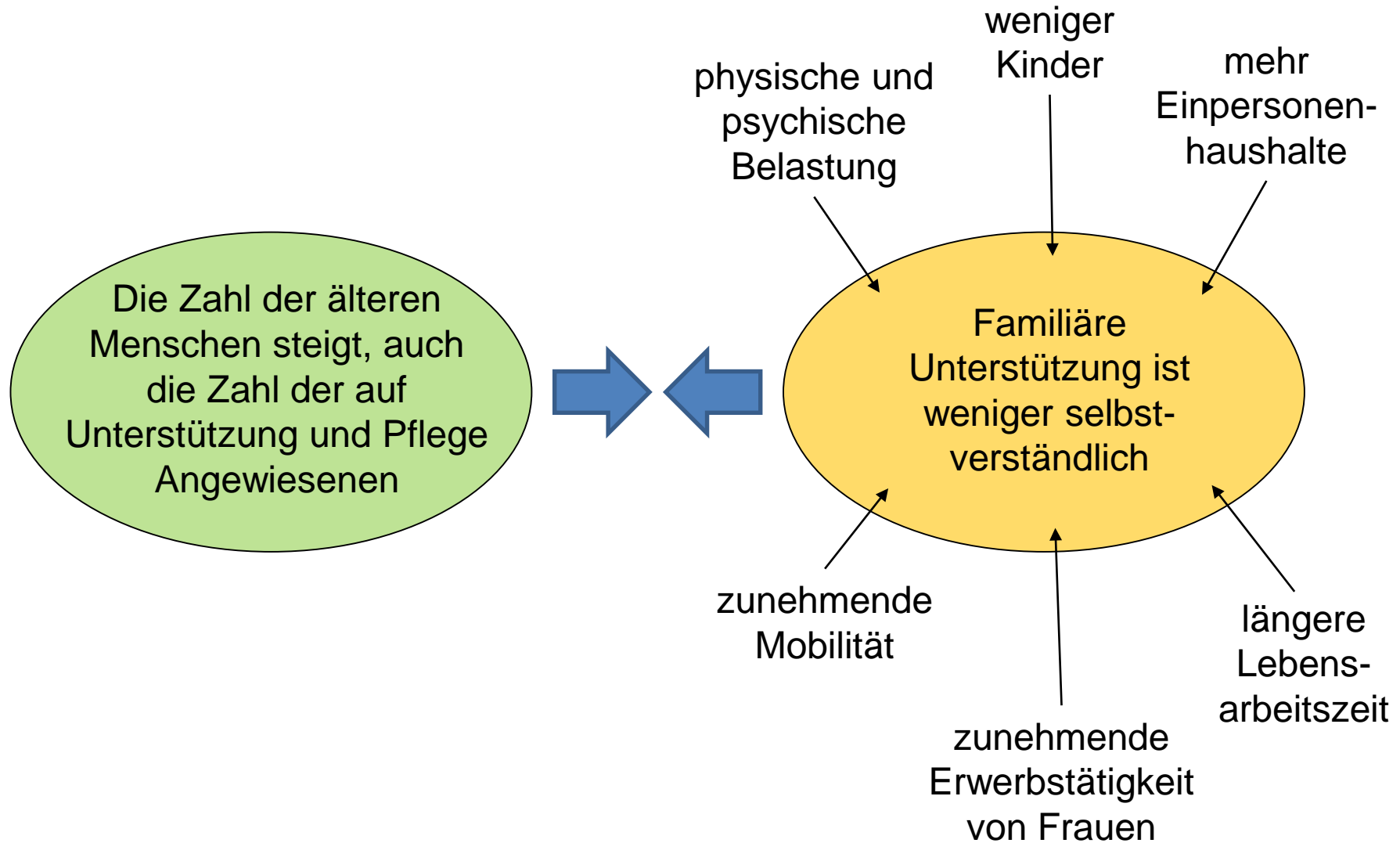
# Wohnen und Dienstleistungen aus Sicht des Siebten Altenberichts

