prognos

Schlussbericht

Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Dr. Tobias Hackmann
Gwendolyn Huschik
Jakob Maetzel
Sabrina Schmutz
Laura Sulzer
Janko Vollmer

Freiburg, April 2018

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr
1959

Tätigkeit
Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen entwickeln wir praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber sowie internationale Organisationen.

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz
Prognos AG
Henric Petri-Str. 9
4010 Basel | Schweiz
Telefon +41 61 3273-310
Telefax +41 61 3273-300

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen | Deutschland
Telefon +49 421 517046-510
Telefax +49 421 517046-528

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
40213 Düsseldorf | Deutschland
Telefon +49 211 91316-110
Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München | Deutschland
Telefon +49 89 9541586-710
Telefax +49 89 9541586-719

Weitere Standorte
Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Telefon +49 30 520059-210
Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel | Belgien
Telefon +32 28089-947

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 23
79100 Freiburg | Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Telefax +49 761 7661164-820

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart | Deutschland
Telefon +49 711 3209-610
Telefax +49 711 3209-609

Internet
info@prognos.com
www.prognos.com
twitter.com/prognos_ag

Studie im Rahmen der Ausschreibung: Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen

Bearbeitungszeitraum: März 2016 bis September 2017

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Referat 415
Finanzielle Angelegenheiten der Pflegeversicherung,Modellprogramme, Finanzhilfen
Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Auftragnehmer
Prognos AG
Projektleiter: Dr. Tobias Hackmann

Zitiervorschläge

Gesamtstudie
Hackmann, T., Huschik, G., Maetzel, J., Schmutz, S., Sulzer, L., Vollmer, J. (2018): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn.

Kapitel 3 (Los 1)
Huschik, G., Vollmer, J. (2018): Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG.

Kapitel 4 (Los 2)
Schmutz, S., Hackmann, T. (2018): Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG.

Kapitel 5 (Los 3)
Maetzel, J., Sulzer, L. (2018): Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG.

Inhalt

Executive Summary **1**

1 Hintergrund und Aufgabenstellung **22**
1.1 Relevanz der Fragestellung 22
1.2 Grundsätzliche Definition des Untersuchungsgegenstandes 24
1.3 Aufgabenstellung und Studienaufbau 26

2 Methodische Vorgehensweise **29**
2.1 Erfassung und Befragung von Anbietern zielgruppen-spezifischer Angebote 29
2.2 Systematische Literaturrecherche 35
2.3 Fachgespräche 42
2.4 Vor-Ort-Besuche bei ausgewählten Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote 46
2.5 Expertenworkshops 49

3 Los 1: Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund **53**
3.1 Einleitung 53
3.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes 55
3.3 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe 57
3.4 Handlungsempfehlungen 102
3.5 Literaturverzeichnis 107
3.6 Anhang 111

4 Los 2: Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben **125**
4.1 Einleitung 125
4.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes 127
4.3 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe 130
4.4 Handlungsempfehlungen 189
4.5 Literaturverzeichnis 196
4.6 Anhang 200

5 Los 3: Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit **211**
5.1 Einleitung 211
5.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes 212
5.3 Besondere Anforderungen an die Versorgung der Zielgruppe 220
5.4 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe 236
5.5 Handlungsempfehlungen 266
5.6 Literaturverzeichnis 274
5.7 Anhang 278

6 Vergleich der zentralen Studienergebnisse 288

Executive Summary

Hintergrund und methodisches Vorgehen

Im Rahmen der vorliegenden Studie wird die Vulnerabilität – im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten – von drei vulnerablen Gruppen älterer Pflegebedürftiger in den Blick genommen:[1]

- Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1)
- Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben (Los 2)
- Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit (Los 3)

Da das Risiko der Unter- oder Fehlversorgung im Bereich der Pflege bei den oben genannten vulnerablen Gruppen größer ist als im Bevölkerungsdurchschnitt, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein wissenschaftliches Gutachten zu den Versorgungsangeboten für diese Gruppen in Auftrag gegeben.

Die Studie ist im Bereich der Grundlagenforschung anzusiedeln und verfolgt die Zielsetzung, einen erstmaligen Überblick zu den Bedarfslagen und der Angebotslandschaft für die beschriebenen vulnerablen Gruppen zu generieren. Unter Anwendung unterschiedlicher methodischer Ansätze – (internationale) Literaturrecherchen, Online-Befragungen, Fachgesprächen, Vor-Ort-Besuchen – wurden mögliche spezifische Bedarfe der vulnerablen Gruppen erfasst und entsprechende Ansätze zur Deckung dieser spezifischen Bedarfe identifiziert und untersucht. In diesem Zusammenhang wurde auch untersucht, inwieweit die Bedarfslagen bzw. spezifischen Bedarfe der drei Gruppen in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft bereits gedeckt werden. Abschließend werden u. a. auf Basis der Ergebnisse der zielgruppenspezifischen Expertenworkshops konkrete Handlungsempfehlungen für die jeweilige Zielgruppe dargestellt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Studienergebnisse für die drei vulnerablen Gruppen dargestellt.

---

1 Die Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für jede der drei Zielgruppen in einem separaten Los ausgeschrieben. Entsprechend werden die Ergebnisse im vorliegenden Schlussbericht jeweils separat für jede der drei Zielgruppen ausgewiesen (siehe Kapitel 3 bis Kapitel 5). Im abschließenden Kapitel 6 werden die zentralen Studienergebnisse der drei vulnerablen Gruppen miteinander verglichen.

Los 1: Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund

Die Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Bereits im Jahr 2016 hatten rund 1,9 Mio. Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten, einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2032 werden schätzungsweise 3,6 Mio. Menschen einen Migrationshintergrund aufweisen.[2] Mit der zunehmenden Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird auch die Zahl der älteren Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund steigen – von schätzungsweise 168.000 Menschen im Jahr 2013 auf schätzungsweise 371.000 im Jahr 2030.[3]

Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund stellen teilweise spezifische Anforderungen an das Altenpflege- und Versorgungssystem. Dies zeigt sich u. a. daran, dass Teilgruppen als Nutzerinnen und Nutzer bestehender Regelangebote für pflegebedürftige Menschen unterrepräsentiert sind. Ursächlich hierfür können einerseits spezifische Barrieren sein, die ihnen den Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem erschweren. Andererseits kann auch der Mangel an Angeboten, die den spezifischen Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechen, dazu führen, dass pflegerische Angebote nicht in Anspruch genommen werden.

Zu den **Lebenslagen sowie Pflege- und Unterstützungsbedarfen** älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund können bisher keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden. Ursächlich hierfür ist der Mangel an Daten- und Wissensgrundlagen, die die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe hinreichend abbilden. Die Ergebnisse nichtrepräsentativer wissenschaftlicher Studien, im Rahmen derer die Pflege- und Unterstützungsbedarfe verschiedener Teilgruppen in bestimmten Regionen untersucht wurden, sowie die Ergebnisse der im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgten Expertenbefragung liefern allerdings diesbezügliche Anhaltspunkte. Diese legen nahe, dass es im Vergleich mit älteren Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund neben Gemeinsamkeiten auch Unterschiede gibt, die in einzelnen Teilgruppen der älteren pflegebedürftigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund unterschiedlich ausgeprägt sein können. Im Rahmen der Untersuchung werden ausgehend von diesen Anhaltspunkten mögliche **spezifische Bedarfe** der Zielgruppe sowie **mögliche Ansätze zur Deckung** der spezifischen Bedarfe identifiziert.

2 Eigene Berechnung auf Basis StBA (2017).

3 Vgl. FES (2015).

Ein offenbar vergleichsweise geringer Wissens- und Kenntnisstand zu den Themen Alter, Pflege und Gesundheit erschwert älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell den **Zugang zu Pflege- und Unterstützungsangeboten**. Demnach weisen diese einen tendenziell erhöhten Bedarf an Information, Aufklärung und Beratung auf. Entsprechende Angebote sollten dabei zugehend, mehrsprachig und kultursensibel gestaltet sein, da die Ansprache älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu diesen Themen aus verschiedenen Gründen teilweise erschwert und ihre Deutschkenntnisse teilweise gering sind. Bewährte Ansätze zur Deckung dieses Bedarfes sind insbesondere die persönliche Ansprache durch Vertrauenspersonen wie muttersprachliche Arzthelferinnen, die Einbeziehung bzw. Einstellung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz in der Pflegeberatung, die Durchführung von Beratungen im Lebensraum älterer Menschen mit Migrationshintergrund und der Auf- und Ausbau verbindlicher Kooperationen und Vernetzungsstrukturen unter den Institutionen, Einrichtungen und Diensten des Altenpflege- und Versorgungssystems einerseits und denen der Migrationsarbeit, des Gemeinwesens und des Gesundheitssystems andererseits.

Die **familiäre Pflege** ist in der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund gegenwärtig offenbar noch vergleichsweise weit verbreitet. Insbesondere ältere pflegende Angehörige können dabei besonderen Belastungen ausgesetzt sein. Dementsprechend weisen sie tendenziell einen erhöhten Bedarf an Unterstützung und Entlastung in pflegerischer und psychosozialer Hinsicht auf. Ein geeigneter Ansatz zur Deckung dieses Bedarfes besteht in der gezielten Vermittlung zwischen den pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten im Rahmen von kultursensiblen und bei Bedarf muttersprachlichen Einzelgesprächen. Darüber hinaus hat sich die Entwicklung von bedarfs- bzw. bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten wie etwa kultursensiblen und muttersprachlichen Betreuungsangeboten bewährt. Angesichts einer teilweise bestehenden Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller ambulanter Versorgungsangebote gibt es überdies einen erhöhten Bedarf an ambulanten Versorgungsangeboten. Zur Deckung dieses Bedarfes eignet sich ebenfalls die gezielte Vermittlung zwischen pflegenden Familien mit Migrationshintergrund und ambulanten Versorgungsangeboten sowie der Auf- und Ausbau von muttersprachlichen und kultursensiblen ambulanten Pflegediensten, Tagespflegeeinrichtungen und betreuten Wohngemeinschaften.

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund weisen oftmals **sprachliche Unterschiede** in Form eher geringer Deutschkenntnisse auf. Demnach besteht teilweise ein Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften. Geeignete Ansätze zur Deckung dieses Bedarfes sind die Einstellung und Ausbildung von (potenziellen) Fachkräften mit entsprechenden Sprachkompetenzen, der Auf- und

Ausbau der Sprachkompetenzen des bestehenden Personals sowie die Hinzuziehung von professionellen, kulturkompetenten Dolmetscherdiensten bei Bedarf.

Aufgrund spezifischer kultureller Prägungen können ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Anforderungen an das Altenpflege- und Versorgungssystem stellen. **Kulturell** geprägte Lebensgewohnheiten in den Bereichen Ernährung, Körperhygiene und Religionsausübung können einen spezifischen Bedarf an entsprechenden pflegerischen Angeboten bedingen. Daneben können kulturell geprägte Gesundheits- und Krankheitsverständnisse zu einem Bedarf an Fachkräften mit interkultureller Kompetenz führen. Zur Deckung des Bedarfes an kultursensibler Pflege ist ein Prozess der interkulturellen Organisationsentwicklung notwendig. Geeignete Maßnahmen sind zudem die Einstellung und Ausbildung von Menschen mit interkultureller Kompetenz sowie die Fort- und Weiterbildung des bestehenden Personals in interkultureller Kompetenz, die kultursensible Angebotsausgestaltung sowie mittelbar die Stärkung der Ausbildungsinhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Curricula der Pflegefachberufe.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kann auf Grundlage der Gespräche mit den verschiedenen Expertinnen und Experten eine grobe Einschätzung der aktuellen Lage hinsichtlich der **Bedarfsdeckung** der Zielgruppe abgegeben werden.[4] Die spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. die spezifischen Unterstützungs- und Entlastungsbedarfe der pflegenden Angehörigen werden demnach bisher lediglich punktuell gedeckt. Als tendenziell schlecht gedeckt gelten insbesondere der Bedarf an zugehender, muttersprachlicher und kultursensibler Information, Aufklärung und Beratung sowie der Bedarf an bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige. Ebenfalls als eher schlecht gedeckt gilt der Bedarf an muttersprachlichen und kultursensiblen pflegerischen Angeboten im stationären Bereich. Im ambulanten Pflegebereich ist der Bedarf hingegen offenbar insbesondere in Ballungsgebieten mit hohen Migrantenanteilen bereits vergleichsweise gut gedeckt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die spezifischen Bedarfe von Mitgliedern der großen Sprach- und Herkunftsgruppen besser gedeckt sind als diejenigen von Mitgliedern der kleinen Sprach- und Herkunftsgruppen.

4 Eine abschließende, quantitative Einschätzung dazu, inwiefern die identifizierten Bedarfe der Zielgruppe aktuell durch die bestehenden Angebote gedeckt sind, kann diese Untersuchung nicht liefern. Hierzu wäre eine vollständige Erfassung aller bestehenden Angebote (nicht nur der innovativen) bzw. die vollständige Erfassung der Zahl der Personen aus der Zielgruppe mit den entsprechenden spezifischen Bedarfen notwendig.

Aufbauend auf den Ergebnissen eines Expertenworkshops und den restlichen Studienergebnissen wurden **Handlungsempfehlungen** abgeleitet, die sich durch besondere Relevanz für die Verbesserung der Versorgungssituation von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund auszeichnen:

- Verbesserung des Zugangs von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zum Altenpflege- und Versorgungssystem

- Anreicherung des Altenpflege- und Versorgungssystems mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen

- Verstärkte interkulturelle Öffnung bestehender Regelangebote sowie Schaffung zusätzlicher kultursensibler Angebote

- Verbesserung der Daten- und Wissensbasis zum quantitativen und qualitativen Pflege- und Unterstützungsbedarf von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, einschließlich pendelnder Pflegebedürftiger

Überblick über die zentralen Bedarfslagen und spezifischen Bedarfe der Zielgruppe sowie mögliche Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe

Bedarfslagen	Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
1. Zugang zu Pflege- und Unterstützungsangeboten	Zugehende, mehrsprachige und kultursensible Information, Aufklärung und Beratung	▪ Erarbeitung von mehrsprachigen und kultursensiblen Informationen und Verbreitung über geeignete Kanäle ▪ Einstellung bzw. Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenzen in der Pflegeberatung ▪ Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz bestehender Beraterinnen und Berater ▪ Durchführung von Beratungen im Lebensraum von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowie bei Bedarf in der eigenen Häuslichkeit ▪ Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationen und Vernetzungsstrukturen
	Kultursensible und muttersprachliche Begutachtungen	▪ Einsatz von kulturkompetenten Dolmetscherdiensten ▪ Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
2. Unterstützung der familiären Pflege	Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen	▪ Vermittlung zwischen pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten ▪ Entwicklung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige ▪ Aufbau bedürfnisgerechter Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
	Ergänzende oder alternative professionelle ambulante Versorgungsangebote	▪ Vermittlung des kombinierten Pflegemodells aus familiärer und ambulanter professioneller Pflege an pflegende Familien ▪ Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger ambulanter Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen ▪ Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger betreuter Wohngemeinschaften
3. Berücksichtigung sprachlicher Unterschiede	Muttersprachliche Fachkräfte	▪ Einstellung und Ausbildung von Menschen mit entsprechenden Sprachkompetenzen sowie Auf- und Ausbau der Sprachkompetenzen des bestehenden Personals
	Professionelle kulturkompetente Dolmetscherdienste	▪ Schaffung der Möglichkeit, bei Bedarf kulturkompetente Dolmetscherdienste in Anspruch zu nehmen

4.	**Berücksichtigung kultureller Unterschiede**	Kultursensible Pflege	▪ Erleichterung der interkulturellen Öffnung ▪ Einstellung und Ausbildung von Menschen mit interkultureller Kompetenz sowie Fort- und Weiterbildung des bestehenden Personals in interkultureller Kompetenz ▪ Kultursensible Angebotsausgestaltung ▪ Stärkung der Ausbildungsinhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Curricula der Pflegefachberufe

Quelle: Prognos AG 2017

Los 2: Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben

Der Anteil alleinlebender Pflegebedürftiger in deutschen Privathaushalten an allen Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) deutlich angestiegen und lag 2016 bei 34 Prozent (1998: 22 %).[5] Bis 2050 ist aufgrund stagnierender Geburtenraten sowie weiterer Faktoren (u. a. Singularisierung der Gesellschaft, höhere Erwerbsquoten von Frauen) mit einem deutlichen Anstieg der alleinlebenden Pflegebedürftigen (ledig geblieben, verwitwet, geschieden) zu rechnen.[6] Das Armutsrisiko ist bei alleinlebenden älteren Menschen deutlich höher als bei älteren Paarhaushalten und auch als in der Gesamtbevölkerung. Dabei sind insbesondere alleinlebende ältere Frauen armutsgefährdet.[7]

Im Rahmen der Untersuchung der **Lebenslagen der Zielgruppe** wurde deutlich, dass die Zielgruppe besonders dann vulnerabel ist, wenn sie nicht nur alleine, sondern gleichzeitig auch isoliert lebt. Auch steigt die Vulnerabilität, wenn es der Zielgruppe neben finanziellen auch an sonstigen Ressourcen mangelt (z. B. Bildung, Gesundheit). Eine vollständige, quantitative Beschreibung der relevanten Zielgruppe ist auf Basis der vorliegenden Daten und Studien nur eingeschränkt möglich, da die Zielgruppe (so wie sie an dieser Stelle definiert ist) bisher nicht von der Wissenschaft in den Blick genommen wurde. Die vorhandenen Datenlücken könnten bei Bedarf im Rahmen einer repräsentativen Befragung der Zielgruppe geschlossen werden.

Im Rahmen der Untersuchung wurden ausgehend von den Lebenslagen der Zielgruppe mögliche **spezifische Bedarfe** der Zielgruppe sowie **mögliche Ansätze zur Deckung** der spezifischen Bedarfe identifiziert.

Als zentral für die Zielgruppe hat sich – auch im Rahmen der Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote – insbesondere der **Bedarf nach einer zielgruppenspezifischen Ausgestaltung von Beratungsangeboten** herauskristallisiert. Grundsätzlich sollte die Beratung der Zielgruppe immer ganzheitlich stattfinden, d. h. ein umfassendes Case und Care Management beinhalten, und von einer zentralen Ansprechperson durchgeführt werden. Ein internationales Beispiel aus der Praxis stellt hierbei der kommunale Care Manager in Japan dar, der jeden einzelnen Pflegebedürftigen auf Gemeindeebene im Pflegeprozess kontinuierlich begleitet. Bei der Ausgestaltung der Beratungsangebote sind weiteren Besonderheiten der Zielgruppe Rechnung zu tragen. Da die Zielgruppe nicht selten in ihrer Mobilität eingeschränkt ist

5 Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).
6 Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).
7 Vgl. Goeble und Grabka (2011).

bzw. aus Scham den Gang zur Beratungsstelle scheut, ist die Möglichkeit der Beratung in der eigenen Häuslichkeit, wie sie beispielsweise vom Seniorensozialdienst in Chemnitz angeboten wird (siehe Seite 171), sinnvoll. Um die Zielgruppe zu erreichen sind zudem zugehende bzw. proaktive Beratungsangebote wichtig. So ist beispielsweise das Beratungsangebot der Sozialen Informationsstelle in Bremerhaven direkt an zwei der dortigen Seniorentreffpunkte angesiedelt, sodass die Zielgruppe in ihrem vertrauten Umfeld angesprochen werden kann (siehe Seite 175).

Um trotz Pflegebedürftigkeit **in der eigenen Häuslichkeit verbleiben** zu können, spielen gerade für die Zielgruppe, die oft über keinerlei soziales Netz verfügt, professionelle **Pflege- und Unterstützungsangebote** eine wichtige Rolle. Hier ist insbesondere die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu nennen, an der ein adäquates Entlassmanagement greifen und im besten Falle eine Begleitung durch Ehrenamtliche in der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus stattfinden sollte. Ein Praxisbeispiel für eine solche ehrenamtliche Begleitung ist das Angebot „BesTe Genesung zu Hause“ des Vereins buefet e. V. in Kirchheim unter Teck, das Alleinlebende bis zu vier Wochen nach deren Entlassung kostenlos betreut (siehe Seite 141).

Auch die **Ermöglichung sozialer Teilhabe** ist aufgrund der Gefahr der Isolation eine der wichtigsten Bedarfslagen der Zielgruppe. Hier können beispielsweise Besuchsdienste durch Ehrenamtliche wie sie u. a. durch das Angebot „Der Kieler Senioren Lotse“ angeboten werden (siehe Seite 152 f.), ein möglicher Ansatz zur Ermöglichung sozialer Kontakte sein. Auch Treffpunkte im Quartier bzw. in der Kommune, an denen sie ihre Freizeit verbringen und soziale Kontakte pflegen kann, sind für die Zielgruppe wichtig. So bietet beispielsweise die Beratungsstelle für Senioren in Göppingen einen wöchentlichen Frühstückstreff mit einem bunten Unterhaltungsprogramm speziell für Personen aus der Zielgruppe an (Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“, siehe Seite 155).

Hinsichtlich des Bedarfes nach Ermöglichung sozialer Teilhaben existiert eine Schnittstelle zum ebenso zentralen Bedarf der Zielgruppe nach **Ermöglichung von Mobilität**. Hier ist insbesondere die Verfügbarkeit kostengünstiger Hol- und Bringdienste (inklusive einer Begleitung durch Ehrenamtliche) hilfreich, wie z. B. das Angebot „Begleitmobil“ des Vereins buefet e. V. in Kirchheim unter Teck (siehe Seite 154). Auch ein barrierefrei zugängliches Wohnumfeld kann die Mobilität der Zielgruppe verbessern.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kann auf Grundlage der Gespräche mit den unterschiedlichen Expertinnen und Expertinnen eine grobe Einschätzung der aktuellen Lage hinsichtlich der **Bedarfsdeckung** der Zielgruppe abgegeben werden:[8]

- Die pflegerische Grundversorgung der Zielgruppe ist durch die entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung zwar theoretisch gesichert. Die Zielgruppe hat jedoch aufgrund von Unwissen, Scham etc. Schwierigkeiten beim **Zugang** zum Versorgungssystem. Verfügbare Mittel aus der Pflegeversicherung werden von der Zielgruppe nach Einschätzung der Expertinnen und Experten insbesondere im ambulanten Bereich nicht ausreichend ausgeschöpft.

- Hinweise auf Versorgungslücken gibt es einerseits hinsichtlich der Verfügbarkeit von ambulanten Diensten und Angeboten gemeinschaftlichen Wohnens in ländlichen Gebieten. Andererseits sind insbesondere niedrigschwellige Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe der Zielgruppe noch zu selten Teil der Regelversorgung (keine Möglichkeit der Abrechnung über das SGB XI), sodass deren Finanzierung oftmals nicht lang fristig gesichert ist.

- Es gibt keine einheitlichen Standards bei der Durchführung der Beratung von Pflegebedürftigen. Ein Case und Care Management, das für die Zielgruppe besonders wichtig wäre, wird als Standardleistung zwar von den Pflegekassen angeboten, jedoch gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit und der Ausgestaltung dieser ganzheitlichen Beratungsangebote. Bestehende Beratungsangebote sind meist unzureichend miteinander vernetzt und können so die Bedarfe der Zielgruppe nur partiell abdecken. Auch die Pflegestützpunkte sind in einigen Regionen noch nicht so gut ausgebaut wie ursprünglich angedacht, sodass es der Zielgruppe teilweise an entsprechenden Anlaufstellen vor Ort mangelt.

Die im Rahmen des Expertenworkshops erarbeiteten **Handlungsempfehlungen** beziehen sich mehrheitlich auf die Verbesserung der Ausgestaltung der Informations- und Beratungsangebote für die Zielgruppe und zielen damit auf eine Verbesserung des Zuganges der Zielgruppe zum Versorgungssystem ab:

- Sicherstellung der verlässlichen Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs auf eine (ganzheitliche) Beratung in der eigenen Häuslichkeit (Case und Care Management)

8 Eine abschließende, quantitative Einschätzung dazu, inwiefern die identifizierten Bedarfe der Zielgruppe aktuell durch die bestehenden Angebote gedeckt sind, kann diese Untersuchung nicht liefern.

- Verknüpfung von Beratung und Vermittlung von niedrigschwelligen, ehrenamtlichen Angeboten

- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit (u. a. in den Print-Medien) zur Information der Betroffenen über bestehende (Beratungs-)Angebote

- Kompetente Beratung und Qualifizierung nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei bereits bestehenden zentralen Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkten) anschließen

- Sicherstellung eines adäquaten Entlassmanagements für die Zielgruppe nach einem Krankenhausaufenthalt (Überwindung der Schnittstellenproblematik)

Überblick über die zentralen Bedarfslagen und spezifischen Bedarfe der Zielgruppe sowie mögliche Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe

Bedarfslagen	Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
1. Professionelle Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit	Orientierung und Unterstützung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und eigener Häuslichkeit	▪ Adäquates Entlassmanagement durch den Krankenhaus-Sozialdienst und Begleitung durch Ehrenamtliche in der ersten Zeit nach der Entlassung
	Alternative Wohnformen im Wohnumfeld	▪ Mehr Angebote gemeinschaftlichen Wohnens schaffen, inklusive einer entsprechenden zentralen Anlaufstelle ▪ Nutzung sektorenübergreifender Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI ▪ Quartiersprojekte fördern, evaluieren und bei Erfolg auch weiterführen und finanzieren
	Professionelle pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung (vergleichsweise früh)	▪ Aufzeigen der Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung durch eine entsprechende Beratung
	Kostenlose bzw. kostengünstige Unterstützungsangeboten	▪ Individuelle und unbürokratische Lösungsfindung über Spenden bzw. eine Stiftung sowie Einsatz ehrenamtlicher Kräfte
2. Ermöglichung sozialer Teilhabe	Unterstützung im Alltag und beim Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe durch Ehrenamtliche sowie emotionale Unterstützung	▪ Ehrenamtliche Besuchsdienste, inklusive Qualifizierung und Begleitung der Ehrenamtlichen
	Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte	▪ Kostengünstige bzw. kostenlose Begleit- und Fahrdienste ▪ Treffpunkte im Quartier bzw. in der Kommune: Seniorentreffpunkte, kommunale Tageszentren, inklusive kostengünstige bzw. kostenlose Angebote
3. Zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Beratungs-angeboten	Informationen in einfacher und verständlicher Sprache, die über geeignete Informationskanäle vermittelt werden	▪ Gezielte Öffentlichkeitsarbeit (z. B. über Lokalzeitungen, TV-Werbung)/ Informationen übersichtlich und leicht verständlich aufbereiten
	Ganzheitliche Beratung (Case und Care Management) durch eine zentrale Ansprechperson	▪ Eine zentrale Ansprechperson für alle Pflegebedürftigen (der Zielgruppe), die diese ganzheitlich berät (Case und Care Management) ▪ Zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle (im Sinne einer Lotsenstelle) vor Ort ▪ Bundesweite Beratungshotline mit automatischer Weiterleitung an die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort

Bedarfslagen	Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
	Beratung in der eigenen Häuslichkeit	▪ Beratung in der eigenen Häuslichkeit als Standardleistung anbieten, inklusive der Entwicklung von einheitlichen Standards für diese Art der Beratung
	Zugehende Beratungsangebote, d. h. proaktives Ansprechen der Zielgruppe	▪ Präventive Hausbesuche ▪ Beratung an einem vertrauten Ort durchführen (z. B. Seniorentreffpunkt) anstatt in einer Behörde ▪ Ermutigung und Motivation der Zielgruppe, Hilfen tatsächlich in Anspruch zu nehmen ▪ Zusammenarbeit und Austausch mit Vertrauenspersonen der Zielgruppe
	Sensibilisierung des sozialen Umfelds für die Zielgruppe/ Vernetzung der relevanten Akteure	▪ Sensibilisierung möglicher Kontaktpersonen der Zielgruppe (z. B. Hausmeister, Ablesedienst, Hausärztin bzw. Hausarzt, medizinische Fachangestellte) ▪ Vermittlung von Wegweiser-Kompetenzen an das Personal in den Beratungsstellen, aber auch an sonstige mögliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Zielgruppe (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnnen und -therapeuten) ▪ Netzwerkveranstaltungen und Austausch der Akteure vor Ort
4. Ermöglichung von Mobilität	Barrierefreies Wohnumfeld	▪ Barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Räumen (u. a. Beratungsstellen), Haltestellen und Verkehrsmitteln/ adäquate, fußläufige Versorgungsinfrastruktur im Quartier (u. a. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen)
	Zugang zu Transportmitteln	▪ Kostenlose bzw. kostengünstige Hol- und Bringdiensten
	Vernetzung der relevanten Akteure vor Ort	▪ Regelmäßiger Austausch zwischen den relevanten Akteuren vor Ort

Quelle: Prognos AG 2017

Los 3: Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit

Die Datenlage zur zahlenmäßigen Größe und Entwicklung der Gruppe der älteren Menschen mit (geistiger) Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist in Deutschland schwierig. Ein wesentlicher Grund – unter weiteren – hierfür ist darin zu sehen, dass amtliche Statistiken wie die Schwerbehindertenstatistik, die Sozialhilfestatistik und die Pflegestatistik nicht beide Merkmale zugleich enthalten. Bevölkerungsrepräsentative Erhebungen und Studien mit eigenen – meist regional begrenzten – Primärerhebungen ermöglichen jedoch fundierte Schätzungen zur Zielgruppengröße:

- Die Zahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit insgesamt wird für das Jahr 2015 auf ca. 1,55 Mio. Menschen geschätzt. Von diesen sind ca. 1,17 Mio. 65 Jahre alt oder älter, bei einer Pflegequote von 27,8 Prozent.

- Werden nur Menschen mit einer lebensbegleitenden anerkannten Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit betrachtet, so ergeben die Schätzungen für das Jahr 2015 eine Zahl von maximal 61.000 Menschen, wenn die Behinderung bereits vor dem 18. Lebensjahr bestand. Fasst man den Begriff lebensbegleitend weiter auf und zählt auch noch Behinderungen dazu, die bis zum 35. Lebensjahr eingetreten sind, so erhöht sich die Anzahl auf maximal ca. 370.000 Personen.[9]

- Nach den Behinderungsarten geistige und psychische Behinderung differenziert, ergeben Schätzungen für das Jahr 2015 insgesamt rund 7.000 ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie 38.000 Menschen mit einer psychischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Bei der Interpretation dieser niedrigen Schätzungen ist zu beachten, dass es noch vergleichsweise wenige Menschen mit geistiger Behinderung über 65 Jahren gibt. Das wird sich Studien zufolge in den nächsten Jahren stark ändern und zu einem deutlichen Anstieg der Zielgruppengröße führen. Psychische Behinderungen weisen mit Abstand die stärksten Wachstumsraten auf, was ebenfalls zu einer sehr starken Zunahme der Zielgruppe führen wird.

9 Die Abschätzungen der Anzahl von Menschen mit lebensbegleitender Behinderung sind lediglich als Obergrenzen zu verstehen. Nähere Ausführungen zur Methode finden sich in Kapitel 5.2.2.

Um die heterogenen Lebenssituationen und den Unterstützungsbedarf älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit besser abbilden zu können, wird vor allem die Teilgruppe derjenigen mit lebensbegleitender Behinderung in den Blick genommen, darunter insbesondere diejenigen mit einer geistigen Behinderung.