Impulsreferat bei der Konferenz des BMFSFJ in Berlin zum Siebten Altenbericht

„Kommunen in der alternden Gesellschaft“

Berlin, 4. April 2017

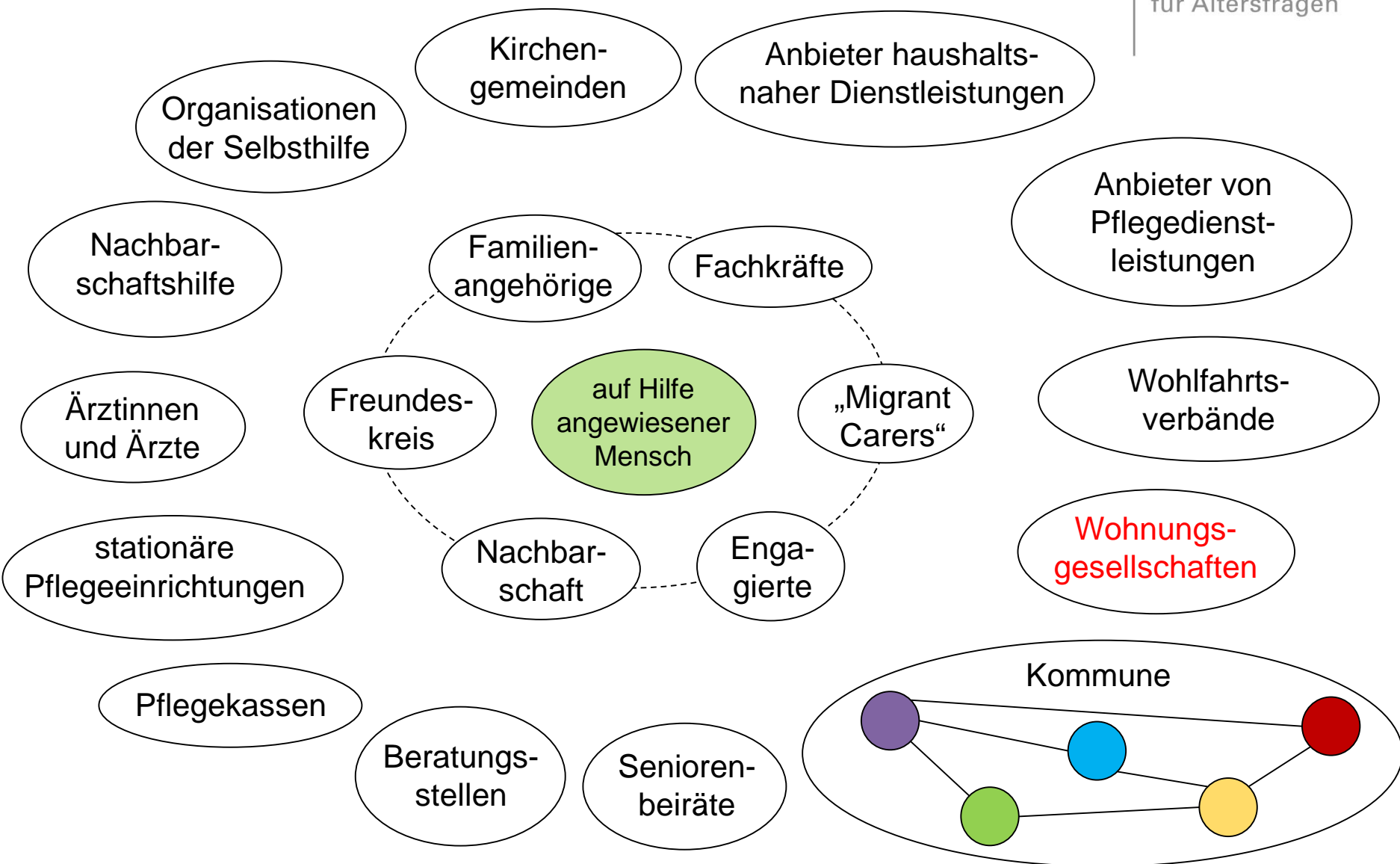
- In öffentlichen Diskursen rückt die sozialräumliche Dimension (**Quartiere**) wieder verstärkt in den Mittelpunkt. Es liegen vielfältige Quartiersdefinitionen vor. Klar ist: Quartiere sind **mehr** als administrative Gebietsabgrenzungen, sind sozial konstruiert und überschaubar. Gerade weil der Quartiersbegriff zumeist im politischen Kontext verwandt wird, ist zu **Pragmatismus** zu raten und eine flexible Anwendung zu empfehlen (etwa mit Blick auf Stadt/Land).
- Vor allem die Kommunen sind hier im Rahmen der Daseinsvorsorge gefordert, allerdings können die erforderlichen Sorgestrukturen nicht nur von staatlicher Seite aus aufgebaut werden, sondern **Daseinsvorsorge** und **Subsidiarität** (ein „erneuerter“ Wohlfahrtsmix) gehören zusammen.
- Kommunen haben zwar einen **Gestaltungsauftrag**, allerdings können viele Kommunen diesen Auftrag durch finanzielle Engpässe kaum noch realisieren. Die **Steuerungsressourcen** sind zunehmend regional ungleich verteilt, so dass der Bund und die Länder mit in der Verpflichtung stehen.



- Um den Wunsch der meisten älteren Menschen, so lange wie möglich **selbständig in ihren eigenen vier Wänden** zu bleiben, realisieren zu können, müssen in den nächsten Jahren Hunderttausende an Wohnungen altersgerecht modernisiert werden. Hierfür müssen die Förderprogramme weiter ausgebaut werden.
- Trotz der Präferenz für ambulante Pflege ist die **stationäre Pflege** weiterhin notwendig, muss sich aber den neuen sozialstrukturellen Bedingungen anpassen. D.h. die Fokussierung auf Wohnquartiere erfordert kleinteilige, wohnortnahe Versorgung und insbesondere ein **Pflegemix**. Gefordert sind **Kombinationen** aus Wohnungen mit Betreuungsservice, Pflegeheim und ggf. einem Demenzzentrum.
- **Integrierten wohnortnahen Versorgungskonzepten** mit Infrastrukturangeboten (von Arztpraxen bis hin zum Supermarkt) gehört die Zukunft – wenigstens in städtischen Regionen. Aber auch in den Dörfern sind adäquate Sorgestrukturen aufzubauen bzw. abzusichern.

- Im Berichtsauftrag wird vom Aufbau und der Sicherung „zukunftsfähiger Gemeinschaften“ gesprochen. Dies wurde von der Kommission ausdrücklich **nicht** im Sinne eines Rückzugs staatlicher Akteure aus der Verantwortung für die Versorgung bedürftiger Menschen gedeutet. Es ist ohnehin zu fragen, inwieweit heutzutage im Kontext von Pflege überhaupt von Gemeinschaften gesprochen werden kann – zumal sich oftmals nicht einmal Familien als „Gemeinschaft“ begreifen, wenn Pflegeverantwortung für einen Angehörigen übernommen werden muss. Noch anspruchsvoller ist die Gemeinschaftsidee, wenn es um die Zusammenarbeit von Angehörigen und Bekannten mit freiwillig Engagierten im Quartier geht.
- Aus Sicht der Kommission erscheint es zielführend, sich weniger auf die Frage zu konzentrieren, inwieweit im Kontext von Hilfe, Unterstützung und Pflege von „Gemeinschaften“ gesprochen werden kann. Vielmehr ist entscheidend, wie sich unter verschiedenartigen Bedingungen in den verschiedenen Quartieren **tragfähige Sorgestrukturen** etablieren können, die auf einem Mix von professionellen, familiären und freiwilligen Hilfeleistungen gründen.

- Quartiere sind eine wesentliche Handlungsebene für die zukunftsorientierte Wohnversorgung älterer Menschen. Schon zur Bedarfsermittlung sollten deshalb **alle relevanten Akteure** in die Konzeptentwicklung eingebunden und vielfältige Angebote zu allen Wohn- und Lebensformen im Alter (auch Projekte wie Seniorengenossenschaften) entwickelt werden.
- Im sozialräumlichen Kontext sollte es Anlauf- und Begegnungsmöglichkeiten („Gelegenheitsstrukturen“) geben. Sie sind als One-Stop-Angebote zu gestalten und müssen räumlich gut erreichbar sein. Ähnlich dem Programm Soziale Stadt müssen Ressourcen aus unterschiedlichen Bereichen (ressortübergreifend) verfügbar gemacht werden.
- Eine **zersplitterte Organisationsstruktur** im Feld der altenbezogenen sozialen Dienste erschwert die Kooperation und Vernetzung der Akteure auf kommunaler Ebene. Kommunale soziale Dienste, Wohnungswirtschaft und Wohlfahrtsverbände müssen kooperieren und intersektoral zusammenwirken.