Unterschiede zu älteren Menschen ohne Behinderung bzw. zu Menschen mit einer erst im Alter eingetretenen Behinderung zeigen sich in unterschiedlichen **Lebenslagen**. Zu den Unterschieden, die eine erhöhte Vulnerabilität begründen, gehören:

- Soziale Beziehungen – Das besondere Gewicht elterlicher informeller Unterstützung ist im Alter ein Risikofaktor. Soziale Beziehungen sind bei Umzügen gefährdet.

- Bildung, Arbeit und Einkommen – ältere Menschen mit (geistiger) Behinderung können zum weit überwiegenden Teil keinen Schulabschluss vorweisen und haben während ihres Erwerbslebens in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gearbeitet. Niedriges Einkommen, so gut wie kein Vermögensaufbau und geringe Rente sind die Folge. Die materielle Benachteiligung erschwert ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe im Alter.

- Wohnen – ältere Menschen mit (geistiger) Behinderung wohnen überwiegend in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in der eigenen Herkunftsfamilie. Ein bedeutender Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung wohnt in allgemeinen Pflegeeinrichtungen ohne zielgruppenspezifische Leistungen. Es besteht insgesamt das Risiko, dass die gleichzeitige Versorgung mit Leistungen der Pflege und Teilhabe nicht bedürfnisgerecht erfolgt.

- Gesundheit – Menschen mit (geistiger) Behinderung werden tendenziell deutlich früher altersbedingt pflegebedürftig und entwickeln sowohl frühzeitiger als auch häufiger eine demenzielle Erkrankung. Multimorbidität ist unter Menschen mit geistiger Behinderung besonders verbreitet.

- Biografie – Ein Leben in stationären Wohneinrichtungen, in der Herkunftsfamilie und in WfbM bietet nur geringe Möglichkeiten, Kompetenzen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung auszubilden.

Das Verständnis, wie Pflege- und Unterstützungsbedarfe für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ausgestaltet werden sollten, wird stark durch die **UN-Behindertenrechtskonvention** (UN-BRK) sowie durch **Prinzipien der Versorgung** geprägt, die in der Behindertenhilfe entwickelt wurden und dort Konsens sind:

- UN-BRK – Wichtige allgemeine Prinzipien sind u. a. die soziale Inklusion und die Selbstbestimmung. Unter den gewährleisteten wirtschaftlichen und sozialen Rechten werden die selbstbestimmte Wahl des Wohnortes und die Möglichkeiten zum selbstbestimmten Wohnen mit Blick auf ältere Menschen hervorgehoben. In Bezug auf die Gesundheit sollen einerseits allgemeine Gesundheitsleistungen inklusiv gestaltet und andererseits die behinderungsbedingt notwendigen Gesundheitsleistungen vorgehalten werden.

- Prinzipien der Versorgung – *Inklusion* bedeutet u. a., dass vorrangig allgemeine Leistungen inklusiv gestaltet und Sonderwelten vermieden werden sollen. *Selbstbestimmung* wertet die eigene Wahl des Wohnortes auf und schließt u. a. die Regiefunktion bezüglich der Hilfeleistungen ein. Sie umfasst auch die Partizipation von Behindertenverbänden bei der Gestaltung des Unterstützungssystems. *Personzentrierung* heißt, Leistungen entlang der Bedürfnisse der Leistungsberechtigten zu organisieren, unabhängig von sozialrechtlichen Zuständigkeiten. *Deinstitutionalisierung* vollzieht sich insbesondere durch die Auflösung großer Sondereinrichtungen, die Verringerung der Anzahl stationärer Einrichtungen und durch den parallelen Aufbau ambulanter Strukturen. *Sozialraumorientierung* verwirklicht sich durch zentrale Wohnlagen und nachbarschaftliche Einbindungen sowie durch die bewusste Erschließung von Ressourcen des Quartiers bzw. des Umfelds, um Selbstbestimmung und soziale Teilhabe zu fördern.

Orientiert an dem in der Eingliederungshilfe gebräuchlichen „Metzler-Verfahren“ zur Feststellung des Hilfebedarfes im Bereich des Wohnens[10] wurden vier zu behandelnde Bedarfsbereiche (Bedarfslagen) festgelegt. Zu jedem dieser Bedarfsbereiche wurden **spezifische Bedarfe** der Zielgruppe und **innovative Ansätze zu deren Deckung** beschrieben:

10 Das Verfahren ist auch unter der Abkürzung H.M.B.-W.-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Lebensbereich Wohnen) bekannt.

Individuelle Basisversorgung – Wohnen und Pflege: Ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit benötigen Wohnangebote, die Unterstützungsleistungen aufgrund von Behinderung und Pflegebedürftigkeit kombinieren. Als solche Ansätze wurden im Rahmen der Studie Seniorenwohngruppen in der Eingliederungshilfe, ambulante Pflegewohngruppen oder spezifisch auf Menschen mit Behinderung ausgerichtete Fachpflegeeinrichtungen nach SGB XI erfasst. Zudem muss Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe in den einzelnen Wohnformen vorgehalten werden. Dies kann über die Einstellung von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern oder über Schulungen zum Thema Pflege erfolgen. Spiegelbildlich müssen SGB XI-Einrichtungen und -Dienste Kompetenzen zum Thema Behinderung vorhalten.

Alltägliche Lebensführung – Begleitung und Betreuung: Gerade nach der Verrentung bzw. beim Übergang in den Ruhestand benötigen viele ältere Menschen eine Tagesbetreuung/ Tagespflege, die sich an den individuellen Pflege- und Unterstützungsbedarfen orientiert. Zu unterscheiden sind Angebote, die an stationär betreutes Wohnen angegliedert sind, und externe Angebote, die beispielsweise mit einem Fahrdienst zu erreichen sind. Letztere richten sich speziell an ältere Menschen mit Behinderung, die selbstständig bzw. in betreuten Wohngruppen leben. Um privat oder in betreuten Wohngruppen leben zu können, benötigen ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit häufig Unterstützung, damit sie den Alltag selbstständig meistern können (z. B. Haushaltshilfe, Bargeldverwaltung). Dies kann beispielsweise in Form einer Begleitung oder Assistenz erfolgen.

Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben: In der Eingliederungshilfe wird besonders die Bedeutung der sozialen Teilhabe betont, die gerade im Alter und bei Pflegebedürftigkeit oft besonderer Unterstützung bedarf. Hervorgehoben wird in diesem Bericht der Bedarf an inklusiven Angeboten sowie an Wohnangeboten, die in den Sozialraum eingebunden sind. Durch Kooperationen mit örtlichen Organisationen und Akteuren können hierfür innovative Ansätze entwickelt werden.

Förderung und Erhaltung der Gesundheit: Schwierigkeiten bei der Diagnose und Therapie von altersbedingten Erkrankungen von Menschen mit Behinderung begründen den Bedarf ärztlicher Kenntnis im Bereich Behinderung. Da diese Kompetenzen in Krankenhäusern häufig weniger verbreitet sind, bedarf es einer Begleitung bzw. eines Überleitungsmanagements, das u. a. die Kommunikation mit Ärzten und dem Gesundheitspersonal übernimmt. Zur Bedarfsdeckung können auch Kooperationen von Wohneinrichtungen mit qualifizierten Ärzten beitragen. Um die Gesundheit zu fördern und dadurch die Wahrscheinlichkeit von

Erkrankungen zu verringern, werden präventive und gesundheitsfördernde Angebote am Wohnort benötigt, beispielsweise regelmäßige Visiten in Wohnstätten der Eingliederungshilfe durch Pflegepersonal.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kann auf Grundlage der Gespräche mit den unterschiedlichen Expertinnen und Experten eine grobe Einschätzung der aktuellen Lage hinsichtlich der **Bedarfsdeckung** der Zielgruppe abgegeben werden.[11] Die Expertinnen und Experten, mit denen Fachgespräche geführt wurden, waren sich einig, dass die Angebote der Eingliederungshilfe aktuell noch nicht in ausreichendem Maß auf die Anforderungen älterer pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet seien. Auf der Seite der Altenpflege wiederum seien Menschen mit Behinderung eine noch wenig beachtete Randgruppe. Während des begleitend durchgeführten Expertenworkshops wurde deutlich, dass es an Wohnformen jenseits der stationären Pflege für Menschen mit Behinderung und einem hohen Pflegebedarf mangelt. Fast alle Expertinnen und Experten haben in den Fachgesprächen darauf hingewiesen, dass es in mehrfacher Hinsicht Versorgungsprobleme in der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit gibt. Hier bestehe u. a. großer Bedarf an präventiven Angeboten. Ebenso sei das Wissensdefizit von Ärztinnen und Ärzten bezüglich Behinderungen groß und die Kommunikation mit behinderten Patientinnen und Patienten sowie deren Betreuungskräften mangelhaft.

Auf den Ergebnissen des Berichts aufbauend wurden **Handlungsempfehlungen** abgeleitet, die sich durch besondere Relevanz für die Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie durch Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auszeichnen:

- Bedürfnisgerechte Strukturen für Wohnen mit Pflege und Betreuung schaffen.
- Ausbau ambulanter Pflegewohngruppen. Hier bedarf es u. a. der Beseitigung von Unsicherheiten bei rechtlichen Auslegungen und einer bewussten Förderung der Verbreitung.
- Pflegefachliche Aufwertung der Heilerziehungspflege und Ermöglichung ihrer Anerkennung als Pflegefachkraft.
- Stärkung eines umfassenden Hilfemixes. Durch eine Abstimmung der Leistungen können verbesserte Voraussetzungen für

11 Eine abschließende quantitative Einschätzung, inwiefern die identifizierten Bedarfe der Zielgruppe aktuell durch die bestehenden Angebote gedeckt sind, kann diese Untersuchung nicht liefern.

ein selbstständiges Leben und soziale Teilhabe geschaffen werden.

- Den Aufbau Medizinischer Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung weiterverfolgen und Angebote zur Prävention von Pflegebedürftigkeit für Menschen mit Behinderung einführen.

Überblick über die zentralen Bedarfslagen und spezifischen Bedarfe der Zielgruppe sowie mögliche Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe

Bedarfslagen	Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
1. Individuelle Basisversorgung – Wohnen und Pflege	Wohnangebote, die Unterstützungsleistungen aufgrund von Behinderung und Pflegebedürftigkeit kombinieren	▪ Seniorenwohngruppen in der Eingliederungshilfe ▪ Ambulante Pflegewohngruppen ausgerichtet auf Menschen mit Behinderung ▪ Stationäre Altenpflege ausgerichtet auf Menschen mit Behinderung ▪ Begleitung beim Übergang zwischen Einrichtungsarten
	Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe	▪ Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern ▪ Fortbildung/ Schulung pädagogischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Pflege ▪ Fortbildung/ Schulung pflegerischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Behinderung und Teilhabe ▪ Ambulanter Pflegedienst für Menschen mit Behinderung
2. Alltägliche Lebensführung – Begleitung und Betreuung	Begleitung und Assistenz	▪ Persönliche Assistenz
	Tagesbetreuung und Tagespflege, angepasst an Pflege- und Unterstützungsbedarf	▪ Tagesbetreuungsgruppen angegliedert an stationäres Wohnen ▪ Externe Tagesbetreuung – mit Fahrdienst oder angegliedert an betreute Wohngruppe ▪ Tagespflege
3. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben	Inklusive kulturelle und gesellschaftliche Angebote	▪ Angebote der Eingliederungshilfe, die sich an Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen richten
	Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum	▪ Einbindung von Wohngemeinschaften in zentraler Lage; Kooperationen mit örtlichen Organisationen wie Schulen, Kirchengemeinden und Vereinen
4. Förderung und Erhaltung der Gesundheit	Präventive/gesundheitsfördernde Angebote am Wohnort	▪ Regelmäßige Risikovisite in Wohnstätten durch Pflegepersonal
	Verfügbarkeit von ärztlicher Kenntnis von Behinderung	▪ Kooperation von Wohneinrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten
	Begleitung bei Krankenhausaufenthalten und Arztpraxisbesuchen	▪ Begleitung bei Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal ▪ Überleitungsmanagement

Quelle: Prognos AG 2017

Vergleich der zentralen Studienergebnisse

Bei der vergleichenden Betrachtung der Ergebnisse der drei Teilstudien lassen sich Handlungsfelder identifizieren, die einerseits wesentliche Problemlagen enthalten und andererseits Ansatzpunkte bieten, die Versorgungssituation der betrachteten vulnerablen Gruppen zu verbessern:

- In Folge der Nichterfassung der Zielgruppen in amtlichen Statistiken sowie ihrer Heterogenität gibt es aktuell keine vollständige Beschreibung der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe.

- Informations- und Wissensdefizite zum Pflege- und Unterstützungssystem erschweren den Zugang der Zielgruppen zu den Leistungen.

- Die Sicherstellung der räumlichen Nähe und die Einbindung von Vertrauenspersonen in professionelle Versorgungsleistungen sind von zentraler Bedeutung.

- Für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung ist die Sicherstellung der fachspezifischen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen essentiell.

- Von Bedeutung wäre zudem die Schaffung ausreichender Finanzierungsgrundlagen sowie die Beseitigung rechtlicher Einschränkungen.

1 Hintergrund und Aufgabenstellung

Im Folgenden soll der Hintergrund der Untersuchung sowie die zugrundeliegende Aufgabenstellung bei der Untersuchung des Pflege- und Unterstützungsbedarfes sogenannter vulnerabler Gruppen einleitend dargestellt werden.

1.1 Relevanz der Fragestellung

Vulnerabilität im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist, mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft.[12] Diese Gruppen sind von großer Bedeutung für eine Pflegepolitik, die darauf abzielt, die Ungleichheit bei den Zugangschancen im Hilfesystem zu minimieren und die besonderen Pflege- und Unterstützungsbedarfe dieser Menschen zu berücksichtigen. Damit kann die Pflegepolitik einen Beitrag für die Lebensqualität, für den Erhalt und die Förderung von Selbständigkeit und Autonomie dieser Gruppen leisten.

Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf dem Pflege- und Unterstützungsbedarf folgender Zielgruppen, die vom Auftraggeber in drei verschiedenen Losen ausgeschrieben worden sind:

- **Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1):** Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird sich in den nächsten Jahrzehnten mehr als verdoppeln. In den Ballungszentren wird zwar bereits heute ein breites Spektrum „kultursensibler“ Angebote vorgehalten. Dennoch gibt es unter den pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten auch Lebensverhältnisse, die ihnen den Zugang ins Hilfesystem erschweren (z. B. sprachliche Barrieren, mangelnde sozioökonomische Ressourcen), sodass erforderliche Leistungen nicht in Anspruch genommen werden können.

- **Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben (Los 2):** Die prekären ökonomischen Verhältnisse, in denen die Zielgruppe lebt, führen oft zu sozialer Benachteiligung und eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten. Kommt Pflegebedürftigkeit hinzu, verschlimmert sich die soziale Isolation noch weiter. Auch hier bergen die sozioökonomischen Verhältnisse die Gefahr, dass notwendige Hilfen nicht

12 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007).

in Anspruch genommen werden und die älteren Menschen vereinsamen.

- **Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit (Los 3):** Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung ist in den letzten Jahrzehnten erheblich gestiegen. Die Wohn- und Lebensräume von Menschen mit Behinderung, insbesondere auch von Menschen mit geistiger Behinderung, bieten viele Möglichkeiten der Lebensgestaltung und der Unterstützung. Tritt bei Menschen mit (geistiger) Behinderung eine Pflegebedürftigkeit ein, kann diese nicht umstandslos der Pflege chronisch Kranker oder der Altenpflege zugerechnet werden. Insofern müssen hier die bestehenden Versorgungsangebote der besonderen Bedarfslage älterer Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, angepasst werden, um eine Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden.

Die genannten vulnerablen Gruppen sind durch unterschiedliche gesellschaftliche Teilhabechancen, materielle Verhältnisse sowie Zugangschancen im Hilfesystem gekennzeichnet. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Pflegepolitik stellt sich die Frage nach innovativen Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Welche konkreten innovativen Angebote gibt es bereits für die genannten Zielgruppen? Welche Bedarfe werden durch die Angebote aufgegriffen, welche finden bislang noch wenig oder keine Berücksichtigung?

Das Risiko der Unter- oder Fehlversorgung im Bereich der Pflege ist bei den oben genannten vulnerablen Gruppen größer als im Bevölkerungsdurchschnitt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat vor diesem Hintergrund ein wissenschaftliches Gutachten zu den Versorgungsangeboten für diese Gruppen in Auftrag gegeben.

Die Zielsetzung der Untersuchung war es, einen Überblick zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen der drei vulnerablen Gruppen sowie zu Ansätzen bzw. innovativen Angeboten zu deren Deckung zu generieren. In diesem Zusammenhang wurde auch untersucht, inwieweit die bestehenden Angebote die Bedarfslagen der vulnerablen Gruppen bereits abdecken. Aufgrund des relativ niedrigen Erkenntnisstandes zu den oben genannten Fragestellungen ist die Studie im Bereich der Grundlagenforschung zu verorten. Sie hat nicht den Anspruch, abschließende Erkenntnisse zu generieren.

1.2 Grundsätzliche Definition des Untersuchungsgegenstandes

Im Folgenden werden der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie dargestellt und die zentralen Begrifflichkeiten definiert. Etwaige losspezifische Begrifflichkeiten werden jeweils bei der Darstellung der Ergebnisse für die unterschiedlichen Zielgruppen eingeführt (siehe Kapitel 3 bis 5).

Zielgruppe des Gutachtens sind ältere Menschen, die nach SGB XI pflegebedürftig sind. Es werden Pflegebedürftige aller Pflegestufen (0, I, II & III)[13] einschließlich Härtefälle berücksichtigt. Den Vorgaben des Auftraggebers entsprechend wurde dabei der Fokus auf 67-Jährige und ältere Menschen gelegt. In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde diese Altersgrenze jedoch im Rahmen der Untersuchung zielgruppenspezifisch nach unten angepasst. Eine detaillierte Definition der berücksichtigten Altersgrenzen für die drei Zielgruppen erfolgt in den entsprechenden losspezifischen Kapiteln 3 bis 5.

Das zentrale Ziel der Studie bestand darin, herauszuarbeiten, welche spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe die vulnerablen Gruppen aufweisen. Dabei wurde zwischen Bedarfslagen und spezifischen Bedarfen der drei Zielgruppen differenziert:

- Als Bedarfslagen werden im Folgenden die allgemeinen Umstände verstanden, die sich aus den typischen Lebenslagen der Zielgruppe ergeben. Ist die Zielgruppe beispielsweise aufgrund körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Mobilität eingeschränkt, besteht die allgemeine Bedarfslage in der Ermöglichung von Mobilität.

- Spezifische Bedarfe werden hingegen als konkretere, angebotsbezogene Ansprüche der Zielgruppe verstanden. Mit Blick auf die geschilderten Mobilitätseinschränkungen wäre dies beispielsweise der Zugang zu Transportmitteln.

13 Da die Untersuchung größtenteils vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes stattfand und die verwendeten Statistiken und Untersuchungen noch auf dem alten Pflegesystem basieren, wird an dieser Stelle noch nicht von Pflegegraden gesprochen.

Die Bestimmung der Bedarfslagen und spezifischen Bedarfe findet an der Schnittstelle zwischen der Zielgruppe und ihrer Umwelt statt und wird durch die jeweiligen Beeinträchtigungen sowie externe Ressourcen (z. B. Wohnsituation, soziales Umfeld, Konzeptualisierung der Pflege) und Ziele (z. B. Selbstständigkeit, Teilhabe) bestimmt.[14] Generell ergibt sich der Pflege- und Unterstützungsbedarf somit durch einen Beurteilungs- und Entscheidungsprozess, der durch die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen sowie durch „professionelle, kulturelle, gesellschaftliche und sozialrechtliche Normen und Werte“[15] definiert wird.[16]

Wird ein bestimmter zielgruppenspezifischer Bedarf nicht durch Angebote gedeckt, so stellt sich die Frage nach der Ursache hierfür. Im Rahmen der Untersuchung wurden konkrete Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe identifiziert. Im Falle des eben genannten Beispieles wäre dies etwa die Bereitstellung kostenloser bzw. kostengünstiger Hol- und Bringdienste.

Im Rahmen der Studie wurden Angebote berücksichtigt, die spezifische Pflege- und Unterstützungsleistungen für die oben definierte Zielgruppe anbieten. Die Mehrzahl der untersuchten Angebote hat jedoch nicht allein Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Pflegeversicherung bzw. nicht ausschließlich die jeweilige Zielgruppe im Fokus. Vielmehr richten sich die Angebote auch an Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen im Allgemeinen.[17]

Zudem wurden vorrangig innovative Angebote untersucht. Angebote wurden als innovativ definiert, wenn sie besondere, noch nicht ausreichend gedeckte Bedarfe der Zielgruppe adressieren oder dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren der Zielgruppe zum Versorgungssystem zu überwinden. Von Interesse waren Angebote, die sich bislang noch nicht in der Breite durchgesetzt haben.

14 Vgl. Hasseler und Görres (2005).

15 Hasseler und Görres (2005).

16 Vgl. ebd.

17 Über den erweiterten Fokus der Angebote auf Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen im Allgemeinen werden auch Leistungen untersucht, die jene Personen adressieren, die nicht nach dem gegenwärtigen, jedoch nach dem ab 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff pflegebedürftig sind.

Abbildung 1-1 veranschaulicht die Logik der Ableitung der losspezifischen Untersuchungsergebnisse ausgehend von den Lebenslagen der Zielgruppe über deren spezifischen Bedarfe bis hin zu den Ansätzen zur Deckung der spezifischen Bedarfe. Entsprechend dieser Logik werden die losspezifischen Ergebnisse in den Kapiteln 3 bis 5 dargestellt.

Abbildung 1-1: Logik der Ableitung der losspezifischen Untersuchungsergebnisse



Quelle: Prognos AG 2017

1.3 Aufgabenstellung und Studienaufbau

Im Rahmen der durch das BMG beauftragten Untersuchung standen in aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten (Modulen) folgende zielgruppenspezifischen Fragen und Inhalte im Fokus.

In Abbildung 1-2 sind die im Rahmen der Studie durchgeführten Module, die jeweils angewandten Instrumente sowie die Ergebnisse der einzelnen Module übersichtsweise dargestellt.

Abbildung 1-2: Übersicht über die Module und Instrumente

Modul	1	2	3	4
Instrumente	▪ Desktop-Recherche ▪ Schriftliche Abfrage bei Multiplikatoren (erste Befragung)	▪ Systematische Literaturrecherche ▪ Fachgespräche ▪ Online-Befragung der in Modul 1 erfassten Angebote	▪ Vor-Ort-Besuche bei besonders innovativen Angeboten ▪ Internationale Länderrecherche (Desktop-Recherche)	▪ Expertenworkshops (ein Workshop pro vulnerable Gruppe)
Ergebnisse	▪ Erfassung von innovativen Angeboten ▪ Typologisierung des Angebotsspektrums	▪ Identifizierung allgemeiner Bedarfslagen, spezifischer Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung	▪ Identifizierung von nationalen und internationalen Best-Practice-Beispielen	▪ Priorisierung der spezifischen Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung ▪ Entwicklung von Handlungsempfehlungen

Quelle: Prognos AG 2017

Modul 1 „Bestandsaufnahme“:

Basierend auf einer Desktop-Recherche wurden über eine schriftliche Abfrage bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Online-Fragebogen) innovative Angebote bzw. Ansätze zur Versorgung der jeweiligen Zielgruppe identifiziert. Auf Basis der Abfrageergebnisse wurde eine Typologisierung des Angebotsspektrums nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung vorgenommen.

Modul 2 „Bedarfslagen, spezifische Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung“[18]:

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche, von Fachgesprächen und einer schriftlichen Befragung[19] der in Modul 1 identifizierten innovativen Angebotsträger bzw. -initiatoren wurden die allgemeinen Bedarfslagen und die spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe der Zielgruppen herausgearbeitet.

Modul 3 „Identifikation von Best-Practice-Beispielen“:

Basierend auf der Typologisierung des Angebotsspektrums und der schriftlichen Befragung der Angebote wurden zunächst Kriterien zur Auswahl besonders innovativer Angebote entwickelt. Anschließend wurden Vor-Ort-Besuche bei diesen Angeboten durchgeführt. Zudem wurden im Rahmen einer zweiten Desktop-Recherche internationale Best-Practice-Beispiele in bis zu drei ausgewählten Ländern identifiziert.

Modul 4 „Identifikation von Handlungsempfehlungen zur fachgerechten Versorgung der Zielgruppe“:

Im Rahmen von drei losspezifischen Expertenworkshops wurden die bis dato identifizierten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und Ansätze zu deren Deckung diskutiert, ergänzt und priorisiert. Abschließend wurden von den anwesenden Expertinnen und Experten konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt.

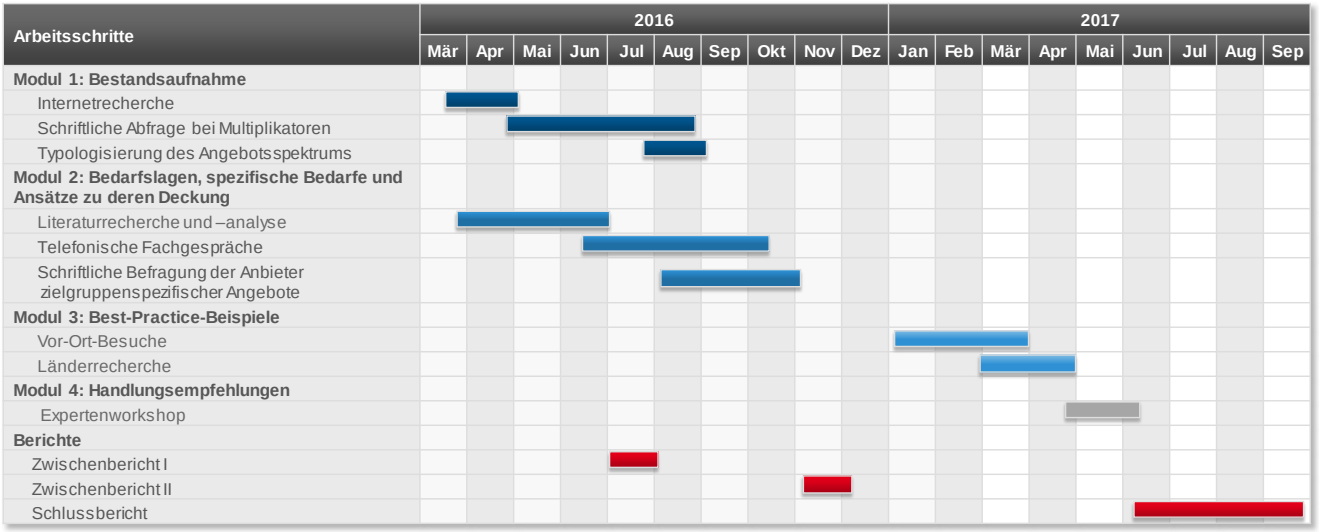
---

18 Ursprünglich hieß dieses Modul „Bedarfslagen und Zugangsbarrieren“. Im Rahmen der Untersuchung hat sich der Begriff der Zugangsbarriere jedoch als irreführend herausgestellt, da nicht nur Probleme beim Zugang zum Versorgungssystem, sondern auch weitere Probleme im Fokus der Untersuchung standen. Daher wird der Begriff der Zugangsbarriere hier und im Folgenden nicht mehr verwendet. Stattdessen wird allgemein von Problemen der Zielgruppe beim Zugang bzw. der Nutzung des Versorgungssystems gesprochen.

19 In diesem Zusammenhang wurde die in Modul 1 erstellte Typologisierung des Angebotsspektrums noch einmal überprüft und verfeinert.

Abbildung 1-3 gibt zudem einen Überblick darüber, in welchen Zeiträumen die einzelnen Module bearbeitet bzw. die jeweiligen Instrumente zum Einsatz gekommen sind. Die Untersuchung wurde im Zeitraum von März 2016 bis September 2017 durchgeführt.

Abbildung 1-3: Zeitlicher Projektverlauf



Quelle: Prognos AG 2017

In Kapitel 2 des vorliegenden Schlussberichtes wird die methodische Vorgehensweise beschrieben, wobei zwischen losübergreifenden und losspezifischen Beschreibungen unterschieden wird. Die losspezifischen Ergebnisse für die drei vulnerablen Zielgruppen werden in den folgenden Kapiteln 3 bis 5 jeweils separat und unabhängig voneinander dargestellt. In Kapitel 6 erfolgt ein Vergleich der zentralen Studienergebnisse für alle drei vulnerablen Gruppen.

2 Methodische Vorgehensweise

Insgesamt wurden im Rahmen des Projektes fünf verschiedene Instrumente angewandt:

1. Erfassung und Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote,

2. Systematische Literaturrecherche (national und international),

3. Fachgespräche (mit Expertinnen und Experten unterschiedlicher Disziplinen, u. a. Wissenschaft, Fachverbände, Leistungserbringer),

4. Vor-Ort-Besuche bei ausgewählten Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote,

5. Expertenworkshops (ein Workshop pro vulnerable Gruppe, mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen, u. a. auch den Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote).

Die Ergebnisse aller Instrumente sind in die losspezifischen Berichtsteile (Kapitel 3 bis 5) eingeflossen.

2.1 Erfassung und Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote

2.1.1 Losübergreifendes Vorgehen

2.1.1.1 Erste Online-Befragung (schriftliche Abfrage bei ausgewählten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren)

Im Rahmen einer Desktop-Recherche wurde zu Beginn des Projektes ein erster Überblick über die Versorgungslandschaft erarbeitet und darauf aufbauend eine Online-Abfrage entwickelt.

Die Rechercheergebnisse zur Versorgungslandschaft für die drei Zielgruppen legten auf Grund des hohen Maßes an Überschneidungen eine gemeinsame Abfrage für alle Lose nahe. Vor diesem Hintergrund wurden auch auf Basis des Überblickes der Versorgungslandschaft fünf inhaltliche Fokusthemen abgegrenzt, in

denen sich alle drei Zielgruppen der verschiedenen Lose wiederfinden können.[20] Die nachfolgende Tabelle 2-1 bietet eine kurze Übersicht zu den Inhalten der fünf Fokusthemen[21].

Tabelle 2-1: Fokusthemen der untersuchten Versorgungslandschaft

Fokusthemen	Inhalte
Fokus Pflege	Angebote mit Leistungen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft und Qualifizierung des Personals
Fokus Betreuung	Angebote mit alltagsunterstützenden Maßnahmen, z. B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung
Fokus Teilhabe	Angebote zur Teilhabe am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben und der Freizeitgestaltung
Fokus Wohnen	Angebote aus dem Bereich der neuen Wohnformen, mit baulichen Anpassungen sowie Maßnahmen im Wohnumfeld und Quartier
Fokus Beratung	u. a. mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote

Quelle: Prognos AG 2017

Die erste Online-Befragung fand mit dem Online-Befragungstool Lime Survey[22] im Zeitraum zwischen Anfang Juni und Anfang August 2016 statt.