- Wenn die sozialräumliche Dimension an Bedeutung gewinnt, ist auch auf kommunaler Ebene eine **ressortübergreifende** Querschnittspolitik gefragt.
- Hier sind die traditionellen Sozialorganisationen aufgefordert, nicht nur ihre Organisationsinteressen zu verfolgen, sondern der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „**Silodenkens**“ ist aktiv zu begegnen, um sowohl Doppelstrukturen zu vermeiden als auch neue strategische Allianzen mit Akteuren aus anderen Handlungsfeldern aufzubauen.
- Benötigt wird ein **Schnittstellenmanagement**, in dem die Kommune mit den zentralen Organisationen eine wichtige Moderationsfunktion übernimmt.
- In allen Quartieren, vor allem in strukturell benachteiligten Quartieren, werden zudem „**Schlüsselfiguren**“ gesucht, die das Leben vor Ort kennen, geschätzt werden und sich schon länger sozial engagieren. Sie können Aktivitäten anregen und gemeinsame Projekte aufbauen.



- Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und einen Welfare-Mix wären hilfs- und pflegebedürftige Ältere oft alternativlos auf eine Heimunterbringung verwiesen. Einen frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung lehnt jedoch die große Mehrheit der Älteren nach verschiedenen Umfragen ab.
- In lokalen, wohnquartiersbezogenen Projekten kann man den **Verbleib in der eigenen Wohnung** in vielen Fällen aber nur ermöglichen, wenn sowohl technische Assistenz als auch soziale Betreuung (professionelle wie bürgerschaftliche Hilfen: „Gemeinschaften“) eingesetzt werden.
- Innovative Versorgungskonzepte entstehen immer stärker an den Schnittstellen verschiedener Kompetenzfelder (etwa durch die Verknüpfung von Wohnen und Gesundheit unter Einbezug der Medizintechnik/Telemedizin) – brauchen aber auch neue Finanzierungsstrukturen. Hier kommt es auf eine **intelligente Vernetzung** von bisher noch nicht kombiniertem Wissen und verschiedenen Akteuren an.

- Generell gilt es, das soziale Engagement der Bewohnerschaft zu pflegen und durch „**Empowerment**“ zu stärken. Wenn mehr und mehr Verantwortung für eine altengerechte Wohn- und Pflegeinfrastruktur direkt im Quartier verankert wird, werden auch Selbstorganisationskräfte geweckt.
- Viele Engagementformen sind jedoch noch zu sehr auf einzelne Organisationen fixiert; **Engagement im Quartier** wird aber an Bedeutung gewinnen – wahrscheinlich jedoch immer weniger in den traditionellen Strukturen.
- „Mitalternde“ Wohnungen und eine gute soziale Anbindung im Wohnquartier sind die Voraussetzungen, um das **selbstbestimmte Wohnen** im Alter zu realisieren. Dazu gehört auch ein entsprechender Einsatz altersgerechter Assistenzsysteme mit Unterstützungskomponenten (Sensorik zur Lokalisierung, Assistenz in Gefahrensituationen, Telemedizin etc). Diese haben sich in Projekten ausgebreitet, sind aber **nicht** in der Regelversorgung („Projektitis“).

- Bund, Länder und Kommunen sollen die Voraussetzungen dafür verbessern, dass alte Menschen möglichst **lange selbständig zu Hause** leben können, selbst im Falle gesundheitlicher Einschränkungen. Dies ist der dominante Wunsch der Älteren in Deutschland.
- Die lokale Politik soll darauf hinwirken, **soziale Netzwerke** zu fördern, in denen Familienangehörige und bürgerschaftlich Engagierte, unterstützt durch professionelle Dienste, Verantwortung für alte Menschen übernehmen. Kommunen müssen dafür mit den notwendigen **Kompetenzen** und **Ressourcen** ausgestattet werden.
- Der sozialräumlichen **Polarisierung** von Wohnstandorten durch sich stark ändernde Einkommensstrukturen einerseits und steigenden Mietpreisen andererseits soll durch geeignete Instrumente der **Wohnungspolitik** entgegen gewirkt werden. Benötigt wird eine verstärkte Förderung des sozialen Wohnungsneubaus, Erwerb von Belegungsbindungen im Bestand, Förderung genossenschaftlicher Wohnformen etc.