In Abstimmung mit dem BMG wurde für die erste Online-Befragung ein losübergreifender Adressverteiler erstellt. Dieser umfasste die folgenden Organisationen:

- Landesministerien – Referate mit Zuständigkeit für Pflege
- Überörtliche Träger der Sozialhilfe in Trägerschaft der Länder/ kommunaler Trägerschaft
- Pflegekassen auf Bundes- und Länderebene
- Sozialämter und Pflegestützpunkte in Kreisen und Kommunen

20 Die fünf Fokusthemen wurden aus den verschiedenen Landespflegegesetzen abgeleitet. So legen beispielsweise die Bundesländer Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz), Bremen (Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz) und Hessen (Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz) den Fokus auf die ersten beiden Fokusthemen: Pflege und Betreuung. Neben der Pflege finden in den Titeln der Landespflegesetze der Bundesländer Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen die Themen Wohnen und Teilhabe entsprechenden Berücksichtigung. Die Desktop-Recherche legte weiterhin nahe, den Aspekt der Beratung als fünftes Fokusthema der Angebote aufzunehmen.

21 Diese Beschreibung wurde auch im Fragebogen der Abfrage bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verwendet.

22 Bei LimeSurvey handelt es sich um eine freie Online-Umfrage-Applikation (Open-Source-Software), welche die Prognos auch in anderen Projekten regelmäßig zur Durchführung von Online-Befragungen nutzt.

- Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundes- und Länderebene
- Sozial- und Selbsthilfeverbände auf Bundes-, Länder- und Kreisebene
- Berufs- und Arbeitgeberverbände auf Bundes- und Länderebene
- Stiftungen

In **Los 1** wurden zusätzlich noch Migrantenselbstorganisationen angeschrieben. Der ausführliche Adressverteiler befindet sich in Kapitel 1 des Methodenanhanges.

Das Anschreiben von Prognos (siehe Methodenanhang, Kapitel 3.1) wurde mit einem Empfehlungsschreiben des BMG (siehe Methodenanhang, Kapitel 2.1) und dem Fragebogen im Juni 2016 postalisch an über 1300 Akteure versandt. Zusätzlich erhielten die Adressaten eine E-Mail mit dem Link zur Abfrage sowie einem Anschreiben, einem Empfehlungsschreiben und dem Fragebogen im Anhang. Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden dazu aufgerufen, den Link zur Abfrage bzw. die relevanten Unterlagen an weitere Wissensträger weiterzuleiten.

Um die Sammlung der über die erste Befragung erfassten Angebote zu vergrößern, wurden zudem innovative Angebote aufgenommen, die im Rahmen der Desktop-Recherche, der Literaturrecherche (Modul 2) oder der Fachgespräche (Modul 2) erfasst wurden.

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde ein losübergreifender Fragebogen entwickelt (siehe Methodenanhang, Kapitel 3.2), in dem folgende Informationen abgefragt wurden:

- Allgemeine Informationen zum Angebot, zum Träger und zu den Ansprechpersonen,
- Inhaltliche Informationen zur Zielgruppe, zur Gestaltung und zum Fokus des Angebotes,
- Persönliche Kontaktdaten der an der Abfrage Teilnehmenden.

Im Rahmen der Online-Abfrage wurden die Teilnehmenden gebeten, ihr Angebot verschiedenen Leistungsbereichen (Pflege, Betreuung, Teilhabe, Wohnen, Beratung, Sonstiges) zuzuordnen. Der Hauptleistungsbereich bildete die Basis für die Typologisierung des Angebotsspektrums. Zusätzlich werden zentrale Merkmale der Angebote für die Typologisierung genutzt, z. B. Leistungsart (z. B. stationär/ teilstationär/ ambulant), Trägerstruktur (z. B. freie Wohlfahrtspflege/ privater Anbieter), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Anteil Ehrenamt) und Nutzerspezifität (z. B. Anteil der Zielgruppe unter den Nutzerinnen und Nutzern).

Die Typologien für die jeweiligen Lose wurden auf Basis der zweiten Online-Befragung noch einmal geprüft und bei Bedarf verfeinert. Die finalen Typologien sind im Anhang der losspezifischen Berichtskapitel 3 bis 5 zu finden.

2.1.1.2 Zweite Online-Befragung (Befragung der in Modul 1 erfassten Angebote)

Die in Modul 1 erfassten Angebote wurden im Rahmen einer zweiten Online-Befragung, die im Zeitraum von Ende August bis Ende September 2016 stattfand**,** noch einmal tiefergehender befragt. Um den Aufwand für die teilnehmenden Anbieter so gering wie möglich zu halten, wurde für jedes Los sowohl eine kurze als auch eine lange Fragebogenversion erarbeitet. Angebotsträger, die selbst an der ersten Befragung teilgenommen hatten, erhielten den reduzierten Fragebogen, um die bereits erfassten Strukturdaten nicht doppelt abzufragen. Der lange (umfassende) Fragebogen wurde an Anbieter geschickt, die in der ersten Abfrage von einer Multiplikatorin bzw. einem Multiplikator als innovatives Angebot benannt worden waren, jedoch nicht selbst an der ersten Abfrage teilgenommen hatten, sowie an Anbieter, die im Rahmen der zusätzlichen Angebotssammlung erfasst wurden.

Nach einem Pretest der Fragebögen, bei dem der Fragebogen von ausgewählten Anbietern auf Verständlichkeit und Vollständigkeit geprüft wurde, wurde die zweite Online-Befragung am 23. August 2016 gestartet und am 24. Oktober 2016 final geschlossen.

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurden für die zweite Online-Befragung losspezifische Fragebögen entwickelt (siehe Methodenanhang, Kapitel 4.2 bis 4.4), mit denen die folgenden Informationen abgefragt wurden:

- Strukturdaten zur Verbreitung des Angebotes, zur Einordnung in die Regelversorgung, den Mitarbeitenden und Nutzerinnen und Nutzern,
- Inhaltliche Informationen zur Bedarfsdeckung durch das jeweilige Angebot,
- Inhaltliche Informationen zu den Zugangsbarrieren und deren Überwindung durch das jeweilige Angebot.

Nach Abschluss der zweiten Online-Befragung wurden die Ergebnisse systematisch gesichtet, bereinigt und in eine Datenbank überführt. In Tabelle 2-2 sind ausgewählte Merkmale der erfassten Angebote nach Zielgruppe dargestellt. Es wurden mehrheitlich regional verbreitete Angebote erfasst. Die für die Zielgruppen erfassten Angebote sind zudem überwiegend in städtischen Gebieten verortet.

Auf die sonstigen Charakteristika bzw. Besonderheiten der Angebote wird in den losspezifischen Kapiteln eingegangen (siehe Kapitel 3 bis 5).

Tabelle 2-2: Ausgewählte Merkmale der im Rahmen der Online-Befragung erfassten Angebote (Anteile in %)

Merkmale	Zielgruppen		
	Los 1	Los 2	Los 3
Einzelangebote	29	10	23
Regional verbreitete Angebote	50	78	62
Überregionale verbreitete Angebote	21	12	15
Insgesamt	*100*	*100*	*100*
Angebote aus Landgemeinden	-	2	6
Angebote aus Kleinstädten	3	12	23
Angebote aus Mittelstädten	18	42	27
Angebote aus Großstädten	79	44	44
Insgesamt	*100*	*100*	*100*

Quelle: Prognos AG 2017

2.1.2 Losspezifisches Vorgehen

2.1.2.1 Vorgehen in Los 1

Für Los 1 wurden im Rahmen der **ersten Online-Befragung** über den Online-Fragebogen sowie über handschriftlich ausgefüllte Fragebögen insgesamt 29 Angebote erfasst. Um die Sammlung der erfassten Angebote zu vergrößern, wurden in den Verteiler für die zweite Online-Befragung (Modul 2) zudem innovative Angebote aufgenommen, die im Rahmen der Desktop-Recherche (Modul 1), der systematischen Literaturrecherche (Modul 2) und der Fachgespräche (Modul 2) erfasst wurden. Durch diese zusätzliche Erhebung wurden weitere 53 Angebote ermittelt. Bei der Bestandsaufnahme (erste Online-Befragung und zusätzliche Angebotssammlung) wurden somit insgesamt 82 Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote ermittelt, die anschließend im Rahmen der zweiten Online-Befragung noch einmal ausführlicher befragt wurden.

An der **zweiten Online-Befragung** nahmen insgesamt 25 der 82 angeschriebenen Anbieter teil (Rücklaufquote von 30 %). Unvollständige Fragebögen sowie Doppelungen wurden entfernt.

2.1.2.2 Vorgehen in Los 2

In Los 2 wurden im Rahmen der **ersten Online-Befragung** über den ersten Online-Fragebogen sowie über handschriftlich ausgefüllte Fragebögen 78 Angebote erfasst. Einige Institutionen übermittelten zudem eine Fehlanzeige (d. h. es liegen keine Angebote vor/ es sind keine entsprechenden Angebote bekannt). Durch eine zusätzliche Erhebung, u. a. über die Fachgespräche (Modul 2), wurden 26 weitere Angebote ermittelt. Bei der Bestandsaufnahme (erste Online-Befragung und zusätzliche Angebotssammlung) wurden somit insgesamt 104 Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote ermittelt, die anschließend im Rahmen der zweiten Online-Befragung noch einmal ausführlicher befragt wurden.

An der **zweiten Online-Befragung** nahmen insgesamt 49 der 104 angeschriebenen Anbieter teil (Rücklaufquote von 47 %), wobei unvollständige Fragebögen sowie Dopplungen entfernt wurden.

2.1.2.3 Vorgehen in Los 3

Für Los 3 wurden im Rahmen der **ersten Online-Befragung** über den Online-Fragebogen sowie über handschriftlich ausgefüllte Fragebögen 73 Angebote erfasst. Einige Institutionen übermittelten zudem eine Fehlanzeige (d. h. es liegen keine Angebote vor/ es sind keine entsprechenden Angebote bekannt). Um die Sammlung der über die erste Online-Befragung erfassten Angebote zu vergrößern, wurden in den Verteiler für die zweite Online-Befragung zudem innovative Angebote aufgenommen, die im Rahmen der Desktop-Recherche (Modul 1), der Literaturrecherche (Modul 2) oder der Fachgespräche (Modul 2) erfasst wurden. Durch diese zusätzliche Erhebung wurden für Los 3 fünf weitere Angebote ermittelt. Bei der Bestandsaufnahme (erste Online-Befragung und zusätzliche Angebotssammlung) wurden somit insgesamt 78 Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote ermittelt, die anschließend im Rahmen der zweiten Online-Befragung noch einmal ausführlicher befragt wurden.

An der **zweiten Online-Befragung** nahmen insgesamt 48 der 78 angeschriebenen Anbieter teil (Rücklaufquote von 66 %), wobei unvollständige Fragebögen sowie Dopplungen entfernt wurden.

2.2 Systematische Literaturrecherche

2.2.1 Losübergreifendes Vorgehen

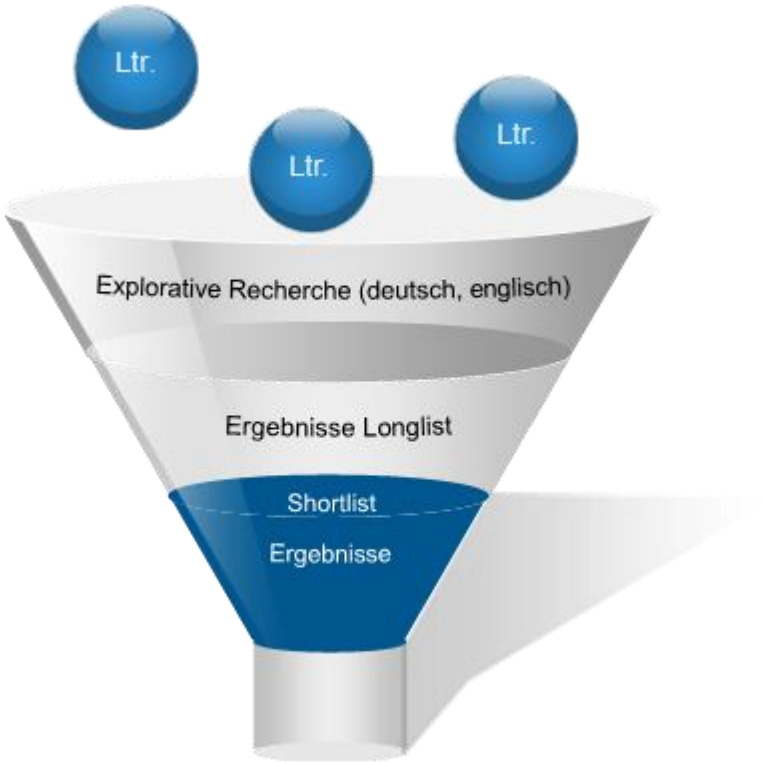
2.2.1.1 Allgemeine Literaturrecherche

Nach der Bestandsaufnahme in Modul 1 erfolgte in Modul 2 die Ermittlung der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe der vulnerablen Gruppen sowie möglicher Ansätze zu deren Deckung. Dazu wurde im Zeitraum von März bis Juni 2016 eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Im ersten Schritt wurden mittels Internetrecherchen relevante Publikationen gesucht. Neben dieser explorativen Recherche wurden einschlägige Fachpublikationen auf verwendete bzw. zitierte zielgruppenspezifische Literatur hin ausgewertet. Zudem wurden Literaturvorschläge der im Rahmen der Fachgespräche befragten Expertinnen und Experten geprüft und ggf. mit aufgenommen. Im zweiten Schritt der Recherche wurden die Veröffentlichungen der im ersten Schritt identifizierten herausgebenden Institutionen und Autoren auf weitere relevante Publikationen durchsucht. Im abschließenden dritten Schritt erfolgte eine Prüfung zitierender Literatur sowie eine Prüfung der in den Publikationen angegebenen Quellen.

Zur Strukturierung und Priorisierung der erfassten Publikationen wurde sowohl eine umfassende Longlist als auch eine Shortlist mit den Kernstudien erstellt, die in Bezug auf eine überregionale Aussagekraft und einen hohen wissenschaftlichen Standard besonders relevant sind. Bei der Auswertung der Publikationen wurden die Ergebnisse der Kernstudien (Shortlist) punktuell um Ergebnisse aus relevanten Studien der Longlist ergänzt (Abbildung 2-1).

Abbildung 2-1: Methodisches Vorgehen bei der systematischen Literaturrecherche



Quelle: Prognos AG 2017

2.2.1.2 Internationale Literaturrecherche

Eine weitere Literaturrecherche erfolgte von April bis Mai 2017 in Modul 3 im Rahmen der Identifizierung von Best-Practice-Ansätzen. Um neben Best-Practice-Beispielen aus Deutschland auch internationale Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe zu identifizieren, wurde eine internationale Literaturrecherche (Desktop-Recherche) durchgeführt.

Nach einer Internetrecherche, bei der Informationen über mögliche Länder gesammelt wurden, wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber eine Fokussierung auf bis zu drei Länder vorgenommen.

Welche Länder jeweils für die drei vulnerablen Gruppen betrachtet wurden, ist in Kapitel 2.2.2.2 dargestellt.

Im Rahmen der internationalen Länderrecherchen wurde in einer Desktop-Recherche mittels ausgewählter Suchbegriffe explorativ nach relevanten Angeboten und Ansätzen recherchiert. Ausschlaggebende Kriterien waren ein eindeutiger Zielgruppenbezug sowie das Vorliegen interessanter und innovativer Ansätze.

Bei der Desktop-Recherche wurden ähnliche Suchbegriffe (bzw. deren englische Übersetzung) wie bei der systematischen Literaturrecherche verwendet. Außerdem wurde auch konkret nach Ansätzen zur Deckung der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe gesucht, die bereits im Rahmen der Untersuchung von den befragten Expertinnen und Experten genannt worden waren (z. B. präventive Hausbesuche in Dänemark in Los 2).

2.2.2 Losspezifisches Vorgehen

2.2.2.1 Losspezifische Shortlists (zentrale Publikationen aus der systematischen Literaturrecherche)

Wie in Kapitel 2.2.1.1 beschrieben wurde bei der systematischen Literaturrecherche pro Los eine „Shortlist“ mit den zentralen Publikationen für die Zielgruppe erstellt.

Bei den in die „Shortlist“ von **Los 1** aufgenommenen Publikationen handelt es sich um folgende Studien (in alphabetischer Reihenfolge):[23]

- Anderson, P. (2008): Ein bisschen dort, ein bisschen hier. Konsequenzen aus der Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. München: Sozialreferat der LHS München.

- FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2015): Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

[23] Darüber hinaus wurden punktuell weitere Studien hinzugezogen.

- Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Butenuth-Thör, S. (2009): Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner, T., Gansweid, B., Gerber, H., Schwegler, F., Mittelstaedt v., G. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: Walter de Gruyter.

- Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

- Okken, P.-K., Spallek, J., Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 369-422.

- Schenk, L. (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

- Tezcan-Güntekin, H., Breckenkamp, J., Razum, O. (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH.

- TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. München.

Bei den in **Los 2** in die „Shortlist“ aufgenommenen zentralen Publikationen handelt es sich im Einzelnen um folgende Studien (in alphabetischer Reihenfolge):

- Adolph, H., Ulrich, H. (2015): Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit – fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit. Informationsdienst Altersfragen, 42(5), 21–25.

- Falk, K., Heusinger, J., Kammerer, K., Khan-Zvornicanin, M., Kümpers, S., Zander, M. (2011): Arm, alt, pflegebedürftig: Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin

- Naumann. D. (ZQP), Schulze, E., Geyer, J. und Korfhage, T. (DIW) (2013): Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf. Evaluation - Berichterstattung Pflegequalität. Abschlussbericht.

- Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ. München.

- TNS Infratest Sozialforschung, Universität Bremen (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. München.

Bei den in die „Shortlist“ von **Los 3** aufgenommenen Publikationen handelt es sich im Einzelnen um folgende Studien (in alphabetischer Reihenfolge):

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (2013): Orientierungshilfe der BAGüS. Menschen mit Behinderung im Alter.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigungen – Behinderung.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigungen – Behinderung.

- Dieckmann, F. et al. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Katholische Hochschule NRW.

- Dieckmann, F., Metzler, H. (2013): Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. KVJS-Forschungsvorhaben.

- Rothgang, H., Sauer, S. (2013): Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. ZeS Universität Bremen.

- Schäper, S. et al. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Katholische Hochschule NRW.

- Thimm, A. et al. (2017): Wohnsituation Erwachsender mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Modelle für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter innovativ gestalten“ (MUTIG).

- Tiesmeyer, K. (2015): Unterstützung von älteren Menschen mit Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf: Wissenschaftliche Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft 20 (3).

2.2.2.2 Ausgewählte Länder (internationale Länderrecherche)

Die Länderauswahl für die internationale Literaturrecherche wurde auf Basis einer Internetrecherche in Abstimmung mit dem Auftraggeber vorgenommen.

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1)** war die einhellige Einschätzung der in den Fachgesprächen befragten Expertinnen und Experten, die Angaben aus internationaler Perspektive auf die vorliegende Studie machten, dass es keine Länder gibt, die eine eindeutige Vorreiterrolle einnehmen. Eine zusätzlich kontaktierte Expertin der Health and Care Unit des European Centre for Social Welfare Policy and Research sowie ein Experte der Universität Lugano, der u. a. die Studie „Elderly Migrants in Europe: An Overview of Trends, Policies and Practice“ im Auftrag des European Committee on Migration of the Council of Europe verfasst hat, bestätigten diese Einschätzungen. Allerdings wurden international mehrere innovative Best-Practice-Ansätze bzw. Einzelangebote identifiziert und im Rahmen der Studie berücksichtigt. Entsprechend wurden Ansätze bzw. Angebote aus folgenden Ländern betrachtet:

- **Niederlande:** Der Umfang staatlicher Unterstützung und Pflege in den Niederlanden ist ähnlich groß wie in Deutschland. Die Zielgruppe und ihr Zugang zu diesen Angeboten

erfährt seit Jahren besondere Aufmerksamkeit. Diesbezügliche Projekte werden teilweise landesweit umgesetzt und es wurden zudem verschiedene zielgruppenspezifische Ansätze bzw. Angebote entwickelt.

- **Kanada:** Als typisches Einwanderungsland erkannte Kanada frühzeitig u. a. den Bedarf an professionalisierten Dolmetscherdiensten im Gesundheitswesen. Kanada verfügt damit über langjährige Erfahrungen im Einsatz von Dolmetscherdiensten – auch per Video- und Audioübertragung.

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die alleine leben (Los 2)** fiel die Wahl auf die folgenden drei Länder.

- **Schweden:** Der kommunale Zugang und die individuelle Leistungszuteilung in Schweden kommt der Deckung der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe entgegen. Bring- und Fahrdienste sind dort ein zentrales Instrument, um die Mobilität und Teilhabe der Zielgruppe zu erhöhen. Zudem gibt es sogenannte Tageszentren als Treffpunkte.

- **Dänemark:** Die auch von vielen befragten Expertinnen und Experten genannten präventiven Hausbesuche werden in Dänemark u. a. als Ansatz genutzt, um den Zugang der Zielgruppe zum Leistungssystem zu gewährleisten. Ebenso wie in Schweden liegt die Verantwortung für die Pflegeleistungen bei den Kommunen.

- **Japan:** Da das japanische Pflegesystem nach dem Vorbild Deutschlands errichtet worden ist, ist ein Vergleich besonders interessant. Ein zentraler zielgruppenspezifischer Ansatz in Japan ist der sogenannte kommunale Pflegemanager, eine zentrale Ansprechperson für alle Pflegebedürftigen, die ein umfassendes Case und Care Management durchführt und die Pflegebedürftigen durch den Pflegeprozess begleitet.

Für die Zielgruppe der **älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit** konnte kein Land identifiziert werden, das eine eindeutige Vorreiterrolle in Bezug auf spezifische Angebote zur Pflege- und Unterstützung der Zielgruppe einnimmt. Neben einzelnen Best-Practice-Ansätzen wurden internationale Trends in der Behindertenpolitik und der Ausgestaltung von Angeboten aufgenommen. Im Fokus standen die folgenden Länder:

- **Großbritannien:** Anders als in Deutschland handelt es sich bei Großbritannien um ein steuerfinanziertes Pflegesystem. Hier konnten Ansätze zum Überleitungsmanagement bei Krankenhausaufenthalten identifiziert werden.

- **Niederlande:** Wie in Deutschland wird das Pflegesystem in den Niederlanden über die Sozialversicherung finanziert. Ein Projekt zur Stärkung einer wohnortnahen individuellen Versorgung pflegebedürftiger Menschen macht ambulante Wohnformen auch für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit attraktiv.

- **Schweden:** Sowohl in der Pflege- als auch in der Behindertenpolitik fallen in Schweden viele Aufgaben in den kommunalen Aufgabenbereich. Gerade in der Umsetzung internationaler „Versorgungstrends“ (z. B. Deinstitutionalisierung oder Community Care) wurden in Schweden bereits zahlreiche Maßnahmen ergriffen.

2.3 Fachgespräche

2.3.1 Losübergreifendes Vorgehen

Im Zeitraum von Juli bis September 2016 wurden zielgruppenspezifische Fachgespräche mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen (z. B. Wissenschaft, Leistungserbringer, Selbstorganisationen und Fachverbände) durchgeführt. Im Rahmen der etwa einstündigen telefonischen Gespräche wurden die Expertinnen und Experten zu ihrer Einschätzung zu den Pflege- und Unterstützungsbedarfen der jeweiligen Zielgruppe befragt. Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Die Listen mit den Gesprächspartnerinnen und -partner finden sich im folgenden Kapitel 2.3.2.

Zur Vorabinformation erhielten die Gesprächspartnerinnen und -partner neben Informationen zum Projekt und dem Empfehlungsschreiben des BMG eine Kurzzusammenfassung der auf Basis der Literaturrecherche ermittelten Erkenntnisse zu den Bedarfslagen, Bedarfen und Zugangsbarrieren für die jeweilige vulnerable Zielgruppe sowie einen Gesprächsleitfaden (siehe Methodenanhang Kapitel 5).

Im Rahmen der Fachgespräche wurden die bisherigen Zwischenergebnisse des Projektes, die vorrangig auf den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche basierten, diskutiert und ggf. ergänzt. Zudem wurden die Fachgesprächspartnerinnen und -partner nach konkreten Ansätzen zur Deckung der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe sowie etwaigen Handlungsempfehlungen gefragt.

2.3.2 Losspezifisches Vorgehen

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1)**, wurden insgesamt 14 Fachgespräche geführt. Hierfür konnten die folgenden Expertinnen und Experten gewonnen werden (Tabelle 2-3).

Tabelle 2-3: Fachgesprächspartnerinnen und -partner (Los 1)

Institution	Name	Position
Arbeitgeberverband Pflege e. V.	Friedhelm Fiedler	Vizepräsident
AWO Bundesverband e. V.	Wolfgang Barth	Leiter der Abteilung Migration und interkulturelle Öffnung
Caritasverband Frankfurt e. V.	Gabriella Zanier	Präventive Altenhilfe
Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Sergio Cortés-Núnez	Referent für Migrationssozialarbeit
Deutscher Pflegerat e. V.	Ulrike Döring	Ehem. Ratsmitglied
Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.	Ahmet Kimil	Stellvertretender Geschäftsführer
GKV-Spitzenverband	Dr. Eckart Schnabel	Leiter der Forschungsstelle Pflegeversicherung
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg	Dr. Corinna Petersen-Ewert	Professorin für Gesundheits- und Sozialwissenschaften
Hochschule Niederrhein	Dr. Claudia Kaiser	Professorin für Gerontologie
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund	Dr. Elke Olbermann	Wissenschaftliche Geschäftsführerin
Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe	Sarina Strumpen	Stellvertretende Leiterin
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.	Marcus Wächter	Fachreferent für Migration und Gesundheit
Türkische Gemeinde Baden-Württemberg e. V.	Oya Poyraz	Vorstandsmitglied
Universität Bielefeld	Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Quelle: Prognos AG 2017

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die alleine leben (Los 2)**, wurden insgesamt 15 Fachgespräche geführt. Hierfür konnten die folgenden Expertinnen und Experten gewonnen werden (Tabelle 2-4).

Tabelle 2-4: Fachgesprächspartnerinnen und -partner (Los 2)

Institution	Name	Position
AWO Schleswig-Holstein	Anke Buhl	Referentin für Alten- und Pflegepolitik
BAGSO	Dr. Lena Dorin	Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg	Eckhard Cappell	Leiter des Referats Pflegerische Versorgungsstruktur
BIVA - Interessenvertretung bei Pflege und Betreuung	Ulrike Kempchen	Rechtsanwältin und Leiterin des rechtlichen Bereichs bei der BIVA
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See (Pflegeversicherung)	Dr. Christina Schulte	Dezernentin, Regierungsdirektorin und Leiterin des Bereichs Pflegeversicherung
Deutscher Landkreistag	Dr. Irene Vorholz	Beigeordnete Dezernat IV
Deutscher Verein	Jana Henneberger	Volljuristin, Wissenschaftliche Referentin für Pflege, Pflegeversicherung und pflegerische Versorgung
Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport	Heike Ulrich	Mitarbeiterin im Referat "Ältere Menschen" in der Abteilung "Soziales" der Hansestadt Bremen
Hochschule Darmstadt	Prof. Dr. phil. Dörte Naumann	Soziologin und promovierte Gerontologin
Hochschule Magdeburg-Stendal	Prof. Dr. phil. Josefine Heusinger	Dipl. Soziologin, Case Managerin und ausgebildete Krankenschwester, Professorin für Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Generationen-beziehungen und Lebenslauf
HS Osnabrück Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	Prof. Dr. Andreas Büscher	Professor für Pflegewissenschaft, Wissenschaftlicher Leiter
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen	Andreas Burkert	Gruppenleiter in der Abteilung "Pflege, Alter und demografische Entwicklung"
Sozialdienste Landesverband Berlin; Paritätischer Wohlfahrtsverband; Volkssolidarität	Uwe Mahrla	Geschäftsführer; Ehrenamtliche Tätigkeit; Mitglied
Sozialverband VdK	Olaf Christen	Fachreferent für Pflege, Wohnen im Alter und AAL

TNS Infratest	Ulrich Schneekloth	Ansprechpartner Forschungsfeld Hilfe- und Pflegebedarf
vdek, Landesvertretung Baden-Württemberg	Joachim Müller	Referatsleiter im Bereich Pflege

Quelle: Prognos AG 2017

Für die Zielgruppe der **älteren Menschen mit (geistiger) Behinderung und Pflegebedürftigkeit** wurden 15 Fachgespräche geführt. Hierfür konnten die folgenden Fachgesprächspartner gewonnen werden (Tabelle 2-5).

Tabelle 2-5: Fachgesprächspartnerinnen und -partner (Los 3)

Institution	Name	Position
AOK Bundesverband	Yvonne Ehmen	Referentin Abteilung Pflege
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	Claudia Scheytt	Vorsitzende Fachausschuss Behindertenpolitik
Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie	Dr. Thorsten Hinz	Geschäftsführer
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft	Dr. Monika Seifert	Vorsitzende
GKV-Spitzenverband	Klaus Dumeier	Leiter Referat Pflegeversicherung
Heinrich-Held-Haus	Angelika Hardenberg-Ortmann	Einrichtungsleitung
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen	Prof. Dr. Friedrich Dieckmann	Lehrstuhlinhaber Fachbereich Sozialwesen
Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	Christine Blankenfeld	Leiterin Referat Sozialplanung, investive Förderung
Kreisverwaltung Steinfurt	Frank Woltering	Leiter Stabsstelle Sozialplanung
Landschaftsverband Rheinland	Lothar Flemming	Leiter Fachbereich Soziales II
Landschaftsverband Westfalen-Lippe	Michael Wedershoven	Leiter Referat Behindertenhilfe
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften	Prof. Dr. Martina Hasseler	Leiterin Fachbereich Gerontologische Pflege
Senat Bremen	Uta Kallweit-Görlich	Referentin im Referat Ältere Menschen
Stadt München	David Stoll	Referent im Sozialreferat München
Universität Kassel	Prof. Dr. Felix Welti	Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung

Quelle: Prognos AG 2017

2.4 Vor-Ort-Besuche bei ausgewählten Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote

2.4.1 Losübergreifendes Vorgehen

Ausgehend von den Ergebnissen der beiden Online-Befragungen (Module 1 und 2) wurden kriteriengestützt besonders innovative Angebote ausgewählt und kontaktiert, die unterschiedliche Ansätze zur Versorgung verfolgen.

Bei der Identifikation von Best-Practice-Beispielen wurden folgende Kriterien angewandt:

- Zielgruppenspezifität (klarer Bezug zur Zielgruppe),
- Nutzeranzahl (mindestens zehn Nutzerinnen und Nutzer),
- Deckung spezifischer Bedarfe der Zielgruppen,
- Überwindung spezifischer Zugangsbarrieren der Zielgruppen.

Die finale Auswahl der Best-Practice-Beispiele und die Terminvereinbarung fand im Januar 2017 statt. Die Vor-Ort-Besuche wurden von Februar bis März 2017 durchgeführt. In Einzelfällen wurde statt der Vor-Ort-Besuche telefonische Fachgespräche durchgeführt (siehe Kapitel 2.4.2).

Für die Vor-Ort-Besuche wurde losübergreifend ein Gesprächsleitfaden erarbeitet (siehe Methodenanhang, Kapitel 6). Als weitere Grundlage für die Gespräche wurden zudem die Angaben der Anbieter aus den Online-Befragungen noch einmal übersichtlich zusammengestellt und im Detail ausgewertet.