## Gesetz zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege (10/2016)

- Bessere Abstimmung vor Ort durch Verpflichtung der Pflegekassen, sich an Pflegeausschüssen ... zu beteiligen. Sie sollen Empfehlungen der Ausschüsse, die sich auf die Verbesserung der Versorgungssituation beziehen, künftig bei Vertragsverhandlungen einbeziehen.
- **Pflegeberatung** wird gestärkt. Kommunen haben für die Dauer von fünf Jahren Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich angemessen an den entstehenden Kosten beteiligen. Kommunen können Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen.
- In bis zu 60 Landkreisen und kreisfreien Städten werden für die Dauer von fünf Jahren Beratungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen “aus einer Hand“ durch kommunale Beratungsstellen modellhaft erprobt werden („**Modellkommunen**“), die bisher den Pflegekassen vorbehalten waren: Pflegeberatung, Pflegekurse, Einbeziehung bereits bestehender Pflegestützpunkte, bessere Verzahnung mit der bestehenden sozialen Infrastruktur.

- „Quartierentwicklung kostet zunächst einmal Geld; sie bietet aber auch eine Vielzahl von Einsparmöglichkeiten, die genutzt werden können. Spareffekte sind u.a.:
  - » Ausbau der ambulanten häuslichen Versorgung: Finanzieller Vorteil wegen Ressourcenorientierung und dem Hauszögern bzw. Vermeiden des Übergangs in die stationäre Versorgung.
  - » Aktivieren von Nachbarschaften: Ermöglicht rechtzeitiges Eingreifen bei drohender sozialer Isolation, Verarmung, chronischer Erkrankung....
  - » Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen: Verzögert z. B. das Eintreten von Pflegebedürftigkeit.
  - » Aktivieren der Zivilgesellschaft zur (Mit-)Gestaltung des Wohn-, Sozial- und Lebensumfeldes: Einsparungen durch bürgerschaftliche Hilfe und Unterstützung  
(z. B. handwerkliche Dienstleistungen, Behördengänge, Einkäufe).
  - » Lokale Online-Gemeinschaften: Erhöhen der Kompetenz für den Umgang mit neuen Technologien und Einsparungen im Bereich Information...“ (Vogt-Janssen 2015).

- „Die Interessen und Haltungen verschiedener Berufsgruppen sind auszubalancieren. Auch die Vernetzung verschiedener professioneller Akteure mit den Kunden, ihren Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen müssen gewollt sein und gestaltet werden. Hierzu ist Empathie, Professionalität und Verantwortungsbewusstsein erforderlich. Diese sind nicht immer vorhanden“ (de Vries/Overkamp 2015).
- Integrierte Versorgungsstrukturen aufzubauen erfordert sowohl eine **Kooperationskultur** als auch spezifische Qualifikationen. Neue Versorgungssettings brauchen darüber hinaus **neue Finanzierungsstrukturen** und Verlaufsanalysen, um einen Diskurs über Quartiersnetze als Experimentierräume zu führen.
- „Eine grundlegende Überprüfung und Neuordnung der Zuständigkeiten im Sozialsystem ist dahingehend angezeigt, dass die starren Systemgrenzen zwischen den einzelnen Leistungstöpfen überwunden und Leistungen der sozialen Sorge, insbesondere aus Sozialversicherung, Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe auf lokaler Ebene gebündelt und vernetzt werden. Es bedarf einer größeren Durchlässigkeit der Versorgungsformen“ (Landsberg 2016).

- Immer noch keine flächendeckende *verpflichtende* Mitwirkung der Kommunen an der pflegerischen Versorgung, keine eigenen Steuerungsinstrumente
- Planung, Steuerung und Beratung in der Pflege nicht in einer Hand; was ist erforderlich über das jetzige PSG III hinaus ?
- Aber selbst, wenn Kommunen diese bekämen: Sind die Kommunen dazu gerüstet (u.a. Planungsinstrumentarium, Personal, verlässliche Datenlage)?
- Warum „Modellkommunen“?
- Kleinräumige Versorgungsstrukturen nach dem Muster der „sorgenden Gemeinschaften“ sind hoch voraussetzungsvoll und nicht umsonst zu haben (Was sind „Quartiere“? (z.B. auf dem Land, in Kreisen?)
- Kommunen müssen dazu befähigt werden, aber wie? Benötigen wir ein Bundesaltenhilfestrukturegesetz (nach dem Muster des JHG)?
- Vernetzung pflegerischer Angebote mit anderen lokalen Angeboten (z.B. Prävention, Reha, Schnittstellenproblemen, sektor-/angebotsübergreifend)

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## Kontakt:

Prof. Dr. Rolf G. Heinze  
Ruhr-Universität Bochum/InWIS



0234/32-22981



Rolf.Heinze@rub.de

<http://www.sowi.rub.de/heinze>