Im Rahmen der Vor-Ort-Besuche wurde gemeinsam mit den Initiatoren der Angebote, Mitarbeitenden sowie Angehörigen in Gesprächen u. a. detailliert herausgearbeitet, welche Merkmale das Angebot zu einem zielgruppengerechten Angebot machen. Je nach Möglichkeit bzw. Mitwirkungsbereitschaft und Vorhandensein grundlegender kommunikativer Fähigkeiten wurden auch Gespräche mit Betroffenen geführt. Die Listen der pro Los vor Ort besuchten Best-Practice-Beispiele findet sich in Kapitel 2.4.2. Die Informationen zu den Projektbeispielen sind zudem in Form von Steckbriefen ausgearbeitet worden (siehe Anhang der losspezifischen Kapitel 3 bis 5).

2.4.2 Losspezifisches Vorgehen

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1)** wurden die folgenden Anbieter vor Ort besucht bzw. befragt (Tabelle 2-6).

Tabelle 2-6: Befragte Best-Practice-Beispiele (Los 1)

Angebotsbezeichnung	Träger	Gesprächspartner/-innen
Netzwerk zur Unterstützung von japanischsprachigen Menschen mit Demenz	Deutsch-Japanischer Verein für kultursensible Pflege (DeJak Tomonokai) e. V.	Nozomi Spennemann (Vereinsmitglied)
Servicestelle für ältere Migrantinnen, Migranten und deren Angehörige	Verbund sozial-kultureller Migrantenvereine in Dortmund e. V. (VMDO)	Şaziye Altundal-Köse (Angebotskoordinatorin), Ercan Tugac (Mitarbeiter), Frau Yawari (Mitarbeiterin)
MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland	Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.	Nozomi Spennemann (Vereinsmitglied)
Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege	Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V.	Nazife Sari (Projektkoordinatorin)*
Betreuungsangebote für ältere russischsprachige Menschen mit Demenz sowie Entlastungs- und Beratungsangebote für deren pflegende Angehörige	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Nürnberg e. V.	Olesya Reis (Angebotskoordinatorin)
Betreuungs-, Entlastungs- und Beratungsangebote für ältere (überwiegend russischsprachige) Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige	Das Zusammenleben e. V.	Tatjana Jurk (Vereinsvorsitzende), Frau Ortner (Mitarbeiterin)
Ambulanter Pflegedienst Ayten Aslan	Ayten Aslan (Inhaberin und Geschäftsführerin)	Ayten Aslan (Inhaberin und Geschäftsführerin)
ARIANA – Interkulturelle Tagespflege	ARIANA - Haus der Gesundheit – Ambulanter Kranken- und Altenpflegedienst GmbH	Abdullah Ahrari (Inhaber und Geschäftsführer)*
Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf und Demenz	Kein Träger, da selbstorganisiert	Ina Friedmann (Sozialamt der Stadt Stuttgart), Christina Wißmann (Pflegestützpunkt der Stadt Stuttgart), Peter Wißmann (Demenz Support Stuttgart)
Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“	Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e. V.	Ralf Krause (Heimgeschäftsführung)
Victor-Gollancz-Haus	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V.	Martin Crede (Heimgeschäftsführung), Dr. Hüseyin Kurt (Beauftragter des Frankfurter Verbands für die Migrationsarbeit)

** Telefonisches Fachgespräch.*
Quelle: Prognos AG 2017

Für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die alleine leben (Los 2)** wurden die folgenden Anbieter vor Ort besucht bzw. befragt (Tabelle 2-7).

Tabelle 2-7: Befragte Best-Practice-Beispiele (Los 2)

Angebotsbezeichnung	Träger	Gesprächspartner/in(en)
„BesTe Genesung zu Hause“ und „Begleitmobil“	Verein buefet e. V. in Kirchheim unter Teck	Monique Kranz-Janssen und Corina Däuble (Koordinatorinnen), Tilman Walther (Vereinsvorsitzender)
Der Kieler Senioren-Lotse	Karl-Heinz-Howe-Simon-Fiedler-Stiftung in Kiel	Gesa Rogowski (Projektleiterin, Koordinatorin der Stiftung), Frau Breg (Koordinatorin des Angebotes), Ernst-Wilhelm Münster (Finanzen, Verwaltung, Erträge der Stiftung), Jürgen Steinbrink (Verteilung der Mittel, operatives Geschäft)
Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“	Beratungsstelle für Senioren der Stadt Göppingen	Susanne Reisch (Sozialarbeiterin, Koordinatorin des Angebotes), Herr Drechsel (Amtsleiter)
PflegeNotTelefon in Schleswig-Holstein	Sozialministerium Schleswig-Holstein, Koordination durch AWO Schleswig-Holstein	Anke Buhl (Koordinatorin, Referentin für Alten- und Pflegepolitik bei der AWO Schleswig-Holstein)*
Seniorensozialdienst	Sozialamt der Stadt Chemnitz	Ina Platzer (Koordinatorin, Abteilungsleiterin im Sozialamt), Frau Schuffenhauer (Koordinatorin, Sozialarbeiterin)
Soziale Informationsstelle“ (SIS)	Magistrat der Stadt Bremerhaven	Astrid Henriksen (Leiterin Sozialamt), Jenny Bertram (Koordinatorin SIS, Mitarbeiterin des Sozialamtes)*

** Telefonisches Fachgespräch.*
Quelle: Prognos AG 2017

Für die Zielgruppe der **älteren Menschen mit (geistiger) Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3)** wurden die folgenden Anbieter vor Ort besucht bzw. befragt (Tabelle 2-8).

Tabelle 2-8: Befragte Best-Practice-Beispiele (Los 3)

Angebotsbezeichnung	Träger	Gesprächspartner/-innen
Fachpflegeeinrichtung St. Vinzenz	Dominikus-Ringeisen-Werk	Norbert Baur (Einrichtungsleiter)
Mehrgenerationenhaus Schweizer-Hof - „Leben wie andere auch“	Habito e. V.	Emine Yildirim (Vorstandsmitglied), Fred Hammerschlag (Vorstandsmitglied)
Pflege und Assistenz GmbH	Lebenshilfe Berlin	Andrea Boss (Geschäftsführerin)*
Pflege-Wohngemeinschaft	„Die Kette“	Claudia Seydholdt (Vorstandsmitglied)
Seniorengruppe Haus Anrode	Lebenshilfe Kreis Viersen	Marianne Philipzig (Pädagogische Leitung Lebenshilfe Viersen), Jörg Marquardt (Leiter Wohnstätte), Grazyna Ploch (Pädagogische Leitung Haus Anrode)
Seniorenwohnen und Tagesbetreuung „Seniorenhaus“	Stiftung Drachensee	Wolfgang Assel (Bereichsleiter Wohnen), Herr Sönnichsen (Leiter Wohnhaus)
Stationäres Wohnen St. Vitus	St.-Vitus-Werk GmbH	Bettina Bohlen (Haus- und Bereichsleitung)
Tagesbetreuung für Senioren	Lebenshilfe Heidenheim e. V.	Kurt Wörrle (Geschäftsführer), Regine Gädeke (Leitung Tagesbetreuung)

** Telefonisches Fachgespräch.*
Quelle: Prognos AG 2017

2.5 Expertenworkshops

2.5.1 Losübergreifendes Vorgehen

Im Mai 2017 wurden diejenigen Expertinnen und Experten, deren Vorreiterrolle im Zuge des Projektes sichtbar wurde, für jede der drei vulnerablen Gruppen separat zu einem ganztägigen Expertenworkshop in Berlin eingeladen. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Ziel des Workshops war einerseits die Konsolidierung der bisherigen Projektergebnisse sowie andererseits die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflege- und Unterstützungsangebote für die drei vulnerablen Zielgruppen.

Im Rahmen der jeweiligen Workshops wurden in einem ersten Schritt die bis dato im Rahmen der Studie identifizierten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe vorgestellt, ergänzt und priorisiert.

In einem zweiten Schritt erfolgte die Präsentation, Ergänzung und Diskussion der ebenfalls im Rahmen der Studie identifizierten Ansätze zur Deckung der Bedarfe der Zielgruppe (inklusive Best-Practice-Beispiele). Auch diese wurden von den Expertinnen und Experten priorisiert und hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit diskutiert. Die priorisierten Ansätze wurden dann abschließend von den Expertinnen und Experten in konkrete Handlungsempfehlungen überführt. Das detaillierte Workshopkonzept inklusive dem Zeitplan ist in Kapitel 7 des Methodenanhanges zu finden.

Die Listen der Teilnehmenden sind in Kapitel 2.5.2 dargestellt. Neben der Prognos haben auch jeweils Vertreter des Auftraggebers an dem Expertenworkshop teilgenommen.

2.5.2 Losspezifisches Vorgehen

Am Expertenworkshop für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1)** haben die in Tabelle 2-9 aufgelisteten Personen teilgenommen.

Tabelle 2-9: Teilnehmende des Expertenworkshops (Los 1)

Name	Funktion	Institution
Dr. Katharina Graffmann-Weschke	Leiterin AOK Pflege Akademie	AOK Nordost
Tatjana Jurk	Vereinsvorsitzende	„Das Zusammenleben“ e. V.
Anke Kayser	Projektleiterin Interkulturelle Öffnung in der Langzeitpflege	Sozialreferat der Stadt München
Güllü Kuzu	Stellvertretende Leiterin	Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
Eckhard Lotze	Referatsleiter	Gesundheitsamt Bremen
Ramazan Salman	Geschäftsführer	Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.
Nazife Sari	Projektkoordinatorin Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege	Diakonisches Werk Berlin-Stadtmitte e. V.
Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin	Wissenschaftliche Mitarbeiterin	Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
Nare Yesilyurt	Geschäftsführerin	Deta-Med Hauskrankenpflege
Gabriella Zanier	Anlaufbüro Seniorengruppen - präventive Altenhilfe	Caritasverband Frankfurt e. V. Forum für eine kultursensible Altenhilfe
Cornelia Reitberger	Referat 413 (Begriff der Pflegebedürftigkeit; Begutachtungsverfahren; Qualitätssicherung; pflegerische Versorgung)	Bundesministerium für Gesundheit
Melanie Schamberger	Referat Z24 (Migration, Integration, Demografie und Gesundheit)	Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Tobias Hackmann	Projektleiter	Prognos AG
Gwendolyn Huschik	Beraterin	Prognos AG
Janko Vollmer	Berater	Prognos AG

Quelle: Prognos AG 2017

Am Expertenworkshop für die Zielgruppe der **älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die alleine leben (Los 2)**, haben die in Tabelle 2-10 aufgelisteten Personen teilgenommen.

Tabelle 2-10: Teilnehmende des Expertenworkshops (Los 2)

Name	Funktion	Institution
Jenny Bertram	Koordinatorin „Senioren-Sozialdienst“	Magistrat der Stadt Bremerhaven, Sozialamt
Eckhard Cappell	Leiter Referat „Pflegerische Versorgungsstruktur“	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg
Olaf Christen	Referent für Pflege, Wohnen im Alter und AAL	Sozialverband VdK
Ludger Euwens	Bereichsleiter „Ambulante Versorgung“ im Geschäftsbereich „Pflege“	AOK Rheinland/Hamburg
Sabine Reisch	Koordinatorin Hochbetagtengruppe "Vergissmeinnicht“	Beratungsstelle für Senioren, Stadt Göppingen
Gesa Rogowski	Koordinatorin der Stiftung, Projektleiterin „Der Kieler Senioren-Lotse“	Karl-Heinz-Howe-Simon-Fiedler-Stiftung, Kiel
Ulrich Schneekloth	Sozialwissenschaftler, Senior Director	Kantar TNS (ehemals TNS Infratest), München
Heike Ulrich	Mitarbeiterin im Referat „Ältere Menschen“, u. a. Koordination Sozialdienst im Krankenhaus	Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport der Hansestadt Bremen
Carola Schweizer	Wissenschaftliche Begleitung von Forschungsprojekten des BMG	iso-Institut
Dr. Tobias Hackmann	Projektleiter	Prognos AG
Sabrina Schmutz	Beraterin	Prognos AG

Quelle: Prognos AG 2017

Am Expertenworkshop für die Zielgruppe der **älteren mit einer (geistigen) Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3)**, haben die in Tabelle 2-11 aufgelisteten Personen teilgenommen.

Tabelle 2-11: Teilnehmende des Expertenworkshops (Los 3)

Name	Funktion	Institution
Anja Maiwald	Bereichsleiterin Ostsachsen	Advita Pflegedienst GmbH
Christine Blankenfeld	Leiterin Referat „Sozialplanung investive Förderung“	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
Frank Woltering	Sozialplaner	Stabsstelle Sozialplanung Kreis Steinfurt
Marianne Philipzig	Pädagogische Leitung	Lebenshilfe Kreis Viersen
Michael Wedershoven	Referatsleiter Behindertenhilfe	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Prof. Dr. Friedrich Dieckmann	Leiter des Instituts für Teilhabefor-schung	Katholische Hochschule NRW
Thorsten Hinz	Geschäftsführer	Fachverband Caritas Behindertenhilfe
Carola Schweizer	Wissenschaftliche Begleitung von Forschungsprojekten des BMG	iso-Institut
Jakob Maetzel	Projektleiter	Prognos AG
Laura Sulzer	Beraterin	Prognos AG

Quelle: Prognos AG 2017

3 Los 1: Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund

3.1 Einleitung

Ausgangspunkt der Untersuchung der Zielgruppe der älteren Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund im Rahmen der vorliegenden Studie sind Anhaltspunkte dafür, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund die bestehenden Angebote und Leistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige seltener in Anspruch nehmen als die deutsche Mehrheitsbevölkerung. Diesbezügliche Hinweise liefert u. a. eine bundesweite Erhebung, der zufolge überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund trotz einer nach subjektiver Einschätzung bestehenden dauerhaften Pflegebedürftigkeit keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.[24] Auch diverse andere, kleinräumlichere Erhebungen kommen zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund als Nutzerinnen und Nutzer bestehender Angebote und Leistungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen unterrepräsentiert sind.[25] Mögliche Gründe für die offenbar vergleichsweise geringe Inanspruchnahme sind dabei einerseits spezifische Barrieren, die dieser Bevölkerungsgruppe teilweise den Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem erschweren, und andererseits ein Mangel an bedarfs- bzw. bedürfnisgerechten Pflege- und Unterstützungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe.

Die „Gruppe“ der älteren Menschen mit Migrationshintergrund ist in vielerlei Hinsicht äußerst heterogen. Unterschiede bestehen nicht nur hinsichtlich Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenz, kultureller Prägung, Religionszugehörigkeit sowie der individuellen Bedeutung der Religion, sondern auch hinsichtlich des Sozialstatus. Gemeinsam ist ihren Mitgliedern die Erfahrung der Migration: Von denjenigen der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, die im Jahr 2016 das 55. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten, waren nahezu alle (97 %) im Laufe ihres Lebens nach Deutschland zugewandert.

Die gegenwärtige Bevölkerung mit eigener Migrationserfahrung und einem Alter von mindestens 55 Jahren setzt sich im Wesentlichen aus zwei Hauptgruppen zusammen. Die Größte ist mit einem Anteil von rund 36 Prozent die Gruppe der (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler. Diese migrierten ab den

24 Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).

25 Vgl. Anderson (2008) für München, Schenk (2014) für Berlin sowie Reinprecht et al. (2016) für Wien.

1950er Jahren aus Mittel- und Osteuropa sowie der Sowjetunion bzw. ab 1991 aus ihren Nachfolgestaaten nach Deutschland. Die zweitgrößte Gruppe stellt mit einem Anteil von rund 32 Prozent die Gruppe der Arbeitsmigrantinnen und -migranten dar, die im Rahmen der zwischen 1956 und 1973 geltenden Anwerbeabkommen mit Italien, Spanien, Griechenland, Marokko, Portugal, Tunesien, Jugoslawien, Südkorea und der Türkei nach Deutschland migrierten und dort sesshaft wurden. Viele holten später ihre Familien nach.[26]

Die Hinweise auf eine defizitäre pflegerische Versorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund gewinnt an sozialpolitischer Relevanz vor dem Hintergrund, dass es sich bei dieser Bevölkerungsgruppe um eine der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppen Deutschlands handelt. Schätzungen zufolge wird sich die Zahl der in Deutschland lebenden, 65-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund von rund 1,9 Mio. Menschen im Jahr 2016 auf rund 3,6 Mio. Menschen im Jahr 2032 erhöhen. Ihr Anteil an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung wird im gleichen Zeitraum von rund 11 Prozent auf voraussichtlich rund 15 Prozent ansteigen.[27]

Das Kapitel 3 widmet sich vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen den Fragen, welche spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund aufweisen und mit welchen Ansätzen diese gedeckt werden können, sowie den Fragen, welche spezifischen Barrieren dieser Bevölkerungsgruppe den Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem erschweren und mit welchen Ansätzen diese überwunden werden können (Kapitel 3.3). Darüber hinaus werden Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung einer bedarfs- bzw. bedürfnisgerechten Versorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund dargestellt (Kapitel 3.4). Zunächst folgt in Kapitel 3.2 eine Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes.

26 Eigene Berechnung auf Basis StBA (2017). Vgl. auch Hoffmann und Romeu Gordo (2016).

27 Vgl. Schimany et al. (2012) und StBA (2017). Die Zuwanderung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in den vergangenen Jahren ist in der Vorausberechnung nicht berücksichtigt.

3.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

3.2.1 Definition des Untersuchungsgegenstandes

Die Untersuchung der Zielgruppe der älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund umfasst auf der einen Seite die Untersuchung der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe der Zielgruppe. Dabei stehen die Pflege- und Unterstützungsbedarfe derjenigen Personen im Fokus, die das 60. Lebensjahr erreicht oder überschritten haben, pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und nach der Definition des Mikrozensus über einen Migrationshintergrund verfügen.[28] Die Altersgrenze wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber nicht wie ursprünglich vorgegeben bei 67 sondern bei 60 Jahren festgesetzt. Grund hierfür ist, dass im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass Alterungsprozesse bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die der ersten Generation angehören, rund fünf bis zehn Jahre früher einsetzen als in der älteren Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.[29]

Darüber hinaus werden die spezifischen Informations-, Aufklärungs- und Beratungsbedarfe von älteren Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet, die trotz einer bestehenden Pflegebedürftigkeit keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Diese Erweiterung des Untersuchungsgegenstandes begründet sich damit, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund von spezifischen Barrieren überdurchschnittlich häufig keinen Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem finden. Ebenso werden die spezifischen Unterstützungsbedarfe von Angehörigen älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt, da diese eine zentrale Rolle bei deren Versorgung einnehmen.

Auf der anderen Seite beschäftigt sich die Untersuchung mit innovativen Ansätzen bzw. Angeboten, die auf die Deckung der spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren pflegenden Angehörigen abzielen. Ansätze bzw. Angebote werden als „innovativ“ betrachtet, wenn sie auf die Deckung von spezifischen Bedarfen ausgerichtet sind, die bisher als nicht bzw. lediglich teilweise gedeckt gelten.

---

28 Nach der Definition des Mikrozensus gelten diejenigen Personen als Personen mit Migrationshintergrund, die eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, die nicht in Deutschland geboren wurden, oder die mindestens einen Elternteil haben, der nicht in Deutschland geboren ist. Vgl. StBA (2015).

29 Vgl. Streibel-Gloth (2008).

3.2.2 Abschätzung der Zielgruppengröße

Zur Pflegebedürftigkeit der Gruppe der in Deutschland lebenden älteren Menschen mit Migrationshintergrund liegen bisher keine gesicherten Erkenntnisse vor. Zentraler Grund hierfür ist, dass das Merkmal „Migrationshintergrund“ in der amtlichen Pflegestatistik nicht erhoben wird.[30, 31]

Box 3-1: Datenlage und Wissensstand

Der wissenschaftliche Kenntnisstand zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie zur Versorgungssituation von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund ist bisher vergleichsweise gering. Zentraler Grund hierfür ist, dass amtliche gesundheits- und pflegebezogene Datenquellen wie die Pflegestatistik einen möglichen Migrationshintergrund nicht erfassen. Folglich gibt es für die heterogene Gruppe der älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund keine repräsentativen Daten zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie zur Versorgungssituation. Die bisherigen Erkenntnisse in diesem Themenfeld wurden überwiegend im Rahmen wissenschaftlicher Einzeluntersuchungen gewonnen, deren Ergebnisse aufgrund der Eingrenzungen auf bestimmte Regionen, Zielgruppen und Themen in der Regel nicht verallgemeinerbar sind. Die Aussagekraft dieser Studien wird weiterhin dadurch eingeschränkt, dass sie unterschiedliche Definitionen der Zielgruppe zugrunde legen und häufig auf Methoden und Stichprobengrößen basieren, die die Repräsentativität der Ergebnisse nicht gewährleisten.

Auch zur Auswirkung einer Migrationserfahrung bzw. -biografie auf das Pflegerisiko gibt es bisher keine gesicherten Erkenntnisse. Einerseits lassen die körperlich und auch psychisch schweren Arbeitsbedingungen, denen ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Laufe ihres Lebens häufig ausgesetzt waren, auf eine erhöhte Pflegeprävalenz in dieser Bevölkerungsgruppe schließen. Für die Gruppe der älteren türkischstämmigen Menschen in Berlin liefert eine quantitative Studie diesbezügliche Hinweise.[32] Anderer-

30 Vgl. Habermann et al. (2009) und Habermann und Schenk (2010).

31 Die im Rahmen der „Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“ ermittelten Anteile von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund an allen pflegebedürftigen Menschen können nicht als repräsentativ für die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund betrachtet werden. So liegen die Ergebnisse nicht differenziert für die Gruppe der älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund vor, wobei der Anteil der Jüngeren unter den Befragten mit Migrationshintergrund nicht unerheblich ist. Knapp ein Drittel (31 %) der im Rahmen der Studie befragten Personen mit Migrationshintergrund, die Leistungen der Pflegeversicherung in Privathaushalten bezogen, hatte zum Befragungszeitpunkt das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht. Weiterhin erscheint der Anteil der Befragten mit Migrationshintergrund, die Deutsch als Muttersprache angaben, insbesondere bei den häuslich Versorgten mit einem Anteil von 66 Prozent relativ hoch. Zum Vergleich: Von denjenigen der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, die im Jahr 2016 das 55. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten, waren nahezu alle (97 %) im Laufe ihres Lebens nach Deutschland zugewandert. Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017) und StBA (2017). Siehe auch Tezcan-Güntekin et al. (2015).

32 Vgl. Schenk (2014).

seits könnte der häufigere Rückgriff auf familiäre Unterstützungspotenziale den Effekt der überdurchschnittlich hohen gesundheitlichen Belastungen kompensieren.[33]

Unter der Annahme, dass für die Bevölkerung mit Migrationshintergrund die gleichen Pflegequoten gelten wie für die Gesamtbevölkerung, hätte sich die Zahl der 60-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund, die nach SGB XI pflegebedürftig sind, im Jahr 2013 auf rund 168.000 Menschen belaufen. Vorausberechnungen zufolge wird sich ihre Zahl bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg auf rund 371.000 Menschen mehr als verdoppeln.[34]

Bisher gibt es ebenfalls keine gesicherten Erkenntnisse dazu, zu welchen Anteilen die ältere pflegebedürftige Bevölkerung mit Migrationshintergrund die verschiedenen Versorgungsformen in Anspruch nimmt. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die familiäre Pflege in dieser Bevölkerungsgruppe gegenwärtig noch etwas stärker ausgeprägt ist als in der gleichaltrigen pflegebedürftigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (Kapitel 3.3.2.1). Zukünftig ist davon auszugehen, dass die familiäre Pflege zugunsten der professionellen ambulanten bzw. stationären Pflege zurückgehen wird. Ursächlich hierfür sind zum einen abnehmende familiäre Unterstützungspotenziale sowie eine zunehmende räumliche Verteilung von Familien.[35]

3.3 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe

Die Anforderungen, die ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund an das Altenpflege- und Versorgungssystem stellen, ähneln häufig denjenigen der älteren Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund. Beispielsweise weisen beide Bevölkerungsgruppen eine Präferenz für die familiäre Pflege auf. Neben den Gemeinsamkeiten gibt es jedoch auch Unterschiede, die sozioökonomisch, sprachlich und kulturell bedingt sein können.

Das folgende Kapitel setzt an diesen Unterschieden an. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche und von Fachgesprächen mit Expertinnen und Experten wurden vier Bereiche identifiziert, in welchen sich ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell von älteren pflegebedürftigen Menschen ohne Migrationshintergrund tendenziell unterscheiden.

Für jeden dieser vier Bereiche werden im Folgenden jeweils im ersten Unterkapitel zunächst die identifizierten spezifischen

33 Vgl. Kohls (2012).
34 Vgl. FES (2015).
35 Vgl. Kohls (2012).

Bedarfe und Bedürfnisse älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund vorgestellt. Im zweiten Unterkapitel wird jeweils dargestellt, mit welchen Ansätzen diese in der Praxis gedeckt werden können. Die Ansätze werden anhand von Praxisbeispielen illustriert. In den Ausführungen werden ferner spezifische Barrieren thematisiert, die älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem erschweren. Ebenso werden Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft vorgestellt. Eine Charakterisierung des im Rahmen der Studie erfassten Angebotsspektrums sowie Steckbriefe für elf ausführlich befragte Angebote finden sich überdies im losspezifischen Anhang.

3.3.1 Zugang zu Pflege- und Unterstützungsangeboten

3.3.1.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe

Wissens- und Kenntnisdefizite im Bereich der Pflege

Eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von bestehenden Angeboten und Leistungen für pflegebedürftige Menschen oder deren pflegende Angehörige ist, dass die Betroffenen über ein ausreichend großes Wissen zum institutionellen Altenpflege- und Versorgungssystem verfügen und örtliche Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebote kennen. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund scheinen diese Voraussetzung überdurchschnittlich häufig nicht zu erfüllen. Diesbezügliche Hinweise lieferten sowohl die Expertinnen und Experten, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden, als auch diverse quantitative und qualitative Studien.

Eine Befragung von älteren türkischstämmigen Menschen in Berlin kam zu dem Ergebnis, dass beinahe die Hälfte der Befragten (48 %) ihren Informationsstand zum Thema Pflege als schlecht oder sehr schlecht einschätzten. Über ein Drittel (36 %) fühlte sich mittelmäßig informiert. Lediglich 16 Prozent stuften ihren Informationsstand als gut oder sehr gut ein.[36] Der Vergleich dieser Befunde mit den Ergebnissen des Gesundheitsmonitors 2013 deutet darauf hin, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund schlechter zum Thema Pflege informiert sind als die deutsche Gesamtbevölkerung. Von den im Rahmen des Gesundheitsmonitors befragten Personen stufte gut ein Viertel (27 %), und damit ein deutlich

36 Vgl. Schenk (2014).

kleinerer Anteil, seinen diesbezüglichen Informationsstand als schlecht oder sehr schlecht ein.[37]

Vergleichsweise gering scheint der Informationsstand zum Thema Pflege in der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zu sein, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Hierauf deuten die Ergebnisse einer bundesweiten quantitativen Studie hin, im Rahmen derer sowohl Leistungsbezieherinnen und -bezieher der Pflegeversicherung in Privathaushalten als auch Haushalte, in welchen eine nach subjektiver Einschätzung pflegebedürftige Person lebte, die jedoch keine Leistungen der Pflegeversicherung bezog, befragt wurden. Von den Befragten mit Migrationshintergrund stuften diejenigen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung bezogen, ihren Informationsstand zum Leistungsangebot der Pflegeversicherung schlechter ein als diejenigen, die Leistungen bezogen.[38]

Gleichwohl scheint auch der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung kein Garant für einen subjektiv als gut befundenen diesbezüglichen Wissensstand zu sein. Dies zeigt sich daran, dass 37 Prozent der im Rahmen der Studie befragten Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit Migrationshintergrund angaben, eher schlecht oder sehr schlecht über die Pflegeversicherung informiert zu sein. Auch eine im Raum Berlin durchgeführte qualitative Studie kam zu dem Ergebnis, dass Wissensdefizite bzgl. des Leistungsangebotes der Pflegeversicherung auch nach Erhalt einer Pflegestufe bzw. seit 2017 eines Pflegegrades teilweise weiter bestehen können.[39]

Die bereits zitierte bundesweite quantitative Studie offenbart weiterhin, dass Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit Migrationshintergrund einen etwas geringeren Wissensstand zur Pflegeversicherung aufweisen als Leistungsbezieherinnen und -bezieher ohne Migrationshintergrund. Von letzteren gaben 30 Prozent an, eher schlecht oder sehr schlecht informiert zu sein. In der Gruppe der Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit Migrationshintergrund belief sich der entsprechende Anteil auf 37 Prozent. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass knapp zwei Drittel (66 %) der im Rahmen der Studie befragten Leistungsbezieherinnen und -bezieher mit Migrationshintergrund Deutsch als Muttersprache angaben. Die Studienergebnisse dürften damit nicht repräsentativ für die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund sein.

37 Vgl. Kuhlmey et al. (2013).
38 Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).
39 Vgl. Camino (2014).

Die Ergebnisse der Studie, im Rahmen derer ältere türkischstämmige Menschen in Berlin befragt wurden, deuten überdies darauf hin, dass sich diese Bevölkerungsgruppe nicht nur schlecht zum Thema Pflege informiert fühlt, sondern auch einen eher gering ausgeprägten Wissensstand zum institutionellen Pflegesystem in Deutschland aufweist. So wussten die Befragten mehrheitlich nicht, was eine Pflegestufe ist (58 %), wie man sie beantragt (72 %) und welche Leistungen die Pflegeversicherung anbietet (70 %). Während immerhin knapp die Hälfte (48 %) wusste, was ein ambulanter Pflegedienst macht, wussten über zwei Drittel (74 %) nicht, dass es Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gibt.[40] Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine bundesweite Befragung von 78 älteren, überwiegend aus der Türkei und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion stammenden Menschen. Diese wussten teilweise nicht, dass ambulante Pflegeangebote existieren und dass die Kosten für deren Inanspruchnahme teilweise von der Pflegeversicherung getragen werden.[41]

Die Berliner Studie kam überdies zu dem Ergebnis, dass die befragten älteren türkischstämmigen Personen neben den Wissensdefiziten zum institutionellen Pflegesystem mehrheitlich defizitäre Kenntnisse der örtlichen Beratungs- und Pflegeangebote aufwiesen. Insbesondere Beratungsstellen wie die Pflegestützpunkte sowie Online-Informationsportale waren den Befragten großteils (70 % bzw. 95 %) unbekannt. Darüber hinaus kannte mehr als die Hälfte (58 %) weder einen ambulanten Pflegedienst noch einen Hauskrankenpflegedienst.[42]

Die Wissens- und Kenntnisdefizite im Bereich der Pflege sind scheinbar nicht in allen Gruppen der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund gleichermaßen ausgeprägt. Vielmehr gibt es offenbar bestimmte Gruppen, deren diesbezüglicher Wissens- und Kenntnisstand besonders gering ist. Den Ergebnissen der bereits genannten Befragung von älteren türkischstämmigen Menschen in Berlin zufolge könnten männliche, sozial schlechter gestellte sowie hochaltrige Menschen mit Migrationshintergrund zu diesen Gruppen zählen.[43] Auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund, die isoliert leben und überdies keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, dürften einen besonders geringen Wissens- und Kenntnisstand aufweisen. Dies äußerten mehrere der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten.

40 Vgl. Schenk (2014).
41 Vgl. FES (2015).
42 Vgl. Schenk (2014).
43 Vgl. Schenk (2014).

Weitere Wissensdefizite

Neben Wissens- und Kenntnisdefiziten im Bereich der Pflege scheint die irrtümliche Annahme, bei Bezug von Pflegegeld den Aufenthaltsstatus zu gefährden, ältere Menschen mit Migrationshintergrund teilweise vom Bezug von Pflegegeld abzuhalten.[44] Daneben kann auch fehlendes Wissen zu Krankheitsbildern dazu führen, dass Alterskrankheiten wie beispielsweise Demenz nicht als solche wahrgenommen und dementsprechend keine gesundheitlichen oder pflegerischen Hilfen gesucht werden.[45]

Bedarf an zugehender, mehrsprachiger und kultursensibler Information, Aufklärung und Beratung

Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse zum Wissens- und Kenntnisstand von älteren Menschen mit Migrationshintergrund insbesondere im Bereich der Pflege lassen darauf schließen, dass diese Bevölkerungsgruppe tendenziell einen erhöhten Bedarf an diesbezüglicher Information, Aufklärung und Beratung aufweist. Dies bestätigten die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten mehrheitlich.

Die Befunde der Befragung von älteren türkischstämmigen Menschen in Berlin legen dabei nahe, dass seitens älterer Menschen mit Migrationshintergrund insbesondere Informationen zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten, zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung sowie zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit benötigt werden. Auch scheint ein erhöhter Bedarf an Informationen zu örtlichen Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten zu bestehen.[46]

Spezifische Anforderungen an die Vermittlung pflegerelevanter Informationen leiten sich aus verschiedenen Besonderheiten älterer Menschen mit Migrationshintergrund ab. So scheinen diese tendenziell vor allem ihr soziales Umfeld und eher selten Beratungsstellen wie Pflegestützpunkte oder die der Kranken- oder Pflegeversicherung zur Informationsgewinnung zu nutzen.[47] Grund hierfür dürfte neben fehlenden Kenntnissen der Beratungsstellen auch die distanzierte Haltung gegenüber deutschen Institutionen sein, die viele Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund

44 Vgl. Anderson (2008).
45 Vgl. Thiel (2013).
46 Vgl. Schenk (2014).
47 Vgl. Schenk (2014) sowie Volkert und Risch (2017).

schlechter Erfahrungen im Kontakt mit deutschen Behörden entwickelt haben.[48] Angesichts dieses Informationssuchverhaltens weisen ältere Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell einen spezifischen Bedarf an zugehender Information, Aufklärung und Beratung auf. Sie benötigen demnach Informations-, Aufklärungs- und Beratungsangebote, die nicht in den institutionellen Beratungsstellen angesiedelt sind, sondern im Lebensraum von älteren Menschen mit Migrationshintergrund ansetzen. Diese Einschätzung wurde von den im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten mehrheitlich geteilt.

Der spezifische Bedarf an zugehender Information, Aufklärung und Beratung seitens älterer Menschen mit Migrationshintergrund ist auch deshalb von besonderer Relevanz, weil letztere professionelle pflegerische Angebote trotz eines offenkundigen diesbezüglichen Bedarfes teilweise nicht in Anspruch zu nehmen scheinen. Ursächlich hierfür können Misstrauen bis hin zu Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber deutschen Einrichtungen und Diensten sowie die damit verbundenen Sorgen und Ängste, wie beispielsweise die Angst, nicht verstanden oder diskriminiert zu werden, sein.[49] Eine weitere Hürde stellt sich in der Form, dass die Übernahme der pflegerischen Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes durch Angehörige vom familiären und sozialen Umfeld erwartet und davon abweichendes Verhalten mittels Ausgrenzung und Diskriminierung sanktioniert wird.[50] Schließlich trifft es aus Sicht einiger befragter Expertinnen zu, dass bestimmte Krankheitsbilder – darunter insbesondere gerontopsychiatrische Erkrankungen wie Demenz – in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund einer stärkeren Stigmatisierung und Tabuisierung unterliegen als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Dies führe dazu, dass derartige Erkrankungen aus Scham solange wie möglich versteckt und eigentlich benötigte professionelle pflegerische Angebote nicht in Anspruch genommen würden.

Eine weitere spezifische Anforderung an die Vermittlung von Informationen zum Thema Pflege ergibt sich daraus, dass viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund Deutsch erst im Erwachsenenalter als Zweitsprache gelernt haben und deshalb kleinere oder größere Schwierigkeiten damit haben, die deutsche Sprache zu sprechen und zu verstehen. Beispielsweise gab lediglich ein knappes Fünftel (18 %) der im Rahmen einer Studie befragten älteren türkischstämmigen Menschen in Berlin an, über gute Deutschkenntnisse zu verfügen. Die restlichen Befragten stuften

48 Vgl. Anderson (2008)
49 Vgl. Glodny et al. (2009).
50 Vgl. Dibelius (2013) und Glodny et al. (2009).

ihre Deutschkenntnisse entweder als mittelmäßig (47 %) oder aber als gering (35 %) ein.[51] Diejenigen älteren Menschen mit Migrationshintergrund, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um die bestehenden deutschsprachigen Informationen zum Thema Pflege zu verstehen, weisen einen spezifischen Bedarf an muttersprachlichen Informationen auf. Diese Einschätzung vertraten alle der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten.

Weiterhin äußerten einige Expertinnen, dass seitens einiger älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ein spezifischer Bedarf an Unterstützung bei der Geltendmachung von Leistungsansprüchen sowie an einer fortlaufenden Begleitung während der Inanspruchnahme von professionellen pflegerischen Angeboten in Form eines kultursensiblen Case Managements bestehe. Ursächlich hierfür seien vor allem eine vergleichsweise geringe Durchsetzungskraft. In besonderem Maße seien alleinstehende ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund mit der Geltendmachung ihrer Leistungsansprüche und der Organisation und Koordinierung professioneller pflegerischer Angebote überfordert. Eine der Expertinnen formulierte dies in folgender Weise:

> „Alleinstehende Pflegebedürftige haben deutlich größere Probleme sich im Finanzierungsdschungel zurechtzufinden und Ansprüche geltend zu machen als Pflegebedürftige, die Angehörige haben, die sich auskennen, wissen wie die Spielregeln sind, eher gebildet und vermögend sind und die Ansprüche ihrer pflegebedürftigen Angehörigen durchsetzen können."
>
> *Alternswissenschaftlerin*

Sprachliche und kulturelle Barrieren in der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, die bzw. deren pflegende Angehörige über einen ausreichend

hohen Wissens- und Kenntnisstand zum Altenpflege- und Versorgungssystem sowie zu örtlichen Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten verfügen und diese auch in Anspruch nehmen möchten, kann die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eine weitere Hürde auf dem Weg zur Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen darstellen. Grund hierfür sind sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme.

51 Vgl. Schenk (2014).

Unzureichende Deutschkenntnisse seitens der pflegebedürftigen Person bzw. ihrer Angehörigen können in der Begutachtung zu sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter führen. Daraus resultierende Missverständnisse können wiederum Fehleinschätzungen des Pflegebedarfes und damit Versorgungsnachteile nach sich ziehen. Neben geringen Deutschkenntnissen können auch kulturelle Prägungen die Begutachtung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund vor besondere Herausforderungen stellen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Betroffene mit Migrationshintergrund ihre Erkrankungen bzw. Beschwerden anders darstellen als Betroffene ohne Migrationshintergrund.[52]

Bisher liegen keine gesicherten Erkenntnisse dazu vor, inwiefern sprachliche und kulturelle Unterschiede von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren pflegenden Angehörigen diese im Begutachtungsverfahren zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit benachteiligen. Allerdings liefert eine quantitative Studie diesbezügliche Anhaltspunkte. Die Auswertung der auf Pflegebegutachtungen beruhenden Datenbasis der Krankenkasse Westfalen-Lippe für die Jahre 2001 bis 2005 zeigt, dass bei Antragstellerinnen und Antragstellern mit türkischem Hintergrund seltener eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde als bei denjenigen ohne türkischen Hintergrund (61 % vs. 75 %). Unterschiede im Gesundheitszustand oder im Antragstellungsverhalten wurden von der Studienautorin und den Studienautoren als Ursache für diese Beobachtung ausgeschlossen.[53]

Bedarf an kultursensiblen und muttersprachlichen Begutachtungsverfahren

Angesichts der Hinweise auf sprachliche und kulturelle Barrieren in der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wurde von einigen im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten ein Bedarf an kultursensiblen und idealerweise muttersprachlichen Begutachtungsverfahren seitens älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund festgestellt. Benötigt würden Gutachterinnen und Gutachter, die aufgrund von Kenntnissen der kulturell geprägten Einstellungen zu Alter, Krankheit und Hilfebedarf in der Lage seien, die Äußerungen der begutachteten pflegebedürftigen Person richtig zu deuten. Falls dies aufgrund fehlender interkultureller Kompetenz und sprachlicher Kenntnisse seitens der Gutachterinnen und Gutachter nicht sichergestellt werden könne, sollten stattdessen Dolmetscherdienste

52 Vgl. Glodny et al. (2009).
53 Vgl. Okken et al. (2008).

eingesetzt werden. Die Übersetzung durch Angehörige wurde hingegen kritisch gesehen, da dies beispielsweise dazu führen könne, dass die pflegebedürftige Person schambesetzte Themen nicht anspreche.

Box 3-2: Barriere Transnationale Pendelmigration

Für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, die ihren Ruhestand teilweise in Deutschland und teilweise im Herkunftsland verbringen, gilt folgendes: Die Zahlung des Pflegegeldes an Leistungsbeziehende, die sich in Drittstaaten aufhalten, wird gegenwärtig nach der sechsten Woche des Aufenthaltes eingestellt, während Leistungsbeziehende, die sich in EU-Staaten aufhalten, das Pflegegeld auch nach der sechsten Woche des Aufenthaltes weiter erhalten. Unklar ist bisher, wie viele Personen als transnationale Pendelmigrantinnen und -migranten ihren Ruhestand teilweise im Ausland verbringen.

3.3.1.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, mithilfe derer die zuvor identifizierten spezifischen Bedarfe älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund besser gedeckt werden können. Tabelle 3-1 bietet vorab einen Überblick über die für jeden Bedarf identifizierten Ansätze.

Tabelle 3-1: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und die Ansätze zu deren Deckung im Bereich Zugang

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Zugehende, mehrsprachige und kultursensible Information, Aufklärung und Beratung	▪ Erarbeitung von mehrsprachigen und kultursensiblen Informationen und Verbreitung über geeignete Kanäle ▪ Einstellung bzw. Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenzen in der Pflegeberatung ▪ Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz bestehender Beraterinnen und Berater ▪ Durchführung von Beratungen im Lebensraum von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowie bei Bedarf in der eigenen Häuslichkeit ▪ Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationen und Vernetzungsstrukturen
Kultursensible und muttersprachliche Begutachtungen	▪ Einsatz von kulturkompetenten Dolmetscherdiensten ▪ Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Quelle: Prognos AG 2017

Erarbeitung von mehrsprachigen und kultursensiblen Informationen und Verbreitung über geeignete Kanäle

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt wurde, weisen ältere Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell vergleichsweise große Wissens- und Kenntnisdefizite bzgl. des institutionellen Altenpflege- und Versorgungssystems, örtlicher Angebote für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sowie Krankheitsbildern im Alter auf. Eine Möglichkeit, den daraus resultierenden erhöhten Bedarf an diesbezüglicher Information und Aufklärung zu decken, stellt die Erarbeitung von adressatenorientierten Informationen dar.

Bei der Gestaltung und Illustration von visuellen Informationen ist darauf zu achten, dass sich die jeweilige Zielgruppe von diesen angesprochen, nicht jedoch stigmatisiert fühlt. Beispielsweise können in den Werbematerialien von Einrichtungen und Diensten Fotos von älteren Menschen mit Migrationshintergrund verwendet sowie ggf. relevante Bedürfnisse wie das Bedürfnis nach geschlechtsspezifischer Pflege angesprochen werden.

Sofern seitens der jeweiligen Zielgruppe aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse ein Bedarf an muttersprachlichen Informationen besteht, müssten deutschsprachige Informationen in die jeweilige Muttersprache übersetzt werden. Hierfür eignet sich der Rückgriff auf Personen, die neben guten Kenntnissen der jeweiligen Muttersprache und Kultur auch über gute Fachkenntnisse im Bereich Pflege und Gesundheit verfügen. Grundsätzlich sollten die Informationen in einer klaren und leicht verständlichen Sprache verfasst sein, damit sie auch für Personen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen oder einem niedrigeren Bildungsstand nachvollziehbar sind. Darüber hinaus können zur leichteren Verständlichkeit piktografische Hinweise genutzt werden.

Damit die erarbeiteten zielgruppenspezifischen Informationen die jeweilige Zielgruppe auch erreichen, müssen sie über Kanäle an die Zielgruppe herangetragen werden, die von dieser genutzt werden. Hierzu zählen insbesondere die jeweiligen Landesmedien. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien deuten darauf hin, dass sich vor allem das Fernsehen, daneben auch Zeitungen und Radiosender als mediale Zugangswege eignen könnten. Das Internet ist offenbar aufgrund einer eher geringen Nutzung weniger geeignet.[54] Weiterhin können schriftliche Informationsmaterialien beispielsweise in Form von Broschüren bei Hausärztinnen und Hausärzten, Migrantenselbstorganisationen, Migrationssozialdiensten und Religionsgemeinschaften ausgelegt werden.

54 Vgl. Schenk (2014).

Als nichtmedialer Kanal der Informationsvermittlung bewährt, hat sich die persönliche Ansprache von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren pflegenden Angehörigen durch Vertrauenspersonen. Zentraler Grund hierfür ist, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund eher von Vertrauenspersonen Informationen zum Thema Pflege annehmen. Zu den häufig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bezeichneten Personen können u. a. Hausärztinnen und Hausärzte zählen, insbesondere bei gemeinsamer Muttersprache mit den Betroffenen.[55] Den Befunden eines Praxisforschungsprojektes zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung zufolge ist zudem die Ansprache von Betroffenen durch muttersprachliche Arzthelferinnen ein besonders erfolgreicher Zugangsweg, dessen Wirksamkeit durch die anschließende Begleitung der Betroffenen in relevante Beratungsstellen durch Lotsendienste weiter gesteigert werden kann.[56] Neben muttersprachlichem Gesundheitspersonal kommen u. a. auch Sozialberaterinnen und Sozialberater sowie Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenselbstorganisationen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren infrage.

Box 3-3: Multiplikatorenansatz am Beispiel der Bekanntmachung einer betreuten Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Demenz in Stuttgart

Zur Bekanntmachung einer sich in Planung befindlichen selbstorganisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaft für türkischsprachige pflegebedürftige Menschen mit Demenz unter türkischstämmigen Menschen in Stuttgart setzten die Angebotsinitiatorinnen – die Stadt Stuttgart und das städtische Wohnungsbauunternehmen SWSG – eine deutsch-türkischsprachige, muslimische interkulturelle Beraterin ein. Diese organisierte nicht nur die deutsch-türkische Öffentlichkeitsarbeit (mehrsprachige Flyer, Beiträge in deutschen und türkischen Medien, türkischsprachige Informationsveranstaltungen), sondern führte auch persönliche Gespräche mit Schlüsselpersonen verschiedener türkischer Organisationen und Vereine zum Thema Pflege sowie zum Konzept der geplanten selbstorganisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Das Konzept wurde überdies von den Angebotsinitiatorinnen mit hochrangigen Mitgliedern der Türkischen Gemeinde Baden-Württembergs sowie des Deutsch-Türkischen Forums Stuttgart besprochen. Diese signalisierten der Zielgruppe des Angebotes anschließend, dass es sich um ein seriöses und annehmbares Angebot handelte. Die erfolgreiche Annahme der Wohngemeinschaft nach ihrer baulichen Fertigstellung ist aus Sicht der Verantwortlichen überwiegend auf dessen Bekanntmachung durch die interkulturelle Beraterin sowie auf dessen Unterstützung durch Respektspersonen innerhalb der türkischstämmigen Bevölkerung in Stuttgart zurückzuführen.

Eine weitere Möglichkeit der Vermittlung von Informationen zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit ist die Durchführung von muttersprachlichen und kultursensiblen Informationsveranstaltungen

55 Vgl. Schenk (2014).
56 Vgl. May (2017).

für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bzw. für deren Angehörige. Mögliche Themen können beispielsweise die bestehenden pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten sowie deren Finanzierung sein. Geeignete Veranstaltungsorte sind grundsätzlich Orte, an welchen sich ältere Menschen mit Migrationshintergrund regelmäßig treffen. Hierzu zählen insbesondere Migrantenselbstorganisationen. Zur Sicherstellung einer hinreichenden Teilnehmerzahl ist es weiterhin förderlich, die Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit Vertrauenspersonen innerhalb der jeweiligen Zielgruppe zu organisieren.

Box 3-4: Muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit am Beispiel des Projektes „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“

Das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ wurde im Jahr 2003 vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. gegründet. Ziel des Projektes ist es u. a., das Wissen von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheit zu verbessern und dadurch ihre Integration in das deutsche Gesundheitssystem zu fördern. Im Rahmen des Projektes werden engagierte bilinguale Menschen mit Migrationshintergrund, die über ein fortgeschrittenes Integrationsniveau, einen hohen Bildungsabschluss und sehr gute Sprachkenntnisse verfügen, zu Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren im Rahmen einer rund 50-stündigen Schulung ausgebildet. Die Mediatorinnen und Mediatoren führen selbstständig Informationsveranstaltungen u. a. zum Thema „Alter, Pflege und Gesundheit“ an verschiedenen Standorten in Deutschland durch. Hierfür suchen sie ihre Landsleute in deren Lebensräumen, beispielsweise in religiösen, kulturellen und sozialen Stätten, Vereinen, Schulen oder Moscheen, auf und informieren sie anschließend über die Themen Alter, Pflege und Gesundheit in der jeweiligen Muttersprache. Die Mediatorinnen und Mediatoren bilden somit Brücken zwischen weniger gut integrierten älteren Menschen mit Migrationshintergrund und dem deutschen Pflegesystem. Für die Informationsveranstaltungen werden den Mediatorinnen und Mediatoren vom Projektträger umfangreiche Unterrichtsmaterialien (Wegweiser und Leitfäden, Foliensätze, Powerpoint-Präsentationen, Evaluationsinstrumente, Aktualisierungen, Übersetzungen) bereitgestellt. Durch sukzessive Fortbildungen erwerben sie überdies beständig zusätzliches Wissen und erweitern und vertiefen so ihre Expertise.

Darüber hinaus kann die Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen in Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen dazu beitragen, eine größere Zahl an Teilnehmenden zu gewinnen. Eine flächendeckende Umsetzung entsprechender Kooperationsaktivitäten von öffentlichen Institutionen und Migrantenselbstorganisationen findet in den Niederlanden statt (Box 3-5).

Box 3-5: Dialogtreffen und Workshops in Kooperation mit Migrantenorganisationen am Beispiel eines landesweiten Programms in den Niederlanden

Das niederländische Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) (übersetzt: Netzwerk der Organisationen älterer Migranten) führt im Rahmen des nationalen Programms „Zorg Verandert" (übersetzt: Pflege verändert sich), das durch das Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (übersetzt: Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport) gefördert wird, betreute Dialogtreffen und Workshops durch. Hintergrund des Programms sind aktuelle rechtliche und strukturelle Veränderungen im sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Bereich der Niederlande. Die Schwerpunkte und Formate der Treffen richten sich nach dem jeweiligen Bedarf und dem Kreis der Teilnehmenden. Ziele sind u. a. die Information über diese Neuerungen. Die Treffen, an denen auch Personen aus der Pflegepraxis und von lokalen Leistungsanbietern beteiligt sein können, dienen gleichzeitig dazu, die Bedürfnisse, Probleme und entsprechenden Lösungsvorschläge der Zielgruppe zu erfassen, damit diese im Rahmen der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden können. Die Organisation der Treffen wird von Personen aus lokalen Senioren- und Patientenorganisationen, Gemeinden oder Freiwilligen übernommen, u. a. von 60 Personen aus dem NOOM.[57] Mehr als 420 dieser Treffen fanden in lokalen Migrantenselbstorganisationen statt, wodurch seit 2015 bereits über 13.000 ältere Menschen mit Migrationshintergrund und pflegende Angehörige erreicht werden konnten.[58]

Muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen eignen sich dabei nicht nur zur Information und Aufklärung zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit, sondern bergen auch das Potenzial, Menschen mit Migrationshintergrund für stigmatisierte und tabuisierte Krankheitsbilder zu sensibilisieren. Dies zeigt das in Box 3-6 dargestellte Praxisbeispiel.

Box 3-6: Sensibilisierung für das Thema Demenz am Beispiel des Deutsch-Japanischen Vereins DeJak Tomonokai e. V.

Der Deutsch-Japanische Verein für kultursensible Pflege (DeJak Tomonokai) e. V. wurde mit dem Ziel gegründet, die Situation von älteren japanischstämmigen Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen in Deutschland zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde eine in Japan erfolgreich umgesetzte nationale Kampagne, die auf die Sensibilisierung von möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern für das Thema Demenz sowie auf den Aufbau lokaler Unterstützungsstrukturen abzielte, in Deutschland implementiert. Im Rahmen einer Schulung für japanischstämmige Menschen, die im Wohn- und Arbeitsumfeld Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen, informieren qualifizierte und in Japan zertifizierte Trainerinnen und Trainer in japanischer Sprache zum Krankheitsbild Demenz, zum Umgang mit Betroffenen und zu in Deutschland bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten. Aus Sicht von Dejak Tomonokai e. V. hat die Kampagne wesentlich zur Enttabuisierung von Demenz in der japanischen Gesellschaft, zur Verbesserung

57 Vgl. Zorg Verandert (2017).
58 Vgl. NOOM (2017).

des diesbezüglichen Wissensstandes sowie zu einer größeren Hilfs- und Unterstützungsbereitschaft beigetragen.

Informations- und Aufklärungsangebote sollten sich dabei grundsätzlich nicht nur an ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige richten, sondern auch an ältere, noch nicht pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund. Zentraler Grund hierfür sind Anhaltspunkte dafür, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund es tendenziell vermeiden, sich mit den Themen Alter und Pflege und entsprechenden Vorsorgemöglichkeiten auseinanderzusetzen. Eine große Bedeutung haben demnach präventive Maßnahmen in dieser Bevölkerungsgruppe.[59]

Präventive Maßnahmen zur Information und Aufklärung zum Thema Alter und Pflege können dabei auch mit anderen Maßnahmen kombiniert werden. Ein erfolgreiches Beispiel für ein solches präventives Angebot, das sich neben der gesundheitlichen auch der sprachlichen Kompetenzförderung von Menschen mit Migrationshintergrund widmet, besteht in den Niederlanden (Box 3-7).

Box 3-7: Präventive Informations- und Aufklärungsangebote am Beispiel von Sprachkursen zu Gesundheitsthemen in den Niederlanden

Zur gleichzeitigen Stärkung der Sprach- und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es in Utrecht in den Niederlanden das Projekt „Gezonde Taal!“ (übersetzt: Gesunde Sprache). Geschulte Freiwillige bieten Niederländisch-Sprachkurse an, die sich in zehn Lektionen gesundheitlichen Themen, wie Ernährung, Diabetes oder Hausarztbesuchen widmen.[60] Die Teilnehmenden erwerben Sprachkenntnisse und eignen sich gleichzeitig wertvolles Wissen über das Älterwerden, mögliche Gesundheitsprobleme und Versorgungsmöglichkeiten an. Das Projekt, das sowohl mit dem Nationalen Alphabetisierungspreis 2014 als auch dem Nationalen Pflegeinnovationspreis 2016 der Niederlande ausgezeichnet wurde, strebt aktuell nach eigener Aussage die partizipative Weiterentwicklung des Angebotes und eine flächendeckende Verbreitung an.[61]

Einstellung bzw. Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz in der Pflegeberatung

Zum Abbau sprachlicher und kultureller Hürden in der Beratung – insbesondere nach § 7a SGB XI – von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren Angehörigen ist die Einstellung bzw. Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz geeignet. Diese

59 Vgl. Schenk (2014).
60 Vgl. Taal doet meer (2015).
61 Vgl. Nationale Zorgvernieuwingsprijs (2016).

verfügen eher über die sprachlichen und kulturellen Ressourcen, die für die fachliche Verständigung und eine vertrauensbildende Kommunikation mit der jeweiligen Zielgruppe Voraussetzung sind. Darüber hinaus können Beraterinnen und Berater mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz ihr zielgruppenspezifisches Wissen mit anderen Beraterinnen und Beratern teilen und üben überdies eine Signalwirkung auf die jeweilige Zielgruppe aus.

Box 3-8: Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflegeberatung am Beispiel des Modellprojektes „Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege“ in Berlin

Vor dem Hintergrund, dass die Hürde, pflegerische Angebote und Leistungen in Anspruch zu nehmen, für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Gründen oftmals deutlich höher ist als für pflegebedürftige Menschen ohne Migrationshintergrund, wurden in Berlin zehn bilinguale Personen mit unterschiedlichen Migrationshintergründen (polnisch, russisch, serbokroatisch, rumänisch, türkisch, arabisch und französisch) im Rahmen einer sechsmonatigen Qualifikation zu unterschiedlichen Themen in den Bereichen Pflege, Beratung und Kommunikation geschult. Seither bieten die Brückenbauerinnen und Brückenbauer als Tandemberaterinnen und -berater sprachliche und vor allem kulturvermittelnde Unterstützung bei der Durchführung von Beratungen nach § 7a SGB XI in vier Pflegestützpunkten, daneben auch bei der Durchführung von Beratungen in drei Sozialstationen, an. Darüber hinaus begleiten sie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei pflegenden Angehörigen sowie Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, führen Informationsveranstaltungen durch und leisten zugehende Arbeit an Treffpunkten von Menschen mit Migrationshintergrund.

Zur verbesserten Gewinnung von Menschen mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz als Pflegeberaterinnen und -berater bedarf es aus Sicht einzelner Expertinnen und Experten einer verstärkten Bekanntmachung des Berufes in Schulen und Migrantenselbstorganisationen durch die Beratungsstellen. Grund hierfür sei, dass jüngere Menschen mit Migrationshintergrund häufig nicht wüssten, dass diese attraktive berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeit im Anschluss an eine Pflegeausbildung bestehe. Förderlich sei weiterhin die schnellere Anerkennung von ausländischen Abschlüssen bzw. die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Dreimonatsfrist durch die zuständigen Anerkennungsstellen.

Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz bestehender Beraterinnen und Berater

Eine weitere Möglichkeit zur Reduzierung kultureller Verständigungsprobleme in der Pflegeberatung besteht in der Stärkung der interkulturellen Kompetenz der bestehenden Beraterinnen und

Berater in pflegerischen Beratungsstellen wie den Pflegestützpunkten. Hierfür bieten sich beispielsweise Fortbildungen an, im Rahmen derer auch eine Sensibilisierung für bestehende Zugangsbarrieren erfolgen kann. Förderlich dürfte die Aufnahme von Inhalten zur Kultursensibilität in die 400-stündige Weiterbildung zur Pflegeberaterin bzw. zum Pflegeberater ab dem Jahr 2018 sein.

Durchführung von Beratungen im Lebensraum von älteren Menschen mit Migrationshintergrund sowie bei Bedarf in der eigenen Häuslichkeit

Eine weitere Möglichkeit, ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige besser zu erreichen, besteht in der Ansiedelung von Beratungsangeboten im Lebensraum von älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Ein mögliches Format stellen beispielsweise in regelmäßigen Abständen stattfindende offene Beratungssprechstunden an Treffpunkten von älteren Menschen mit Migrationshintergrund dar. Bei Bedarf sollten Beratungsangebote überdies auch in der eigenen Häuslichkeit von den Betroffenen in Anspruch genommen werden können.

Box 3-9: Niedrigschwellige Beratung am Beispiel der Fachstelle für pflegende Angehörige in Nürnberg

Die Fachstelle für pflegende Angehörige in Trägerschaft des Arbeiterwohlfahrt Kreisverbandes Nürnberg e. V. informiert und berät pflegende Angehörige zum Thema Pflege und Demenz. Aufgrund der Bilingualität einer der Beraterinnen können die Beratungen von russischsprachigen pflegenden Angehörigen auch in russischer Sprache durchgeführt werden. Einmal im Monat gibt es überdies eine offene Beratungssprechstunde in den Räumlichkeiten einer Kultur- und Begegnungsstätte für Menschen aus den ehemaligen Mitgliedsstaaten der Sowjetunion, in deren Umgebung relativ viele (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler leben. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, das Beratungsangebot bei Bedarf in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen.

Einzelne Expertinnen und Experten empfahlen überdies, die Beratungen von pflegenden Angehörigen nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu nutzen, um pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund möglichst frühzeitig an Fachberatungsstellen wie die Pflegestützpunkte heranzuführen. Darüber hinaus wurde die Durchführung präventiver Hausbesuche unter Anschluss an dezentrale Strukturen wie die Pflegestützpunkte empfohlen.

Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationen und Vernetzungsstrukturen

Um ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige besser zu erreichen, eignet sich desweiteren der Auf- und Ausbau von verbindlichen Kooperationen und

Vernetzungsstrukturen zwischen den Institutionen, Einrichtungen und Diensten des Altenpflege- und Versorgungssystems einerseits und denjenigen Institutionen und Organisationen, die bereits über einen Zugang zu dieser Bevölkerungsgruppe verfügen, andererseits. Zu letzteren zählen beispielsweise Migrationssozialdienste, Migrantenselbstorganisationen, Religionsgemeinschaften und Begegnungsstätten.

> „Es muss ein Austausch, ein Kennenlernen stattfinden zwischen Migrantenorganisationen und Institutionen der Altenhilfe. Dadurch wird Vertrauen aufgebaut, man kommt in Kontakt, Barrieren und Vorurteile werden abgebaut. Solche Projekte müssten nicht nur als einzelne Leuchttürme, sondern flächendeckend umgesetzt werden."
>
> *Alternswissenschaftlerin*

Beispielsweise kann die Vernetzung unter Fachberatungsstellen im Bereich der Pflege und anderen Beratungsstellen, zu deren Klientinnen und Klienten ältere Menschen mit Migrationshintergrund zählen, deren Vermittlung an die Fachberatungsstellen ermöglichen. Ebenso kann die Vernetzung unter Fachberatungsstellen im Bereich der Pflege und kultursensiblen Einrichtungen und Diensten der Altenpflege die Vermittlung von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund an geeignete pflegerische Angebote erleichtern.

Box 3-10: Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Migrationssozialdienstes des Arbeiterwohlfahrt Landesverbandes Berlin e. V.

Der Migrationssozialdienst des Arbeiterwohlfahrt Landesverbandes Berlin e. V. ist insbesondere unter Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien seit Jahrzehnten bekannt und ist als niedrigschwelliges, muttersprachliches und kultursensibles Angebot bei vielfältigen Fragen erste Anlaufstelle. Pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund werden, wenn möglich, an Fachberatungsstellen wie die Pflegestützpunkte vermittelt. Sollte dies aus sprachlichen Gründen nicht möglich sein, erfolgt die Beratung durch Mitarbeitende des Migrationssozialdienstes, ggf. in Abstimmung mit den Mitarbeitenden der Fachberatungsstellen. Bei Bedarf werden Co-Beratungen durchgeführt. Der Migrationssozialdienst ist darüber hinaus gut vernetzt mit Einrichtungen und Diensten der Altenpflege. Dies erleichtert die Vermittlung der Klientinnen und Klienten zu geeigneten pflegerischen Angeboten.

Auch zur Sicherstellung der Weiterversorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund nach Krankenhausaufenthalten ist die Vernetzung unter Krankenhaussozialdiensten und pflegerischen Beratungsstellen ein geeignetes Mittel. Ein diesbezügliches Beispiel ist in Box 3-11 dargestellt.

Box 3-11: Kooperation und Vernetzung am Beispiel der Servicestelle für ältere Migranten und deren Angehörige in Dortmund

Die Servicestelle für ältere Migranten und deren Angehörige, kurz SEMA, informiert und berät ältere Menschen mit Migrationshintergrund in Dortmund zumeist in deren Muttersprache u. a. zu pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten, zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, zum Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zu lokalen Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Darüber hinaus bietet SEMA Unterstützung bei der Antragstellung an. Zur Sicherstellung der Weiterversorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund nach Krankenhausaufenthalten arbeitet SEMA mit örtlichen Krankenhaussozialdiensten zusammen. Diese benachrichtigen SEMA bei Bedarf, woraufhin deren Beraterinnen bzw. Berater die betroffenen Personen bei der Beantragung von Leistungen wie der Kurzzeitpflege unterstützen und damit zur Sicherstellung von deren Weiterversorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt beitragen. Darüber hinaus arbeitet SEMA mit den Seniorenbüros von zwei Stadtbezirken zusammen, mit welchen gemeinsame Veranstaltungen organisiert werden, um für das Thema Pflege und Migration zu sensibilisieren.

Gemeinsame Aktivitäten der verschiedenen Akteure, die für die pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund relevant sind, eignen sich überdies zum Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie zur Sensibilisierung für das Thema Pflege und Migration. Mittelbar können sie damit zur Verbesserung von deren Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem beitragen. Relevante diesbezügliche Akteure sind u. a. kommunale Beratungsstellen, die Freie Wohlfahrtspflege sowie private Anbieter pflegerischer Leistungen. Mögliche Formate stellen neben der Organisation gemeinsamer Veranstaltungen auch themenspezifische Arbeitskreise wie beispielsweise zur kultursensiblen Pflege dar.

Box 3-12: Kooperation und Vernetzung am Beispiel des Arbeitskreises „Kultursensible Beratung zu Pflege und Sterbebegleitung“ in Mühlacker

Vor dem Hintergrund, dass auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund Unterstützung im Alter benötigen, hat sich in Mühlacker der Arbeitskreis „Kultursensible Beratung zu Pflege und Sterbebegleitung“ gegründet. Mitglieder des Arbeitskreises sind Vertreterinnen und Vertreter der Freien Wohlfahrtspflege, eines kultursensiblen ambulanten Pflegedienstes, eines ambulanten Hospizdienstes, einer Beratungsstelle sowie der türkischen Community. Ziele sind u. a. die Erstellung von Informationsmaterialien in türkischer Sprache, die Gewinnung von muslimischen Sterbebegleiterinnen und -begleitern sowie die (stärkere) regionale Bekanntmachung von bestehenden Angeboten für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige in der türkischstämmigen Bevölkerung.

Einsatz von kulturkompetenten Dolmetscherdiensten in der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie Auf- und Ausbau der interkulturellen Kompetenz des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Zur Sicherstellung einer hinreichenden sprachlichen und kulturellen Verständigung zwischen den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und den begutachteten pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund eignet sich die Hinzuziehung von professionellen, kulturkompetenten Dolmetscherdiensten. Die Interkulturellen BrückenbauerInnen in der Pflege in Berlin bieten dies beispielsweise an (Box 3-8). Weiterhin kann die Verständigung auch durch einen Auf- und Ausbau von interkultureller Kompetenz auf Seiten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, auch im Rahmen der Einstellung von bilingualem Personal, verbessert werden.[62] Schließlich wurde von einer Expertin empfohlen, Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste als Übersetzerinnen und Übersetzer in den Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu zulassen.

Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung

Zur Frage, inwiefern die im Bereich des Zuganges zu Pflege- und Unterstützungsangeboten identifizierten spezifischen Bedarfe von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren Angehörigen gegenwärtig gedeckt werden, liegen keine fundierten Antworten vor. Einzelne regionale Studien deuten darauf hin, dass der spezifische Bedarf an mehrsprachigen und kultursensiblen Informationen nicht hinreichend von ambulanten Diensten gedeckt wird.[63] Etwa die Hälfte der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten vertrat zudem die Ansicht, dass im Bereich niedrigschwelliger Beratungsangebote für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund Versorgungslücken bestünden. Hierfür sprechen auch die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegestützpunkten, denen zufolge Menschen mit Migrationshintergrund von den Pflegestützpunkten unterschiedlich gut erreicht werden.[64]

62 In den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren nach § 18b SGB XI finden die spezifischen Anforderungen, die ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund teilweise an das Begutachtungsverfahren stellen, lediglich insofern Berücksichtigung, als dass den Betroffenen bei einem erkennbaren diesbezüglichen Bedarf im Vorfeld der Begutachtung fremdsprachige schriftliche Informationen angeboten werden sollen.

63 Vgl. Anderson (2008) und Schenk (2015).

64 Vgl. Kirchen-Peters et al. (2016).

3.3.2 Unterstützung der familiären Pflege

3.3.2.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe

Familiäre Pflege als dominierende Versorgungsform

Aufgrund fehlender Datengrundlagen können bisher kaum Aussagen darüber getroffen werden, wie sich die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf auf die verschiedenen Versorgungsarten verteilt. Allerdings deuten einzelne Studien daraufhin, dass die familiäre Pflege zumindest in Teilen dieser Bevölkerungsgruppe vergleichsweise stark verbreitet ist.

Diesbezügliche Anhaltspunkte liefert eine quantitative Studie, die die auf Pflegebegutachtungen beruhende Datenbasis des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse Westfalen-Lippe für die Jahre 2001 bis 2005 differenziert für Antragstellerinnen und Antragsteller mit türkischem und nichttürkischem Hintergrund auswertete.[65] Den Studienergebnissen zufolge beantragte der Großteil der älteren Antragstellerinnen und Antragsteller mit türkischem Hintergrund ausschließlich Pflegegeld. Ambulante Sach- und Kombileistungen sowie vollstationäre Pflege wurden hingegen von jeweils deutlich weniger als einem Fünftel beantragt. Bei den Antragstellerinnen und Antragstellern ohne türkischen Hintergrund zeigt sich hingegen ein ausgewogeneres Verhältnis der Leistungsarten (Tabelle 3-2). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund häufiger ausschließlich von Angehörigen geleistet wird und professionelle Einrichtungen und Dienste seltener in Anspruch genommen werden als dies in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund der Fall ist.

65 Vgl. Okken et al. (2008).

Tabelle 3-2: Ältere Antragstellerinnen und Antragsteller mit türkischem und nichttürkischem Hintergrund in Westfalen-Lippe nach Art der beantragten Pflegeleistungen und Altersgruppe (2001-2005)

Altersgruppe	65 bis 79 Jahre		80 Jahre und älter	
Beantragte Leistungen	türkisch-stämmig	nicht-türkisch-stämmig	türkisch-stämmig	nicht-türkisch-stämmig
Pflegegeld	81 %	46 %	74 %	32 %
Ambulante Sach- und Kombileistungen	15 %	31 %	13 %	32 %
Vollstationäre Pflege	4 %	23 %	13 %	36 %

Quelle: Prognos AG 2017 auf Basis Okken et al. (2008)

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine 2015 und 2016 durchgeführte bundesweite Befragung zum Thema Altenpflege für muslimische Menschen von über 2.000 Personen, die sich selbst als muslimisch bezeichneten. 268 der Befragten gaben an, direkt von einem Pflegefall in der Familie betroffen zu sein. Die pflegerische Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes erfolgte dabei in 68 Prozent der Fälle zuhause durch Angehörige. Weitere 16 Prozent nahmen ambulante Dienste in Anspruch. Die pflegerische Versorgung in einer betreuten Wohngemeinschaft oder einem Altenheim erfolgte hingegen lediglich in 13 Prozent der Fälle.[66]

Daneben deuten diverse qualitative Studien darauf hin, dass die familiäre Pflege gegenwärtig die dominierende Versorgungsform unter älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund darstellt. In München wurde eine Befragung von Mitarbeitenden ambulanter Dienste, die aufgrund der Durchführung von Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI über Einblicke in die Pflegesituation pflegender Familien mit Migrationshintergrund verfügten, durchgeführt. Aus dieser geht hervor, dass diese offenbar nur selten von ergänzenden oder alternativen Leistungen ambulanter Dienste wie beispielsweise Essen auf Rädern oder aber der Tagespflege Gebrauch machen. Ursächlich für die zurückhaltende Inanspruchnahme ist den Studienergebnissen zufolge insbesondere die Angewiesenheit der Familien auf das Pflegegeld, welches eine zusätzliche Einkommensquelle darstellt.[67] Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine im Raum Hamburg durchgeführte Befragung von Expertinnen und Experten. Nach deren Ansicht greifen

66 Vgl. Volkert und Risch (2017).
67 Vgl. Anderson (2008).

Menschen mit Migrationshintergrund im Falle einer Pflegebedürftigkeit vermehrt auf die familiäre Pflege zurück und geben Geldleistungen den Vorzug vor Sachleistungen, da erstere auch zur Finanzierung des Lebensunterhalts genutzt werden können.[68]

Auch die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten vertraten mehrheitlich die Ansicht, dass die familiäre Pflege in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund gegenwärtig noch etwas weiter verbreitet ist als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Ursächlich hierfür ist aus Sicht einiger Expertinnen und Experten auch der Umstand, dass einkommensschwächere Familien das Pflegegeld als zusätzliches Familieneinkommen benötigen.

Box 3-13: Einkommenssituation und Armutsgefährdung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund

Aufgrund niedrigerer Renten infolge kürzerer Beitragszeiten und niedrigerer Arbeitseinkommen weisen ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein vergleichsweise niedriges Nettoäquivalenzeinkommen sowie ein überdurchschnittlich hohes Armutsrisiko auf. Mit rund 1.300 Euro fiel das monatliche Nettoäquivalenzeinkommen in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2013 rund 270 Euro niedriger aus als in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Innerhalb der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund erzielten Arbeitsmigrantinnen und -migranten ein rund 90 Euro geringeres monatliches Nettoäquivalenzeinkommen als (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler mit eigener Migrationserfahrung (1.170 Euro vs. 1.260 Euro). Die Armutsgefährdungsquote fiel in der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund rund 20 Prozentpunkte höher aus als in der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (32,1 % vs. 12,5 %). Innerhalb der Gruppe älterer Menschen mit Migrationshintergrund war die Armutsgefährdungsquote unter Arbeitsmigrantinnen und -migranten rund neun Prozentpunkte höher als die der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler (36,5 % vs. 27,5 %).[69]

Ein anderes Bild zeichnet hingegen eine bundesweite Erhebung aus dem Jahr 2016.[70] Den Ergebnissen zufolge nehmen pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund, die Leistungen der Pflegeversicherung in Privathaushalten beziehen, in etwa genauso häufig ausschließlich Pflegegeld in Anspruch wie diejenigen ohne Migrationshintergrund (64 % versus 66 %). Gleiches gilt für den Bezug von Sach- und Kombileistungen. Diese Ergebnisse sind jedoch vermutlich nicht repräsentativ für alle älteren Menschen mit Migrationshintergrund, da die Befragung ausschließlich auf Deutsch durchgeführt wurde. Haushalte, in welchen keine Person

68 Vgl. Petersen-Ewert et al. (2015).

69 Vgl. Hoffmann und Romeu Gordo (2016).

70 Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).

über hinreichende Deutschkenntnisse verfügte, wurden nicht in die Stichprobe einbezogen. Ferner liegen die Ergebnisse nicht differenziert für die Gruppe der älteren Befragten vor.

Dass die familiäre Pflege in der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund tendenziell einen vergleichsweise hohen Stellenwert einnimmt, legen außerdem verschiedene Studien zu den Erwartungen, Wünschen und Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund bzgl. ihrer pflegerischen Versorgung im Alter nahe. Eine bundesweite Befragung von 78 Älteren mit Migrationshintergrund kommt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass sich diese mehrheitlich wünschen, im Bedarfsfall von Familienangehörigen gepflegt zu werden.[71]

In ihrer Präferenz der familiären Pflege unterscheiden sich ältere Menschen mit Migrationshintergrund dabei nicht von Älteren ohne Migrationshintergrund. Auch diese möchten im Falle einer Pflegebedürftigkeit mehrheitlich von Familienangehörigen versorgt werden.[72] Unterschiede scheinen jedoch bei der Bereitschaft zu bestehen, in Ergänzung oder als Alternative zur familiären Pflege professionelle pflegerische Angebote in Anspruch zu nehmen. Von den im Rahmen der zuvor genannten Studie befragten älteren Menschen mit Migrationshintergrund konnte sich über ein Drittel sehr gut vorstellen, im Bedarfsfall ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen; ein weiteres Fünftel wäre hierzu bereit, sofern sich die familiäre Pflege als nicht realisierbar erweisen sollte.[73] In der älteren Gesamtbevölkerung scheint die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Angebote deutlich ausgeprägter zu sein. So erwarten über zwei Drittel der im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2013 befragten älteren Personen, im Alter Unterstützung von ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen zu erhalten.[74]

Aus Sicht eines im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Experten könnte die vermeintlich stärkere Präferenz der familiären Pflege seitens älterer Menschen mit Migrationshintergrund allerdings teilweise auch darauf zurückzuführen sein, dass diese häufig nicht wissen, welche ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und -angebote es gegenwärtig gibt. Diesbezügliche Anhaltspunkte liefert auch die bereits mehrmals zitierte Studie, im Rahmen derer 78 ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Bundesgebiet befragt wurden. Die Studienautorinnen und -autoren vermuten,

71 Vgl. FES (2015).
72 Vgl. Kuhlmey et al. (2013).
73 Vgl. FES (2015).
74 Vgl. Kuhlmey et al. (2013).

dass die kategorische Ablehnung der ambulanten Pflege von rund einem Drittel der Befragten teilweise darauf beruhen könnte, dass den Befragten diese Versorgungsform nicht bekannt war.[75]

Belastung und Überforderung pflegender Angehöriger

Die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Erkenntnisse zur Versorgung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund sprechen dafür, dass die familiäre Versorgung in dieser Bevölkerungsgruppe vergleichsweise stark ausgeprägt ist. Die Übernahme der pflegerischen Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes kann dabei eine erhebliche körperliche und psychische Belastung für die Pflegeperson darstellen.

Zur Frage, inwiefern die Pflege für Angehörige mit Migrationshintergrund eine besondere Belastung darstellt, liegen keine fundierten Antworten vor. Aus Sicht einer im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertin ist grundsätzlich davon auszugehen, dass kulturelle Unterschiede aufgrund eines Migrationshintergrundes sowohl entlastend als auch belastend wirken können. Zu einer *entlastenden* Wirkung käme es, wenn die Übernahme der Pflege kulturell bedingt als selbstverständlich und damit als nicht belastend angesehen werde. Eine *belastende* Wirkung trete hingegen auf, wenn die kulturell bedingte Auffassung, dass die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes eine von der Familie zu leistende Aufgabe sei, dazu führe, dass professionelle Pflege- und Unterstützungsangebote trotz einer Überforderung der Pflegeperson nicht in Anspruch genommen würden.

Anhaltspunkte dafür, dass pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund, wie auch pflegende Angehörige ohne Migrationshintergrund, besonderen Belastungen ausgesetzt sind und sich häufig in einer Situation der Überforderung befinden, liefern diverse qualitative Studien. Die Ergebnisse einer Befragung von zehn Expertinnen und Experten sowie von fünfzehn türkischstämmigen pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz weisen beispielsweise darauf hin, dass letztere häufig selbst unter gesundheitlichen Problemen leiden und psychisch stark belastet sind. Dennoch scheinen sie den Studienergebnissen zufolge ambulante Hilfen nur äußerst selten und wenn, dann erst im bereits weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, in Anspruch zu nehmen. Dies berge wiederum die Gefahr von Einbußen in der pflegerischen Versorgungsqualität. Auch litten die Betroffenen

75 Vgl. FES (2015).

unter der geringen Akzeptanz bzw. der Tabuisierung des Themas Demenz in ihrem familiären und sozialen Umfeld, welches entsprechend wenig Verständnis für ihre Situation aufbringe.[76]

Besondere Belastungen von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund können sich auch daraus ergeben, dass viele Pflegebedürftige der ersten Zuwanderergeneration im Alltag bei sämtlichen Handlungen, die mit Kommunikation einhergehen, von ihren Angehörigen unterstützt werden müssen.[77] Einer im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertin zufolge stellen Familien mit Migrationshintergrund überdies teilweise einen höheren Anspruch an die pflegerische Versorgung eines Familienmitgliedes als dies in Familien ohne Migrationshintergrund der Fall ist. Dies führe dazu, dass sie zumindest teilweise einer höheren Gefahr der Überforderung ausgesetzt seien.

Einer erhöhten Gefahr der Überforderung scheinen insbesondere ältere pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund ausgesetzt zu sein. Hierfür sprechen die Ergebnisse einer Studie, in der 29 türkischstämmige pflegende Angehörige befragt wurden. Während die jüngeren Befragten die Pflegesituation vergleichsweise gut bewältigen konnten und auch auf professionelle ambulante Angebote zurückgriffen, wurde bei den älteren Befragten ein Bedarf an Unterstützung bei der Bewältigung der Pflegesituation deutlich. Daneben wurde von den älteren Befragten berichtet, dass sie selbst von gesundheitlichen Problemen betroffen seien und unter Vereinsamung und der psychischen Belastung litten.[78]

Bedarf an Unterstützung und Entlastung seitens pflegender Angehöriger

Die bisherigen Ausführungen legen nahe, dass die familiäre Pflege gegenwärtig das dominierende Versorgungsmodell in der älteren pflegebedürftigen Bevölkerung mit Migrationshintergrund darstellt. Gleichzeitig gibt es Anhaltspunkte dafür, dass pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund unter besonderen Belastungen leiden und einer erhöhten Gefahr der Überforderung ausgesetzt sind. Diese Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass seitens pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund insbesondere angesichts ihrer psychischen Belastung sowie ihres Gesundheitszustandes ein vergleichsweise großer Bedarf an Unterstützung und Entlastung, sowohl in psychosozialer als auch in pflegerischer Hinsicht, besteht. Diese Ansicht wurde von über der Hälfte der

76 Vgl. Tezcan-Güntekin (2015) sowie Tezcan-Güntekin und Breckenkamp (2017).
77 Vgl. Petersen-Ewert et al. (2015).
78 Vgl. Glodny et al. (2009).

Expertinnen und Experten vertreten, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden.

Als konkrete Unterstützungs- und Entlastungsbedarfe pflegender Angehöriger mit Migrationshintergrund identifizierten einzelne Expertinnen und Experten folgende:

- Auf- und Ausbau des pflegerelevanten Wissens im Rahmen von kultursensiblen Pflegekursen und häuslichen Schulungen
- Zeitweilige Übernahme der Betreuung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes im Rahmen von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie ggf. der Tagespflege
- Stärkung der Selbstkompetenz im Umgang mit der Belastungssituation im Rahmen von homogenen Angehörigen- und Selbsthilfegruppen

Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller ambulanter Angebote

Obwohl ältere Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell eine etwas stärkere Präferenz für die Angehörigenpflege aufweisen, ist ein Teil von ihnen bereit, im Bedarfsfall auf professionelle ambulante Angebote als Ergänzung oder Alternative zur familiären Pflege zurückzugreifen. Hierauf deuten die Ergebnisse zweier Studien hin. Über ein Drittel (36 %) der im Rahmen einer bundesweiten Erhebung befragten älteren Personen, die überwiegend aus der Türkei und aus Nachfolgestaaten der Sowjetunion stammten, konnte sich sehr gut vorstellen, im Falle einer Pflegebedürftigkeit ambulante Dienste in Anspruch zu nehmen. Ein weiteres Fünftel (21 %) wäre hierzu bereit, falls sich die familiäre Pflege als nicht realisierbar erweisen sollte.[79] Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine in Berlin durchgeführte Befragung älterer türkischstämmiger Personen. Von den Befragten gaben über zwei Drittel (74 %) an, sich vorstellen zu können, im Bedarfsfall professionelle ambulante Pflege in Anspruch zu nehmen.[80]

79 Vgl. FES (2015).

80 Vgl. Schenk (2014).

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme stationärer Pflege scheint in der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund zwar ebenfalls vorhanden, offenbar jedoch geringer ausgeprägt zu sein. So konnte sich knapp die Hälfte der im Rahmen einer bundesweiten Erhebung befragten älteren türkischstämmigen Personen vorstellen, bei Bedarf stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.[81] Von den in Berlin befragten älteren türkischstämmigen Personen gab über die Hälfte (58 %) an, dass die stationäre Pflege für sie eine Option darstelle.[82] In eine ähnliche Richtung zeigen die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Personen, die sich selbst als muslimisch bezeichneten. Gut die Hälfte der Befragten im Alter von mindestens 70 Jahren (52 %) sowie über ein Drittel der Befragten im Alter von zwischen 60 und 69 Jahren (38 %) konnten sich den Studienergebnissen zufolge vorstellen, bei Bedarf stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.[83]

Eine stärkere Ablehnung der stationären Pflege scheint in der Gruppe der älteren Menschen aus den Nachfolgestaaten der Sowjetunion zu bestehen. Hierauf deutet die nach Migrationshintergrund differenzierte Auswertung der Ergebnisse der bundesweiten Befragung von älteren Menschen aus der Türkei und den Nachfolgestaaten der Sowjetunion hin. Den Befunden zufolge waren von diesen lediglich acht Prozent bereit, im Falle einer Pflegebedürftigkeit stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen.[84]

Bedarf an mehrsprachigen und kultursensiblen ambulanten Versorgungsangeboten

Die in den vorherigen Abschnitten dargestellten Befunde legen nahe, dass die familiäre Pflege innerhalb der älteren Bevölkerung mit Migrationshintergrund einen vergleichsweise hohen Stellenwert einnimmt. Allerdings sind ältere Menschen mit Migrationshintergrund offenbar teilweise dazu bereit, im Falle einer Pflegebedürftigkeit insbesondere professionelle ambulante Versorgungsangebote in Ergänzung oder als Alternative zur familiären Pflege in Anspruch zu nehmen. Auch vor dem Hintergrund bestehender Hinweise darauf, dass gerade ältere Angehörige von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund mit der pflegerischen Versorgung teilweise überfordert sind, lassen diese Beobachtungen auf einen erhöhten Bedarf an bedürfnisgerechten ambulanten Versorgungsangeboten für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund schließen.

81 Vgl. FES (2015).
82 Vgl. Schenk (2014).
83 Vgl. Volkert und Risch (2017).
84 Vgl. FES (2015).

3.3.2.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, mithilfe derer die zuvor identifizierten spezifischen Bedarfe älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund besser gedeckt werden können. Tabelle 3-3 bietet vorab einen Überblick über die für jeden Bedarf identifizierten Ansätze.

Tabelle 3-3: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und die Ansätze zu deren Deckung im Bereich familiäre Pflege

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen	▪ Vermittlung zwischen pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten ▪ Entwicklung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige ▪ Aufbau bedürfnisgerechter Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
Ergänzende oder alternative professionelle ambulante Versorgungsangebote	▪ Vermittlung des kombinierten Pflegemodells aus familiärer und ambulanter professioneller Pflege an pflegende Familien ▪ Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger ambulanter Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen ▪ Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger betreuter Wohngemeinschaften

Quelle: Prognos AG 2017

Vermittlung zwischen pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten

Im vorherigen Kapitel wurden Anhaltspunkte dafür geliefert, dass insbesondere ältere pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund einen tendenziell erhöhten Bedarf an Unterstützung und Entlastung aufweisen. Dieser ist u. a. darauf zurückzuführen, dass bestehende professionelle Hilfeangebote aufgrund von stigmatisierten und tabuisierten Krankheitsbildern häufig erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung in Anspruch genommen werden. Zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund eignet sich demnach zunächst die verbesserte Vermittlung zwischen Angehörigen einerseits und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten wie Pflegekursen und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten andererseits.

Einen geeigneten diesbezüglichen Rahmen bilden dabei u. a. kultursensible häusliche Einzelgespräche, im Rahmen derer, bei Bedarf auch in der Muttersprache, individuelle Probleme bei der Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes thematisiert, aber auch die Inanspruchnahme professioneller Unterstützungs- und Entlastungsangebote und deren Finanzierung besprochen

werden. Sofern sich im Gespräch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Unterstützungs- oder Entlastungsangebotes entwickelt, gleichzeitig jedoch Ressourcen für deren Erschließung fehlen, bedarf es überdies der Unterstützung bei der Antragstellung sowie im Begutachtungs- und ggf. Widerspruchsverfahren. Ansonsten kann der Fall eintreten, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme eines Unterstützungs- oder Entlastungsangebotes nicht in der tatsächlichen Inanspruchnahme mündet.

Die Wichtigkeit der Beratung als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten durch pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund brachte eine im Rahmen der vorliegenden Studie befragte Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle folgendermaßen auf den Punkt:

„Ohne Beratung geht es nicht."

Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle

Zur Vermittlung zwischen pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten kommen neben häuslichen Einzelgesprächen auch die Beratungen von pflegenden Angehörigen nach § 37 Abs. 3 SGB XI infrage.

Box 3-14: Vermittlung zwischen pflegenden Angehörigen und bestehenden Unterstützungs- und Entlastungsangeboten am Beispiel der Fachstelle für pflegende Angehörige in Nürnberg

Die Fachstelle für pflegende Angehörige in Trägerschaft des Arbeiterwohlfahrt Kreisverbandes Nürnberg e. V. bietet u. a. niedrigschwellige Betreuungsangebote (Betreuungsgruppe, Helferkreis) für russischsprachige Seniorinnen und Senioren mit Demenz an. Im Vorfeld der Inanspruchnahme des Angebotes werden von der deutsch- und russischsprachigen Angebotskoordinatorin, die selbst über einen Migrationshintergrund verfügt, muttersprachliche Einzelgespräche mit den Angehörigen demenzkranker Personen im Rahmen von Hausbesuchen geführt. In den Gesprächen werden individuelle Probleme bei der Betreuung des demenzkranken Familienmitgliedes thematisiert. Darüber hinaus wird das Betreuungsangebot des Trägers vorgestellt und zu dessen Finanzierung informiert. Im Laufe des Gespräches wird mit Sensibilität versucht, das Thema Demenz sowie die Annahme von Hilfe zu enttabuisieren und darüber die Angehörigen an das Angebot heranzuführen. Im Falle einer Entscheidung für die Inanspruchnahme des Betreuungsangebotes wird überdies bei der Antragstellung, der Vorbereitung auf die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie ggf. im Widerspruchsverfahren unterstützt. Auch während der Nutzung des Angebotes steht die Angebotskoordinatorin den Angehörigen kontinuierlich als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Entwicklung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige

Aus Sicht mehrerer der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten mangelt es gegenwärtig an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, die den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund bzw. von deren pflegebedürftigen Familienmitgliedern gerecht werden. In diesen Fällen sei folglich die Entwicklung von bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für diese Zielgruppe notwendig.

Spezifische Anforderungen an die Ausgestaltung entsprechender Angebote können sich u. a. aus geringen Deutschkenntnissen aber auch diversen kulturellen Prägungen ergeben. Mit Blick auf die kultursensible Ausgestaltung von Pflegekursen und -schulungen zeigt dies beispielhaft das folgende Zitat einer der befragten Expertinnen:

> „Die Angebotsform ist entscheidend, um die Zielgruppe zu erreichen. Beim Thema Schulung denkt man vielleicht an einen Vortrag und die Leute schreiben mit. In der türkischen Gemeinde funktioniert das z. B. nicht. Da trifft man sich zum Teetrinken und Kuchenessen und erklärt dann z. B. nebenbei, was Diabetes heißt und bedeutet."
>
> *Gesundheits- und Sozialwissenschaftlerin*

Box 3-15: Bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung pflegender Angehöriger am Beispiel mehrsprachiger Pflegekurse der AOK Nordost

Im Rahmen des Programms "Pflege in Familien fördern - PfiFf" bietet die AOK Pflege Akademie Nordost seit 2016 kultursensible Pflegekurse für pflegende Angehörige in mehreren Sprachen (arabisch, türkisch, russisch, vietnamesisch) an. In den Kursen werden den Teilnehmenden sowohl theoretisches Wissen, beispielsweise zu den Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegestützpunkte, als auch praktische Fähigkeiten wie Dreh- und Hebetechniken vermittelt. Die Kurse sind für die Teilnehmenden kostenlos und können unabhängig von der Kassenzugehörigkeit in Anspruch genommen werden.

Neben mehrsprachigen und kultursensiblen Pflegekursen bzw. -schulungen, im Rahmen derer pflegenden Angehörigen pflegerelevantes Wissen vermittelt wird, kann auch das Konzept niedrigschwelliger Unterstützungs- und Entlastungsangebote an die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst werden. Für ältere russischsprachige Menschen ist dies in Box 3-16 beispielhaft dargestellt.

Box 3-16: Bedarfs- und bedürfnisorientierte Unterstützung und Entlastung für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bzw. für deren Angehörige in der Praxis

Bedarfs- und bedürfnisgerechte Entlastung pflegender Angehöriger am Beispiel eines muttersprachlichen Betreuungsangebotes für russischsprachige Menschen mit Demenz in Nürnberg:

Vor dem Hintergrund, dass ältere russischsprachige Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen die bestehenden konventionellen Betreuungs- und Entlastungsangebote aufgrund von sprachlichen und kulturellen Unterschieden nicht nutzen können, wurden vom Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Nürnberg e. V. im Jahr 2008 spezifische Entlastungsangebote für diese Zielgruppe im Rahmen eines deutsch-israelischen Kooperationsprojektes initiiert. Das Angebot umfasst u. a. eine Betreuungsgruppe für ältere russischsprachige Menschen mit Demenz. Entsprechend des zugrundeliegenden kultursensiblen Konzeptes wird in der Betreuungsgruppe nicht nur Russisch gesprochen, sondern es werden auch russische Lieder gesungen, russische Märchen beim Teetrinken erzählt und traditionelle russische Feste gemeinsam gefeiert. Neben der Betreuungsgruppe umfasst das Angebot die stundenweise, soziale häusliche Einzelbetreuung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Sowohl die haupt- als auch die ehrenamtlichen Mitarbeitenden weisen selbst einen Migrationshintergrund auf, sprechen neben Deutsch auch Russisch und wurden überdies zur interkulturellen Kompetenz geschult. Um die Nutzbarkeit des Angebotes zu gewährleisten, wurde seitens des Trägers zudem ein Hol- und Bringdienst für die Nutzerinnen und Nutzer der Betreuungsgruppe eingerichtet und die Abrechnung der Kosten für die Nutzung der Angebote mit den Kostenträgern wird übernommen.

Bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung am Beispiel eines muttersprachlichen Unterstützungsangebotes für ältere russischsprachige Menschen in Freital:

Der Verein Das Zusammenleben e. V. wurde 2005 durch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler in Freital mit dem Ziel gegründet, Integrationshilfe zu leisten. Das Angebot des Vereins ist seitdem mit der Community „gealtert“. Mittlerweile gibt es neben einem umfassenden Informations- und Beratungsangebot zum Thema Alter und Pflege für ältere russischsprachige Menschen auch ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für diese Zielgruppe. Das nach § 45b SGB XI anerkannte Betreuungs- und Entlastungsangebot umfasst u. a. Unterstützung bzw. Begleitung bei Arztterminen, Einkäufen, Freizeitaktivitäten, Haushaltsarbeiten sowie Fahrdienste. Sämtliche Angebote – auch im Bereich der Information und Beratung – werden bei Bedarf auf russischer Sprache erbracht, überwiegend durch geschulte Ehrenamtliche der Community, die die kulturelle und psychosoziale Situation der Nutzerinnen und Nutzer nachvollziehen können. Entscheidende Erfolgsfaktoren sind aus Sicht der Vereinsvorsitzenden die Angebotsentwicklung und -erbringung durch einen Migrantenverein und die dadurch bedingt enge Anbindung an die Zielgruppe sowie die Vorhaltung verschiedener Leistungen – darunter Beratungs- und Unterstützungsleistungen – aus einer Hand.

Aufbau bedürfnisgerechter Angehörigen- und Selbsthilfegruppen

Eine Möglichkeit, pflegende Angehörige mit Migrationshintergrund insbesondere in psychosozialer Hinsicht zu unterstützen bzw. zu entlasten und sie in ihrer Selbstkompetenz zu stärken, stellen sprachlich homogene Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen dar. Im Rahmen derer können sich Betroffene in ihrer Muttersprache über ihre Erfahrungen und ihr Wissen austauschen und werden dabei aus ihrer Isolation geholt. Um die Inanspruchnahme von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen zu verbessern, könnte sich u. a. deren Angliederung an bestehende Unterstützungs- und Entlastungsangebote sowie deren Organisation in Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen eignen.

Box 3-17: Bedürfnisgerechte Angehörigengruppen am Beispiel einer Angehörigengruppe für russischsprachige pflegende Angehörige in Nürnberg

Ergänzend zu einem niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebot bietet der Träger des Angebotes, die Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Nürnberg e. V., eine fachlich angeleitete Gesprächsgruppe für Angehörige von älteren russischsprachigen Menschen mit Demenz an. Die Angehörigen treffen sich einmal im Monat, um sich auf Russisch über ihre Erfahrungen und Wissen auszutauschen.

Vermittlung des kombinierten Pflegemodells aus familiärer und ambulanter professioneller Pflege an pflegende Familien

Die Ergebnisse des vorhergehenden Kapitels legen nahe, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund trotz ihrer Präferenz für die familiäre Pflege teilweise bereit sind, professionelle ambulante Pflegeangebote in Anspruch zu nehmen. Bisher ist die tatsächliche Inanspruchnahme ergänzender oder alternativer ambulanter Angebote jedoch offenbar vergleichsweise gering.[85] Dieser Befund legt nahe, das zunächst gezielt zwischen pflegenden Familien mit Migrationshintergrund einerseits und ambulanten Pflegeangeboten andererseits vermittelt werden sollte.

Einen möglichen Rahmen hierfür bieten u. a. die Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Durch den Einsatz von muttersprachlichen Fachkräften mit interkulturellen Kompetenzen kann in deren Rahmen Vertrauen aufgebaut und die Offenheit pflegender Familien für die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Angebote vergrößert werden. Sofern keine muttersprachlichen Fachkräfte zur Verfügung stehen, sollten bei Bedarf kulturkompetente Dolmetscherdienste hinzugezogen werden. Mehrere Expertinnen und Experten empfahlen überdies, dass auch für Leistungsbezieherinnen und -bezieher von Sozialhilfe eine der Beratung nach

85 Vgl. Anderson (2008), Okken et al. (2008), Schenk (2014) sowie Volkert und Risch (2017).

§ 37 Abs. 3 SGB XI entsprechende Pflichtberatung eingeführt werden sollte, um diese Teilgruppe besser zu erreichen.

Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger ambulanter Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen

Zur Deckung des Bedarfes an kultursensibler und muttersprachlicher ambulanter Pflege eignet sich folglich der gezielte Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger ambulanter Pflegedienste. Die Einführung von Kriterien zur Sicherung von deren Qualität wurde von den Teilnehmenden eines Expertenworkshops, der im Rahmen dieser Studie stattfand, allerdings kontrovers gesehen. Zwar könne die Einführung von diesbezüglichen Kriterien die Qualität kultursensibler ambulanter Pflege verbessern. Andererseits sei die Bestimmung und Kontrollierung diesbezüglicher Kriterien mit größeren Schwierigkeiten verbunden.

Box 3-18: Kultursensible und mehrsprachige ambulante Pflegedienste am Beispiel des kultursensiblen Pflegedienstes Ayten Aslan in Pforzheim

Der ambulante Pflegedienst Ayten Aslan wurde im Jahr 2013 von zwei erfahrenen Pflegefachkräften mit dem Ziel gegründet, ein bedürfnisgerechtes ambulantes Pflegeangebot auch für pflegebedürftige, gläubig-liberale muslimische Menschen türkischer Herkunft zu schaffen. Das Leistungsangebot des Pflegedienstes umfasst Grundpflege, Behandlungspflege, Verhinderungspflege, aktivierende Pflege, Pflegeanleitungen im häuslichen Bereich, Pflegekurse sowie Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz. Darüber hinaus werden Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchgeführt. Die Mitarbeitenden des Pflegedienstes sprechen neben Deutsch auch Türkisch. Im Rahmen monatlicher Teambesprechungen und problembezogener Fallbesprechungen wird ihre interkulturelle Kompetenz gezielt auf- und ausgebaut. Zur Ermittlung der Bedürfnisse der türkischstämmigen Nutzerinnen und Nutzer, die etwa 50 Prozent ausmachen, wurde ein zusätzlicher Biografiebogen entwickelt. In der Pflege wird versucht, den Bedürfnissen der türkischstämmigen (und deutschen) Nutzerinnen und Nutzer soweit wie möglich gerecht zu werden, beispielsweise indem Wünsche nach geschlechtsspezifischer Pflege entsprechend berücksichtigt werden.

Neben kultursensiblen und mehrsprachigen Pflegediensten stellen kultursensible und mehrsprachige Tagespflegeeinrichtungen eine weitere Versorgungsform dar, im Rahmen derer der Bezug zum häuslichen Umfeld auch unter schwierigeren Bedingungen aufrecht erhalten werden kann. Ein diesbezügliches Praxisbeispiel ist in Box 3-19 dargestellt.

Box 3-19: Kultursensible und mehrsprachige Tagespflege am Beispiel von ARIANA – einer interkulturellen Tagespflegeeinrichtung in Hamburg

Vor dem Hintergrund, dass die familiäre Unterstützungspotenziale auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund abnehmen und deshalb der Bedarf an tageweiser Betreuung und Beschäftigung zunimmt, wurde vom Inhaber und Geschäftsführer eines interkulturellen ambulanten Pflegedienstes im Jahr 2008 ein Angebot der interkulturellen Tagespflege initiiert. Die rund 70 Nutzerinnen und Nutzer, die überwiegend aus dem Iran und Afghanistan stammen, werden von bilingualen Pflege- und Betreuungskräften mit kulturellen Bezügen zu diesen und weiteren Herkunftsländern gepflegt und betreut. Bei der Pflege und Betreuung werden geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigt. Auch in der Küche sowie bei der räumlichen und musikalischen Gestaltung wird auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer eingegangen. Neben der eigentlichen Tagespflege und -betreuung werden zudem ein Hol- und Bringdienst sowie diverse Unterstützungsangebote wie Begleitung zu Behörden für die Besucherinnen und Besucher der Einrichtung vorgehalten.

Auf- und Ausbau kultursensibler und mehrsprachiger betreuter Wohngemeinschaften

Im vorherigen Kapitel wurden Anhaltspunkte dafür geliefert, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund teilweise eine Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Pflegeangebote im ambulanten Bereich zeigen, die stationäre Pflege hingegen vergleichsweise häufig ablehnen. Eine Versorgungsform, die diesen Präferenzen vergleichsweise gut entsprechen könnte, sind ambulant betreute Wohngemeinschaften für bestimmte Sprach- und Herkunftsgruppen. Ein diesbezügliches Beispiel ist in Box 3-20 dargestellt.

Box 3-20: Kultursensible und mehrsprachige betreute Wohngemeinschaften am Beispiel einer betreuten Wohngemeinschaft für türkischsprachige pflegebedürftige Menschen mit Demenz in Stuttgart

Vor dem Hintergrund, dass es in Stuttgart kaum pflegerische Angebote für ältere türkischstämmige Menschen gibt und diese in pflegerischer Hinsicht folglich eher schlecht versorgt sind, wurde im Jahr 2015 eine selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf und Demenz von der Stadt Stuttgart und dem städtischen Wohnungsbauunternehmen SWSG initiiert. Die überwiegend türkischstämmigen Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngemeinschaft, die sich in einem Mehrfamilienhaus in einem Stadtteil mit einem relativ hohen Migrantenanteil befindet, werden von bilingualen, deutsch-türkischsprachigen Pflege- und Betreuungskräften versorgt. Diese sind erfahren in der Versorgung von pflegebedürftigen, türkischstämmigen Musliminnen und Muslimen und verfügen über Kenntnisse der türkischen Kultur und islamischen Religion. In der Wohngemeinschaft werden türkische Gerichte gekocht. Religiöse sowie weitere, individuelle Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise hinsichtlich der Tagesgestaltung werden ebenfalls berücksichtigt.

Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung

Die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten waren mehrheitlich der Ansicht, dass es bereits eine größere Zahl an kultursensiblen und mehrsprachigen ambulanten Pflegediensten gebe. Einem Experten zufolge bestehe in großen Städten teilweise bereits ein Überangebot. Von einer flächendeckenden Deckung des Bedarfes an kultursensibler und muttersprachlicher ambulanter Pflege kann aus Sicht der Mehrheit der Expertinnen und Experten allerdings nicht ausgegangen werden. Mehrere Expertinnen und Experten äußerten überdies, dass es gegenwärtig an Unterstützungs- und Entlastungsangeboten mangele, die den spezifischen Bedarfen und Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund bzw. von deren pflegebedürftigen Familienmitgliedern gerecht werden.

3.3.3 Berücksichtigung sprachlicher Unterschiede

3.3.3.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe

Tendenziell geringe Deutschkenntnisse

Ältere Menschen mit Migrationshintergrund verfügen oftmals über eher geringe Deutschkenntnisse, die nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben aufgrund des häufig damit einhergehenden Rückgangs von Kontakten zum deutschen Umfeld weiter abnehmen. Dies zeigen beispielsweise die Ergebnisse der bevölkerungsrepräsentativen RAM-Studie aus den Jahren 2005 und 2006, im Rahmen derer die fünf größten Nationalitätengruppen in Deutschland um eine Einschätzung ihrer Deutschkenntnisse gebeten wurden. Die befragten türkischstämmigen Personen, die das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten, schätzten ihre Deutschkenntnisse im Durchschnitt als schlecht ein. Die gleichaltrigen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Italien oder Griechenland stammenden Befragten gaben im Durchschnitt an, über mittelmäßige Deutschkenntnisse zu verfügen. Lediglich die 65-jährigen und älteren polnischstämmigen Befragten stuften ihre Deutschkenntnisse im Durchschnitt als gut ein.[86] Für die Gruppe der älteren türkischstämmigen Menschen zeigen die Ergebnisse einer in Berlin durchgeführten Erhebung in eine ähnliche Richtung: Die befragten Personen stuften ihre Deutschkenntnisse überwiegend entweder als mittelmäßig (47 %) oder aber als gering (35 %) ein.[87]

86 Vgl. BAMF (2008).
87 Vgl. Schenk (2014).

Auch die Befunde, die im Rahmen der vorliegenden Studie mittels einer nicht repräsentativen (Online-)Befragung von Anbietern von Pflege- und Unterstützungsleistungen für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund gewonnen wurden, sprechen dafür, dass ein erheblicher Teil dieser Bevölkerungsgruppe über geringe Deutschkenntnisse verfügt. So gab der Großteil der befragten Anbieter an, dass nahezu alle pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer ihres Angebotes, die über einen Migrationshintergrund verfügten, deutliche Schwierigkeiten hätten, sich in der deutschen Sprache auszudrücken und die deutsche Sprache zu verstehen.

Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften

Die deutliche Mehrheit der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten äußerte, dass seitens älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund ein spezifischer Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften bestehe. Besonders ausgeprägt ist dieser mehreren Expertinnen und Experten zufolge in der Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache, da diese häufig relativ früh ihre Kenntnisse der deutschen Sprache verlieren. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen einer in Baden-Württemberg durchgeführten Studie, im Rahmen derer u. a. die Sprachkompetenzen von an Demenz erkrankten Menschen mit und ohne Migrationshintergrund untersucht wurden. Den Ergebnissen zufolge schränken demenzbedingte Sprachveränderungen bei Menschen, die Deutsch als nicht-dominante Zweitsprache erlernt haben, die Kommunikation in der deutschen Sprache in besonderem Maße ein.[88]

Von besonderer Relevanz ist die Verfügbarkeit einer muttersprachlichen Pflegekraft in der Pflegeanamnese sowie beim Aufbau und der Gestaltung der Pflegebeziehung, da die sprachliche Verständigung hierfür wesentliche Voraussetzung ist.[89] Grundsätzlich bergen sprachlich – wie auch kulturell – bedingte Verständigungsschwierigkeiten die Gefahr einer Unter- oder Fehlversorgung. Darüber hinaus können sie auch die Selbstbestimmungs- und Mitbestimmungsrechte beschränken.

Der Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften leitet sich dabei nicht nur aus der Notwendigkeit der sprachlichen Verständigung, sondern auch aus den Bedürfnissen älterer Menschen mit Migrationshintergrund ab. So zeigt eine in München durchgeführte quali-

88 Vgl. Gladis et al. (2014).

89 Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002).

tative Studie, dass von den befragten älteren Personen mit Migrationshintergrund nicht nur diejenigen mit geringen, sondern auch jene mit sehr guten Deutschkenntnissen das Bedürfnis hatten, eine muttersprachliche Fachkraft als Ansprechpartnerin zu haben. Begründet wurde dies damit, darin ein Stück Heimat in der Fremde zu finden.[90] Eine im Rahmen der vorliegenden Studie befragte Expertin formulierte dies in ähnlicher Weise:

> „Die verstehen zwar Deutsch, aber das Zuhause-Gefühl entsteht nicht."
>
> *Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle*

Bedarf an professionellen kulturkompetenten Dolmetscherdiensten

Sofern die Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit geringen Sprachkenntnissen durch muttersprachliche Fachkräfte nicht sichergestellt werden kann, besteht den Äußerungen einiger Expertinnen und Experten zufolge seitens dieser Teilgruppe ein Bedarf an professionellen kulturkompetenten Dolmetscherdiensten.

3.3.3.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, mithilfe derer die zuvor identifizierten spezifischen Bedarfe älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund besser gedeckt werden können. Tabelle 3-4 bietet vorab einen Überblick über die für jeden Bedarf identifizierten Ansätze.

Tabelle 3-4: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und die Ansätze zu deren Deckung im Bereich Sprache

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Muttersprachliche Fachkräfte	▪ Einstellung und Ausbildung von Menschen mit entsprechenden Sprachkompetenzen sowie Auf- und Ausbau der Sprachkompetenzen des bestehenden Personals
Professionelle kulturkompetente Dolmetscherdienste	▪ Schaffung der Möglichkeit, bei Bedarf kulturkompetente Dolmetscherdienste in Anspruch zu nehmen

Quelle: Prognos AG 2017

Einstellung und Ausbildung von Menschen mit entsprechenden Sprachkompetenzen sowie Auf- und Ausbau der Sprachkompetenzen des bestehenden Personals

Der Bedarf an muttersprachlichen Pflege- und Betreuungskräften kann grundsätzlich dadurch gedeckt werden, dass (qualifizierte) zwei- oder mehrsprachige Menschen als Fachkräfte eingestellt

90 Vgl. Anderson (2008).

oder zu Fachkräften ausgebildet werden. Deren Gewinnung sollte aus Sicht eines der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Experten vorzugsweise in Deutschland stattfinden, da sich die hier lebenden (potenziellen) Fachkräfte „in beiden Welten“ auskennen würden. Insbesondere zur Gewinnung von türkisch- und arabischsprachigen Fachkräften sollte aus Sicht des Experten allerdings auch die Auslandsrekrutierung in Betracht gezogen werden.

Eine weitere Möglichkeit zur verbesserten Deckung des Bedarfes an muttersprachlicher Pflege und Betreuung stellt der zielgerichtete Auf- und Ausbau von Sprachkompetenzen seitens des bestehenden Personals dar. Ein erster Ansatzpunkt ist beispielsweise das Erlernen von muttersprachlichen Schlüsselwörtern.[91] Aus Sicht eines im Rahmen der Studie befragten Experten könnten überdies die Curricula der Pflegefachberufe um die Förderung von Sprachkompetenzen ergänzt werden.

Schaffung der Möglichkeit, bei Bedarf kulturkompetente Dolmetscherdienste in Anspruch zu nehmen

Sofern für die Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit geringen Deutschkenntnissen keine muttersprachlichen Fachkräfte zur Verfügung stehen, eignet sich im Bedarfsfall der Rückgriff auf kulturkompetente Dolmetscherdienste, um eine hinreichende Verständigung sicherzustellen. Aus Sicht einzelner Expertinnen und Experten könnten auch Vertreterinnen und Vertreter von Migrantenselbstorganisationen als Dolmetscherinnen bzw. Dolmetscher fungieren. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollten dabei grundsätzlich sowohl über fachliche Kenntnisse im Bereich der Pflege als auch über kulturelle Kenntnisse wie tradierte Krankheitsverständnisse verfügen.

Box 3-21: Kulturkompetente Dolmetscherdienste am Beispiel der Kulturdolmetscherinnen und -dolmetscher in Stuttgart

Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht immer über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und in der Folge Informationen falsch verstanden, Verhaltensweisen nicht richtig gedeutet und Bedürfnisse nicht erkannt werden, hat der Caritasverband für Stuttgart Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer zu ehrenamtlichen Kulturdolmetscherinnen und -dolmetschern ausgebildet. Diese vermitteln zwischen teils unterschiedlichen Wertvorstellungen und Erwartungen u. a. in Alten- und Pflegeheimen.

Zur verbesserten Inanspruchnahme bestehender Dolmetscherdienste empfahl ein Experte überdies, eine Honorarordnung für Dolmetscherdienste einzuführen. Grund hierfür sei, dass dies die

91 Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002).

Kosten einer Inanspruchnahme transparent machen würde und dadurch deren Inanspruchnahme gesteigert werden könne.

Box 3-22: Professionelle Dolmetscherdienste am Beispiel Kanadas

Kanada ist ein typisches Einwanderungsland, in welchem der Bedarf an professionellen Dolmetscherdiensten frühzeitig erkannt wurde. Die Dolmetscherdienste, auch als *Community Interpreters* bekannt, sind in Kanada vor allem auf der Provinzebene organisiert und haben aufgrund einer staatlichen Subventionierung eine feste Finanzierungsgrundlage.[92] Kanada weist überdies mehrjährige Erfahrungen im Einsatz von Videodolmetscherdiensten auf. Die Kommunikation zwischen der Dolmetscherin bzw. dem Dolmetscher, der Gesundheitsfachkraft und der Patientin bzw. dem Patienten erfolgt hier mittels einer Audio- und Videoübertragung. Die Vorteile dieser Form des Dolmetschens bestehen insbesondere in der raschen Verfügbarkeit, der Flexibilität und der Kostengünstigkeit.[93]

Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung

Die Expertinnen und Experten, die im Rahmen der vorliegenden Studie befragt wurden, vertraten mehrheitlich die Ansicht, dass der seitens älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund teilweise bestehende Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften gegenwärtig nicht flächendeckend gedeckt ist.[94] Aus Sicht einzelner Expertinnen und Experten mangelt es insbesondere im stationären Bereich an mehrsprachigen, darunter vor allem türkisch- und arabischsprachigen Fachkräften. Im ambulanten Bereich wird der Bedarf an muttersprachlichen Pflegekräften aus Sicht eines Experten bereits vergleichsweise gut gedeckt. Unabhängig von der Versorgungsform fehlen den Äußerungen mehrerer Expertinnen und Experten zufolge überdies mehrsprachige Pflege- und Betreuungskräfte für pflegebedürftige Personen mit seltenen Muttersprachen.

> „Die meisten muttersprachlichen Angebote sind auf russischer Sprache und Sprachen der ehemaligen Anwerbeländer, da dies die größten Gruppen sind. Es gibt aber mittlerweile eine wachsende Gruppe beispielsweise afrikanischer und asiatischer Migranten, die noch überhaupt nicht gesehen wird – auch, weil es beispielsweise nicht wirtschaftlich für Dienste wäre, sich speziell auf diese einzustellen. Für diese Gruppen ist noch völlig unklar, wie

92 Vgl. Meyer (2003) und Pöllabauer (2002).

93 Vgl. Herbst (2015).

94 Diese Experteneinschätzung steht dabei in scheinbarem Widerspruch zu den Ergebnissen der „Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)“, die zu einer positiveren Einschätzung der gegenwärtigen Bedarfsdeckung kommt. Dieser Unterschied könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Studie aus bereits genannten Gründen (vgl. Fußnote 31) nicht als repräsentativ für die ältere pflegebedürftige Bevölkerung mit Migrationshintergrund betrachtet werden kann.

die Bedarfe aussehen, die Bedeutung der Muttersprache dürfte aber genauso groß sein, wie bei den größeren Migrantengruppen."

Mitarbeiter eines Fachverbandes für Gesundheitsförderung, Prävention und Sozialmedizin

3.3.4 Berücksichtigung kultureller Unterschiede

3.3.4.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe

Heterogene kulturell geprägte Bedürfnisse

Aufgrund ihrer Migrationsbiografie können ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund kulturelle Prägungen aufweisen, die besondere Bedürfnisse hinsichtlich ihrer pflegerischen Versorgung bedingen. Da der Einfluss der Kultur des Herkunftslandes auf die Bedürfnisse im Alter individuell verschieden sein kann und die Bedürfnisse zudem auch vielfältigen sozialen und religiösen Einflüssen unterliegen können, sind die Bedürfnisse älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund von einer mitunter großen Heterogenität geprägt. Dies gilt dabei nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb von Herkunftsgruppen.[95]

Mögliche kulturell geprägte Bedürfnisse, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen können, sind u. a. spezifische Lebensgewohnheiten in den Bereichen Ernährung, Körperhygiene und Religionsausübung. Daneben können sich Gesundheits-, Krankheits- und Pflegevorstellungen kulturell bedingt von denen der Mehrheitsbevölkerung unterscheiden und besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung stellen.

Bedarf an kultursensibler Pflege

Die im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten vertraten mehrheitlich die Ansicht, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund spezifische kulturell bedingte Bedürfnisse hinsichtlich ihrer pflegerischen Versorgung aufweisen können. Diese seien jedoch individuell verschieden, sodass keine allgemeinen diesbezüglichen Aussagen getroffen werden könnten. Grundsätzlich bedürfe es einer differenzierten aber qualitativ gleichwertigen Behandlung. Mögliche konkrete Bedürfnisse sind aus Sicht einiger Expertinnen und Experten die Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten in den Bereichen Ernährung (z. B. Halal-Kost), Körperhygiene (z. B. Waschungen unter fließendem Wasser) sowie Religionsausübung (z. B. Einrichtung eines Gebetsraumes). Darüber hinaus besteht

95 Vgl. Tezcan-Güntekin et al. (2015).

aus Sicht mehrerer Expertinnen und Experten ein Bedarf an Fachkräften mit interkultureller Kompetenz, die u. a. über ein hinreichendes Verständnis anderer Konzepte von Gesundheit und Krankheit verfügen.

Die Bedürfnisse sollten aus Sicht mehrerer Expertinnen und Experten auf individueller Ebene vor dem jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund ermittelt werden. Wichtig sei es, Pauschalisierungen im Sinne einer Reduzierung auf die Kultur des Herkunftslandes zu vermeiden. Diese Auffassung wird auch in der ‚Handreichung für eine kultursensible Altenpflege' vertreten, die kultursensible Pflege als eine Haltung beschreibt, „die auf Verständnis anderer Kulturen und Religionen beruht. Die Sensibilität liegt in der Aufmerksamkeit für die kulturellen Prägungen und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und die Folgen des Pflegehandelns. Sie ist in einer besonderen Weise biografie- und subjektorientiert."[96]

3.3.4.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, mithilfe derer die zuvor identifizierten spezifischen Bedarfe älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund besser gedeckt werden können. Tabelle 3-5 bietet vorab einen Überblick über die für jeden Bedarf identifizierten Ansätze.

Tabelle 3-5: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und die Ansätze zu deren Deckung im Bereich Kultur

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Kultursensible Pflege	▪ Erleichterung der interkulturellen Öffnung ▪ Einstellung und Ausbildung von Menschen mit interkultureller Kompetenz sowie Fort- und Weiterbildung des bestehenden Personals in interkultureller Kompetenz ▪ Kultursensible Angebotsausgestaltung ▪ Stärkung der Ausbildungsinhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Curricula der Pflegefachberufe

Quelle: Prognos AG 2017

Erleichterung der interkulturellen Öffnung

Für die interkulturelle Öffnung bestehender pflegerischer Angebote eignet sich gemäß dem Memorandum für eine kultursensible

96 Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege" (2002).

Altenhilfe die Implementierung eines transparenten und langfristigen Öffnungsprozesses auf allen Ebenen.[97] Die interkulturelle Öffnung sollte demnach sowohl im Leitbild des Angebotes als auch als Bestandteil in der Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung verankert werden.[98] Voraussetzung für den Erfolg der interkulturellen Öffnung sind dabei u. a. die Verfügbarkeit hinreichender zeitlicher, personeller und finanzieller Ressourcen. Daneben sind der Wille zur interkulturellen Öffnung auf Leitungsebene sowie ihre Akzeptanz auf Ebene des Personals und der Nutzerinnen und Nutzer von zentraler Bedeutung. Auch die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von Migrantenselbstorganisationen spielt eine wichtige Rolle. Förderlich kann überdies die Hinzuziehung fachlicher Unterstützung in der Implementierungsphase sein.[99]

Box 3-23: Interkulturelle Öffnung am Beispiel des Multikulturellen Seniorenzentrums „Haus am Sandberg“ in Duisburg

Vor dem Hintergrund der Beobachtung, dass Menschen türkischer Herkunft in Duisburg nach Eintritt in den Ruhestand nicht in die Türkei zurückkehren, sondern in Deutschland bleiben, wurde im Jahr 1997 das multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ eröffnet. Die Einrichtung fußt auf dem Pilotprojekt ESA „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“, welches durch den Träger in Kooperation mit dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung initiiert wurde. Im Rahmen dieses Projektes erfolgte in der Vorgängereinrichtung ein mehrjähriger Prozess der interkulturellen Organisationsentwicklung, in welchen das Personal, die deutschen Bewohnerinnen und Bewohner, Migrantenorganisationen sowie Migrantenfamilien einbezogen wurden. Die Mitarbeitenden wurden dabei u. a. zur Migrationsgeschichte und Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund geschult. Auch nach dem Umzug in das „Haus am Sandberg“ wurde die interkulturelle Organisationsentwicklung weiter vorangetrieben, im Rahmen eines anschließenden dreijährigen Projektes zur Vernetzung von Altenhilfe und Migrationssozialarbeit, sowie durch die Beschäftigung einer türkischstämmigen Sozialarbeiterin.

Mehrere Expertinnen und Experten betonten überdies, dass die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund bei der Konzeptionierung von Angeboten eine wichtige Voraussetzung dafür sei, dass die Angebote bedürfnisgerecht und daher annehmbar für die jeweilige Zielgruppe seien.

97 Zur interkulturellen Öffnung von stationären Einrichtungen der Altenpflege gibt es u. a. bereits die „Handreichung für eine kultursensible Altenpflege“, die vom Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ im Jahr 2002 herausgegeben wurde, sowie die neuere Handreichung „Interkulturelle Öffnung von stationären Einrichtungen der Altenpflege“, die vom Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe erarbeitet wurde.

98 Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002).

99 Vgl. Zanier (2015).

Einstellung und Ausbildung von Menschen mit interkultureller Kompetenz sowie Fort- und Weiterbildung des bestehenden Personals in interkultureller Kompetenz

Um interkulturelle Kompetenz zu entwickeln, stehen den Institutionen, Einrichtungen und Diensten des Altenpflege- und Versorgungssystems verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Zunächst können gezielt Menschen mit interkulturellen Kompetenzen als Fachkräfte oder Auszubildende gewonnen werden. Zu letzteren zählt insbesondere die dritte Einwanderergeneration, deren Interesse an einer Ausbildung zur Pflegefachkraft beispielsweise durch gezielte Maßnahmen der Hochschulen gesteigert werden könnte.

Box 3-24: Interkulturelle Beschäftigungspolitik am Beispiel des Multikulturellen Seniorenzentrums „Haus am Sandberg“ in Duisburg

Von den etwa 120 Bewohnerinnen und Bewohnern des Multikulturellen Seniorenzentrums „Haus am Sandberg“ in Duisburg haben rund 25 Prozent einen Migrationshintergrund. Um deren muttersprachliche und kultursensible Pflege und Betreuung soweit wie möglich gewährleisten zu können, wird eine gezielte diesbezügliche Beschäftigungspolitik verfolgt. So werden gezielt bilinguale Menschen mit Migrationshintergrund als Fachkräfte oder Auszubildende gewonnen. Gegenwärtig spricht etwas weniger als die Hälfte des Personals neben Deutsch auch eine der Muttersprachen der Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund und stammt aus einem von deren Kulturkreisen. Darüber hinaus werden Leitungsstellen auch von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund besetzt. So weist der gegenwärtige Pflegedienstleiter einen türkischen Migrationshintergrund auf. Der interne Ausbau interkultureller Kompetenz erfolgt aktuell, indem Leitungskräfte an entsprechenden Kongressen und Workshops teilnehmen und die dabei gewonnenen Erkenntnisse anschließend an die restlichen Mitarbeitenden weitergeben.

Zum Auf- und Ausbau interkultureller Kompetenz geeignet ist auch die entsprechende (kontinuierliche) Fort- und Weiterbildung des bestehenden Personals. Einbezogen in entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollte dabei auch das Personal mit Migrationshintergrund werden.

Box 3-25: Interkulturelle Fortbildung am Beispiel des Centre de Services Communitaires Côte-des-Neiges in Kanada

Das Centre de Services Communitaires (CLSC) Côte-des-Neiges in Montréal gehört zu einer Reihe staatlicher Zentren, die in der Provinz Québec verschiedene Dienstleistungen in den Bereichen Soziales und Gesundheit – darunter auch häusliche Pflege – erbringen. Die einzelnen Zentren sind für bestimmte Gebiete zuständig, wobei das jeweilige Angebotsspektrum an die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung angepasst ist. In Côte-des-Neiges wurden angesichts der heterogenen örtlichen Bevölkerungsstruktur mit einer Vielzahl unterschiedlicher Ethnien spezifische Ausbildungsprogramme entwickelt, im Rahmen derer den Mitarbeitenden

praxisnahes Wissen zu den verschiedenen Kulturen vermittelt wird. Das Ausbildungsprogramm umfasst u. a. ein viertägiges Basisseminar für neue Mitarbeitende, welches diese im Umgang mit Menschen unterschiedlicher Herkunft schult und sie für spezifische ethnische Probleme sensibilisiert.[100]

Auch eine heterogene Zusammenstellung der Pflegeteams sowie die Schaffung von Reflexionsräumen können weiterhin zum Auf- und Ausbau von interkultureller Kompetenz beitragen. Aus Sicht einer im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertin könnten hierfür auch die ethischen Fallbesprechungen in der stationären Pflege genutzt werden.

Förderlich kann es zudem sein, für die Arbeit mit Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund bzw. mit deren Angehörigen eine interkulturelle Beraterin bzw. einen interkulturellen Berater einzusetzen. Diese bzw. dieser kann zwischen den Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Betroffenen und dem von der Einrichtung leistbaren Angebotsspektrum vermitteln. Eine weitere Aufgabe kann die Sicherung eines nachhaltigen Zugangs zu potenziellen Nutzerinnen und Nutzern mit Migrationshintergrund darstellen.

Box 3-26: Interkulturelle Beschäftigungspolitik am Beispiel des Interkulturellen Altenhilfezentrums „Victor-Gollancz-Haus“ in Frankfurt

Für die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird im Victor-Gollancz-Haus des Frankfurter Verbands in Frankfurt ein interkultureller Berater beschäftigt. Dieser ist u. a. für die Beratung der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund und von deren Angehörigen zuständig. In Einzelgesprächen werden im Rahmen eines gemeinsamen Lernprozesses einerseits die individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen ermittelt und andererseits die Grenzen des von der Einrichtung Leistbaren vermittelt. Der interkulturelle Berater ist überdies für die Pflege von Kontakten zu Migrantenselbstorganisationen – insbesondere Moscheevereine – in Frankfurt zuständig. Dort werden beispielsweise Informationsveranstaltungen zum Thema Pflege durchgeführt. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Enttabuisierung der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege, die von muslimischen Familien aus religiösen Gründen tendenziell eher abgelehnt wird. Hierfür wurde bzw. wird argumentiert, dass der Rückgriff auf vollstationäre Pflege mit den Geboten des Islam dann vereinbar sei, wenn eine fachgerechte Pflege durch Angehörige nicht gewährleistet werden kann.

[100] Raabe (2003).

Kultursensible Angebotsausgestaltung

Zur Berücksichtigung kulturell geprägter Lebensgewohnheiten geeignet sind eine interkulturell ausgerichtete Küche, die bei Bedarf auch religiöse Speisevorschriften berücksichtigt. Weitere Maßnahmen können der Einsatz von Pflegekräften mit dem jeweils bevorzugten Geschlecht in der Pflege und Betreuung, die Einrichtung von Räumen für Gebete oder Gottesdienste, die Zusammenarbeit mit Geistlichen, die Einrichtung eines kultursensiblen Angebots der seelsorgerischen Betreuung sowie das gemeinsame Feiern traditioneller Feste sein.

Stärkung der Ausbildungsinhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Curricula der Pflegefachberufe

Mittelbar förderlich für den Auf- und Ausbau von interkultureller Kompetenz wäre die Aufnahme bzw. Ausweitung von entsprechenden Ausbildungsinhalten in den Curricula der Pflegefachberufe. Deren Ausgestaltung obliegt dabei den Ländern. Diese haben sich dem Thema Kultursensibilität in der Pflege bisher in recht unterschiedlichem Maße angenommen. Während einige Länder bisher keine diesbezüglichen Inhalte in ihre Curricula aufgenommen haben, haben andere dort eigene Module zur Auseinandersetzung mit dem Thema verankert. Die jeweils vorgesehenen Lerninhalte sind ebenfalls heterogen. Sie reichen von der reinen Wissensvermittlung zu Themen wie Lebenssituation, Kultur und Religion von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland über die Vermittlung von Wissen zur kultursensiblen Pflege und Kommunikation bis hin zur Entwicklung einer kultursensiblen Haltung durch die Reflexion der eigenen kulturellen Gebundenheit.[101] Besonders förderlich dürfte die Vermittlung wesentlicher Grundhaltungen für die kultursensible Pflege sein. Hierzu zählen u. a. die Entwicklung eines bewussten und selbstkritischen Umganges mit den eigenen Normen und Werten, der Erwerb von Wissen zu den Hintergründen und Auswirkungen einer Migration sowie die Entwicklung eines Verständnisses für kulturell bedingt unterschiedliche Konzeptionen von Gesundheit, Krankheit und Pflege.[102]

Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung

Die überwiegende Mehrheit der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten äußerte, dass es im stationären Bereich bisher nur äußerst wenige bedürfnisgerechte Angebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund gebe.

[101] Vgl. Tezcan-Güntekin et al. (2015).
[102] Vgl. Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (2002).

Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen der ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgten, deutschlandweiten Online-Befragung einer Vielzahl relevanter Akteure: Insgesamt wurden lediglich sechs stationäre Einrichtungen genannt, die sich explizit an ältere Menschen mit Migrationshintergrund richten.[103] Ursächlich für die geringe Zahl an kultursensiblen stationären Einrichtungen könnten aus Sicht einiger Expertinnen und Experten die offenbar noch geringe Nachfrage nach stationärer Pflege seitens älterer Menschen mit Migrationshintergrund, daneben aber auch ein fehlendes Interesse und Verständnis seitens der Einrichtungsleitungen sein. Einigen Expertinnen und Experten zufolge wird das gegenwärtige Angebot an kultursensiblen stationären Einrichtungen nicht ausreichen, um den zukünftigen Bedarf zu decken. Demzufolge bedürfe es einer stärkeren Sensibilisierung der Einrichtungen für das Thema Pflege und Migration sowie der Schaffung finanzieller Anreize zur interkulturellen Öffnung. Im ambulanten Bereich ist der Bedarf an kultursensiblen pflegerischen Angebote aus Sicht mehrerer Expertinnen und Experten besser gedeckt, wobei auch hier nicht von einer flächendeckenden Bedarfsdeckung ausgegangen werden kann.

3.4 Handlungsempfehlungen

Expertinnen und Experten aus der Praxis und der Wissenschaft entwickelten im Rahmen eines Workshops im Mai 2017 Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Pflege- und Unterstützungsangebotes für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund. Im Workshop wurden zunächst die im Rahmen dieser Studie identifizierten spezifischen Bedarfe von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund sowie von deren Angehörigen vorgestellt und ergänzt. Im zweiten Schritt erfolgte die Präsentation, Ergänzung und Diskussion der ebenfalls im Rahmen der Studie identifizierten Ansätze zur Deckung der Bedarfe. Im Anschluss wurden sieben Ansätze von den Expertinnen und Experten priorisiert und vertiefend hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit diskutiert.[104] Drei dieser Ansätze wurden schließlich in konsentierte Handlungsempfehlungen überführt. Diese werden im Folgenden aufgeführt, ebenso wie die Handlungsempfehlungen, die von Prognos auf Basis der restlichen Studienergebnisse erarbeitet wurden.

---

[103] Folgende stationäre Einrichtungen wurden erfasst: Jüdisches Altenzentrum in Frankfurt (Jüdische Gemeinde Frankfurt am Main), Victor-Gollancz-Haus in Frankfurt (Frankfurter Verband), Hans-Sieber Haus in München (Münchenstift gGmbH), Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg (DRK Nordrhein gGmbH), „TABEA – Leben bei Freunden“ in Hamburg (Convivo Unternehmensgruppe) und das „Husarendenkmal“ in Hamburg (Pflege & Wohnen Hamburg).

[104] Die Expertenmeinungen zu den priorisierten Ansätzen wurden in die jeweiligen Unterkapitel von Kapitel 3.3 aufgenommen.

1. Den Zugang von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund zum Altenpflege- und Versorgungssystem auf lokaler Ebene verbessern

Wie in Kapitel 3.3.1.1 dargestellt wurde, haben ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund aus verschiedenen Gründen einen tendenziell erschwerten Zugang zum Altenpflege- und Versorgungssystem. Dies birgt die Gefahr, dass professionelle Pflege- und Unterstützungsangebote trotz eines offenkundigen diesbezüglichen Bedarfes nicht in Anspruch genommen werden.

Vor diesem Hintergrund wird den auf lokaler Ebene relevanten Akteuren des Altenpflege- und Versorgungssystems empfohlen, gezielt Zugangsbarrieren abzubauen, indem die Informiertheit älterer Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit erhöht, ihr Vertrauen gewonnen und kulturelle wie sprachliche Verständigung ermöglicht wird. In Kapitel 3.3.1.2 wurden eine Reihe diesbezüglicher Ansätze vorgestellt. Besonders bewährt hat sich die proaktive, persönliche Ansprache der Betroffenen durch Vertrauenspersonen wie muttersprachliche Arzthelferinnen. Darüber hinaus birgt insbesondere der Auf- und Ausbau von Kooperationen und Vernetzungsstrukturen unter den Institutionen, Einrichtungen und Diensten des Altenpflege- und Versorgungssystems und denen der Migrationsarbeit, des Gemeinwesens und des Gesundheitssystems Potenzial, um ältere pflegebedürftige Menschen besser zu erreichen und über das Altenpflege- und Versorgungssystem zu informieren.

2. Das Altenpflege- und Versorgungssystem gezielt mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen anreichern

Wie in Kapitel 3.3.3.1 und Kapitel 3.3.4.1 gezeigt wurde, stellen ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund teilweise spezifische Anforderungen an die interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Institutionen, Einrichtungen und Dienste des Altenpflege- und Versorgungssystems. Werden diese Anforderungen nicht hinreichend erfüllt, entstehen kulturell oder sprachlich bedingte Verständigungsprobleme, die u. a. eine Unter- bzw. Fehlversorgung nach sich ziehen können.

Vor diesem Hintergrund wird die gezielte Anreicherung der Institutionen, Einrichtungen und Dienste des Altenpflege- und Versorgungssystems mit interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen empfohlen. In Kapitel 3.3.3.2 und Kapitel 3.3.4.2 wurden mehrere Ansätze zum Auf- und Ausbau von interkulturellen und sprachlichen Kompetenzen dargestellt. Einhellig von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertenworkshops empfohlen wurde dabei

die Stärkung des Themas Kultursensibilität in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Demnach sollten die Bundesländer das Thema Kultursensibilität verpflichtend in die Curricula der Pflegefachberufe aufnehmen.[105] Auch sollte aus Sicht der Expertinnen und Experten das Thema Kultursensibilität in den Katalog der Fort- und Weiterbildungen in der Pflege aufgenommen werden.

Die Anreicherung mit interkultureller Kompetenz sollte sich dabei nicht ausschließlich auf das Pflegepersonal beschränken. Vielmehr wäre auch bei den Pflegeberaterinnen und -beratern nach § 7a SGB XI sowie bei den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein gezielter Auf- bzw. Ausbau von interkulturellen und bestenfalls sprachlichen Kompetenzen förderlich. Bei den Pflegeberaterinnen und -beratern nach § 7a SGB XI ist dies ab 2018 bereits vorgesehen.

Sofern eine muttersprachliche Beratung, Begutachtung oder Versorgung einer pflegebedürftigen Person mit deutlich eingeschränkten Deutschkenntnissen durch das bestehende Personal nicht gewährleistet werden kann, empfiehlt sich die Hinzuziehung eines professionellen kulturkompetenten Dolmetscherdienstes. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende staatliche Finanzierungsgrundlage wie es sie in klassischen Einwanderungsländern wie Kanada, USA und Australien gibt.

3. Die interkulturelle Öffnung bestehender Regelangebote stärken und zusätzliche kultursensible Angebote schaffen

Wie in Kapitel 3.3.4.1 dargestellt wurde, können ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund besondere kulturell geprägte Bedürfnisse aufweisen, die mit spezifischen Anforderungen an die Ausgestaltung von Pflege- und Unterstützungsangeboten verbunden sind. Gegenwärtig ist nicht davon auszugehen, dass diese Anforderungen seitens der Versorgungsstrukturen hinreichend und flächendeckend erfüllt werden.

Vor diesem Hintergrund und dem Hintergrund der zukünftig überproportional alternden Bevölkerung mit Migrationshintergrund wird die verstärkte interkulturelle Öffnung von Regelangeboten sowie die Schaffung zusätzlicher kultursensibler Angebote empfohlen. Dies gilt dabei insbesondere für den stationären Bereich und den Bereich der Unterstützung und Entlastung. In beiden Bereichen gibt es bereits erfolgreiche Angebote, allerdings eher vereinzelt.

---

[105] Zum Stand der bisherigen Aufnahme von Inhalten zur kultursensiblen Pflege in die Curricula der Pflegefachberufe seitens der Länder siehe Kapitel 3.3.4.2 unter „Stärkung der Ausbildungsinhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Curricula der Pflegefachberufe“.

Diese gilt es stärker als bisher im Rahmen der Regelversorgung zu etablieren.

Förderlich hierfür dürfte eine stärkere Sensibilisierung der Träger diesbezüglicher Angebote – darunter auch die Kommunen als Träger der örtlichen Altenhilfe – für die zahlenmäßige Zunahme älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund und ihre heterogenen spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe sein. Weiterhin förderlich dürfte eine verbesserte Finanzierungsgrundlage für den Mehraufwand sein, der insbesondere bei der Beratung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund tendenziell besteht.

4. Daten- und Wissensbasis zum quantitativen und qualitativen Pflege- und Unterstützungsbedarf von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund verbessern

Da das Merkmal Migrationshintergrund in relevanten amtlichen Statistiken nicht erfasst wird und wissenschaftliche Studien in der Regel auf bestimmte Teilgruppen fokussieren, ist die Daten- und Wissensbasis zum quantitativen und qualitativen Pflege- und Unterstützungsbedarf von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise gering. In besonderem Maße gilt dies für Angehörige der nicht großen Nationalitätengruppen. Eine gute diesbezügliche Daten- und Wissensbasis ist jedoch Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Entwicklung bzw. Modifikation von Angeboten für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die Daten- und Wissensbasis zum quantitativen und qualitativen Pflege- und Unterstützungsbedarf älterer pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund zukünftig gezielt zu verbessern. Hierfür bedarf es der Entwicklung geeigneter Erhebungsansätze und -instrumente, mithilfe derer sowohl die Zugangsprobleme zu älteren Menschen mit Migrationshintergrund bei der Stichprobenbildung als auch sprachlich und kulturell bedingte Verständigungsprobleme in der Befragung überwunden werden können. Weiterhin sollte darauf geachtet werden, dass sich die in vielerlei Hinsicht heterogene ältere pflegebedürftige Bevölkerung mit Migrationshintergrund mithilfe des gewählten Erhebungsansatzes bzw. -instruments angemessen erfassen lässt.

Förderlich wäre überdies, wenn die Wissenschaft eine solide Daten- und Wissensbasis zu älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, die ihren Ruhestand teilweise in Deutschland und teilweise im Herkunftsland verbringen, schaffen würde.

Gegenwärtig ist über diese Bevölkerungsgruppe sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht wenig bekannt. Auch liegen bisher keine gesicherten Informationen dazu vor, wie sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Bezugs von Pflegegeld in Drittstaaten auf die betroffenen Personen auswirken. Auf der Grundlage eines verbesserten Kenntnisstands sollte dann ggf. darüber nachgedacht werden, inwiefern pendelnde Leistungsbeziehende der Pflegeversicherung unterstützt werden könnten.

3.5 Literaturverzeichnis

Anderson, P. (2008): Ein bisschen dort, ein bisschen hier. Konsequenzen aus der Untersuchung zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. München: Sozialreferat der LHS München.

Arbeitskreis „Charta für eine kultursensible Altenpflege“ (Hrsg.) (2002): Für eine kultursensible Altenpflege – Eine Handreichung. Köln.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2008): Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland. Working Paper 14 aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 2.

Camino – Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich gGmbH (2014): Interkulturelle Altenhilfe in Berlin. Empfehlungen für eine kultursensible Pflege älterer Migrantinnen und Migranten. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen.

Dibelius, O. (2013): Demenz und Migration: Ethische, psychosoziale und gesellschaftliche Herausforderungen. In: Matter, C., Piechotta-Henze, G. (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit. Alice Salomon Schule Band 13.

FES – Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2015): Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Berlin.

Gladis, S., Kowoll, M. und Schröder, J. (2012): Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (VäMP). Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung.

Glodny, S., Yilmaz-Aslan, Y., Butenuth-Thör, S. (2009): Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Gaertner, T., Gansweid, B., Gerber, H., Schwegler, F., Mittelstaedt v., G. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: Walter de Gruyter.

Habermann, M. et al. (2009): Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Gesundheitswesen 71: 363-367.

Habermann, M., Schenk, L. (2010): Brauchen wir eine migrationssensitive Pflegeberichterstattung? Problemstellungen und Ergebnisse eines Expertenworkshops. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Berlin: 83-93.

Herbst, H. (2015): Dolmetschen im Gesundheitswesen. In: FH OÖ Studienbetriebs GmbH (Hrsg.): Interkulturalität & Pflege – ein Querschnittsthema. Linz: 16-20.

Hoffmann, E., Romeu Gordo, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Kirchen-Peters, S., Nock, L., Baumeister, P., Mickley, B. (2016): Pflegestützpunkte Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden. Der rechtliche Rahmen. Die politische Intention. Wiso-Diskurs 07/2016. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kuhlmey, A., Suhr, R., Blüher, S., Dräger, D. (2013): Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U. (Hrsg.): Gesundheitsreport 2013. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung.

May, M. (im Erscheinen): Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung. In: Bleck, C., van Rießen, A., Knopp, R. (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen. Wiesbaden: VS-Verlag.

Meyer, B. (2003): Dolmetschertraining aus diskursanalytischer Sicht: Überlegungen zu einer Fortbildung für zweisprachige Pflegekräfte. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 4 (2003): 160-185.

Nationale Zorgvernieuwingsprijs (2016): Winnaar Gezonde Taal!: ‘De ouderen kwamen zelf met het idee’ http://www.nationalezorgvernieuwingsprijs.nl/?id=17166 (zuletzt aufgerufen: 30.08.2017).

NOOM – Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (2017): Zorg Verandert. Online verfügbar: http://www.netwerknoom.nl/54-Zorg-Verandert (zuletzt aufgerufen: 30.08.2017).

Okken, P.-K., Spallek, J., Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, U., Büscher, A. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 369-422.

Petersen-Ewert, C., Buchcik, J., Kern, K., Westenhöfer, J., Gaidys, U. (2015): Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen (Kurve). Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund und Pflegefachkräften. In Zängl, P. (Hrsg.): Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden: Springer VS.

Pöllabauer, S. (2002): Community Interpreting als Arbeitsfeld – Vom Missionarsgeist und von moralischen Dilemmata. In: Best, J., Kalina, S. (Hrsg.): Übersetzen und Dolmetschen. Tübingen: A. Franke Verlag Tübingen und Basel: 286-298.

Raabe, H. (2003): Pflege in Montréal – Schmelztiegel der Kulturen. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pro Alter. 4/2003: 22-30.

Reinprecht, C., Rossbacher, E., Wilczewska, I., Alpagu, F., Koyupinar, D. (2016): Einfluss der Migration auf Leistungserbringung und Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien. Wiener Sozialpolitische Schriften, Band 9. Wien: Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung.

Schenk, L. (2015): Ambulante pflegerische Versorgung älterer türkeistämmiger Migranten in Berlin. Eine Online-Befragung von Pflegediensten. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

Schenk, L. (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

Schimany, P., Rühl, S., Kohls, M. (2012): Ältere Migrantinnen und Migranten. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

StBA – Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden.

StBA – Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Wiesbaden.

Streibel-Gloth, R. (2008): Unterstützungsbedarf für demenziell erkrankte Migrantinnen und Migranten und deren Angehörige - Gründung eines Demenz- Servicezentrums für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. In: Teschhauer, W., Sürer, F. (Hrsg.): Demenz-Diagnostik und Versorgung bei türkischen Migranten in Deutschland. Beiträge des Internationalen Expertengespräches vom 18. bis 20. Januar in Ingolstadt. Ingolstadt: Ingenium Stiftung: 53-62.

Taal doet meer (2015): Gezonde Taal! Informatie over het project & de lesbrieven. Online verfügbar: http://www.hetbegintmettaal.nl/wp-content/uploads/2015/12/Gezonde-Taal-Informatie-over-het-project-en-de-lesbrieven.pdf (zuletzt aufgerufen: 30.08.2017).

Tezcan-Güntekin, H., Breckenkamp, J. (2017): Die Pflege älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 17(2): 15-23.

Tezcan-Güntekin, H. (2015): Demenz und Migration – Förderung der Selbstmanagement-Kompetenzen türkeistämmiger pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Präsentation anlässlich des St. Gallener Demenzkongresses am 25.11.2015.

Tezcan-Güntekin, H., Breckenkamp, J., Razum, O. (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH.

Thiel, A. (2013): Türkische Migranten und Migrantinnen und Demenz – Zugangsmöglichkeiten. In: Matter, C., Piechotta-Henze, G. (Hrsg.): Doppelt verlassen? Menschen mit Migrationserfahrung und Demenz. Berlin: Schibri-Verlag.

TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. München.

Volkert, M., Risch, R. (2017): Altenpflege für Muslime – Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements. Im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Working Paper 75 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Zanier, G. (2015): Altern in der Migrationsgesellschaft: Neue Ansätze in der Pflege – Kultursensible (Alten-)pflege und interkulturelle Öffnung. In: Kurzdossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Focus Migration. August 2015. http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/211007/altern-in-der-migrationsgesellschaft?p=all (zuletzt aufgerufen: 31.08.2017).

Zorg Verandert (2017): Over Zorg Verandert. Online verfügbar: https://www.zorgverandert.nl/over-zorg-verandert (zuletzt aufgerufen: 31.08.2017).

3.6 Anhang

3.6.1 Charakterisierung des erfassten Spektrums an innovativen Angeboten für die Zielgruppe

	Leistungsarten	Zielgruppenspezifität[106]	Trägerart	Personalstruktur	Finanzierung
Pflege	ambulante Pflege (überwiegend in Kombination mit Betreuungs- und Beratungsleistungen)	relativ hohe Zielgruppenspezifität; teils nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen, teils diverse Migrationshintergründe	privatgewerblich	hauptamtlich	Teil der Regelversorgung
	Pflegekurse und häusliche Schulungen für pflegende Angehörige (überwiegend in Kombination mit Beratungsleistungen)	mittlere Zielgruppenspezifität; bei Angeboten mit höherer Zielgruppenspezifität überwiegend nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen	heterogen	hauptamtlich	überwiegend Teil der Regelversorgung
	stationäre Pflege, teilweise in spezialisierten Wohn- und Pflegegruppen (überwiegend in Kombination mit Betreuungs-, Teilhabe-, Wohn- und Beratungsangeboten)	geringe Zielgruppenspezifität; teils nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen, teils diverse Migrationshintergründe	heterogen	überwiegend hauptamtlich, teilweise mit Einbindung Ehrenamtlicher	Teil der Regelversorgung
Betreuung	häusliche Betreuungs- und Entlastungsangebote sowie Betreuungsgruppen und Tagespflege	sehr hohe Zielgruppenspezifität; teils nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen, teils diverse Migrationshintergründe	überwiegend Freie Wohlfahrtspflege und sonstige freigemeinnützige Träger (Migrantenselbstorganisationen)	überwiegend ehrenamtlich	mehrheitlich nicht Teil der Regelversorgung[107]
Wohnen	ambulant betreute Wohngemeinschaften	hohe Zielgruppenspezifität; nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen	sonstige private Träger	hauptamtlich	Teil der Regelversorgung
Beratung	Information, Aufklärung und Beratung	hohe Zielgruppenspezifität; überwiegend nur einzelne Sprach-/Herkunftsgruppen	überwiegend Freie Wohlfahrtspflege und sonstige freigemeinnützige Träger	überwiegend hauptamtlich	überwiegend nicht Teil der Regelversorgung

[106] Anteil der Nutzerinnen und Nutzer mit Migrationshintergrund an allen Nutzerinnen und Nutzern sowie Spektrum der vertretenen Sprach-/Herkunftsgruppen.

[107] Die erfassten Betreuungs- und Entlastungsangebote gaben mehrheitlich an, nicht Teil der Regelversorgung zu sein. Großteils handelt es sich bei diesen Angeboten eigenen Angaben zufolge um nach ehemals § 45b bzw. c SGB XI anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote. Die Angabe, nicht Teil der Regelversorgung zu sein, könnte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass der erhöhte Beratungsaufwand, der mit der Vorhaltung eines niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebotes für ältere Menschen mit Migrationshintergrund häufig einhergeht, nicht über die Regelversorgung refinanziert werden kann.

3.6.2 Beschreibung der identifizierten Best-Practice-Angebote für die Zielgruppe

Angebots-bezeichnung	Netzwerk zur Unterstützung von japanischsprachigen Menschen mit Demenz
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Deutsch-Japanischer Verein für kultursensible Pflege (DeJak Tomonokai) e. V. ▪ Bundesweit
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass es in Deutschland kaum pflegerische Angebote für ältere japanischstämmige Menschen gibt, die die sprachlichen und kulturellen Unterschiede dieser Bevölkerungsgruppe berücksichtigen, und dass angesichts der sehr geringen Größe dieser dennoch heterogenen Bevölkerungsgruppe nicht damit gerechnet werden kann, dass dies zukünftig der Fall sein wird, wurde der deutsch-japanische Verein DeJak Tomonokai im Jahr 2012 als Hilfe zur Selbsthilfe gegründet. ▪ Ziel des Vereins ist es, die Situation von älteren japanischstämmigen Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarfen zu verbessern, indem über wichtige Themen in den Bereichen Alter und Pflege auf Japanisch informiert und aufgeklärt wird, und indem ein bundesweites Netzwerk aus geschulten ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern japanischer Herkunft aufgebaut wird, das japanischstämmige Menschen mit Demenz unterstützt.
Leistungs-spektrum	▪ Schulung von „Demenz-Supportern“ zum Krankheitsbild Demenz, zum Umgang mit Betroffenen und zu in Deutschland bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten durch qualifizierte und in Japan zertifizierte Trainerinnen und Trainer ▪ Informations- und Beratungsangebote: Vorträge und Workshops zu Themen in den Bereichen Alter und Pflege (z. B. Pflegeprävention, Leistungen der Pflegeversicherung); persönliche Beratung zu Fragen in den Bereichen Alter und Pflege (per E-Mail oder telefonisch) ▪ Vermittlung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer japanischer Herkunft für Heim- oder Hausbesuche an japanischsprachige Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf (überwiegend im Raum Düsseldorf)
Zielgruppen-spezifität	▪ Erbringung der Schulungs-, Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote durch japanischsprachige Menschen ▪ Weitere Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: japanischsprachige Beiträge auf der Homepage und in japanischen Medien zu Themen in den Bereichen Alter und Pflege; japanischsprachige Broschüre zum Thema „Alt werden in Deutschland“ mit regionalen Adresslisten; Verbreitung von Informationen über eigenen Newsletter sowie über Freundschaftsvereine
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl (alle Angebote): jährlich ca. 400 Personen ▪ Mitarbeiterzahl: 4 aktive Vorstandsmitglieder, bis zu 5 aktive Vereinsmitglieder (darüber hinaus externe Referenten und Demenztrainerinnen und -trainer) ▪ Verbreitung: bundesweit mit regionalen Schwerpunkten in Düsseldorf, Berlin, Frankfurt, Heidelberg und Karlsruhe
Finanzierung	▪ Die jährlichen Kosten werden zu etwa 50 Prozent über Mitgliedsbeiträge und Spenden und zu etwa 50 Prozent über das Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ finanziert. ▪ Die Finanzierung ist aufgrund der bundesweiten Tätigkeit eine Herausforderung.
Weitere Besonderheiten	▪ Übertragung einer in Japan erfolgreich umgesetzten nationalen Kampagne zur Sensibilisierung von möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern für das Thema Demenz sowie zum Aufbau lokaler Unterstützungsstrukturen in Deutschland
Quellen	▪ Fachgespräch mit einem Vereinsmitglied (Fr. Nozomi Spennemann) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Servicestelle für ältere Migranten und deren Angehörige (SEMA)
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Verbund sozial-kultureller Migrantenvereine in Dortmund e. V. (VMDO) in Kooperation mit der Städtischen Seniorenheime Dortmund gGmbH ▪ Dortmund
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass in Dortmund zukünftig mehr Menschen mit Migrationshintergrund pflegebedürftig werden, wurde das Angebot im Jahr 2014 initiiert. ▪ Ziel von SEMA ist es, die Partizipation von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in Dortmund an kommunalen Angeboten in den Bereichen Gesundheit und Pflege durch den Abbau von Hemmschwellen zu verbessern sowie Begegnungsmöglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen insbesondere für vereinsamte Menschen zu schaffen.
Leistungs-spektrum	▪ Information und Beratung zu pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten, zu rechtlichen Leistungsansprüchen, zum Begutachtungsverfahren sowie zu bestehenden Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangeboten (telefonisch, in der Beratungsstelle, zuhause) ▪ Unterstützung bei der Antragstellung sowie Begleitung bei Behörden- und Arztbesuchen ▪ Übersetzungstätigkeiten
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Mitarbeitende (deutsch-türkisch, deutsch-kurdisch, deutsch-arabisch, deutsch-russisch) aus den Kulturkreisen der Nutzerinnen und Nutzer und mit interkultureller Kompetenz, die u. a. durch Schulungen zum Thema Kultur auf- bzw. ausgebaut wurde ▪ Durchführung von Beratungen in der eigenen Häuslichkeit ▪ Einbeziehung von Dolmetscherdiensten bei Bedarf ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: umfassendes Informations- und Beratungsangebot; Heranführung an formelle Angebote durch Ansiedelung der Beratungsstelle in einer stationären Einrichtung; persönliche Vorstellung des Angebots bei Sozialen Diensten, in Migrantenselbstorganisationen, in Nachbarschaftstreffs etc.
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: jährlich insgesamt ca. 650 Personen, mit Bezug zum Thema Pflege ca. 130 Personen; davon haben 100 Prozent einen Migrationshintergrund (überwiegend pflegende Angehörige türkischer, rumänischer oder kurdischer Herkunft) ▪ Mitarbeiterzahl: 3 Mitarbeitende (2,75 VZÄ) ▪ Verbreitung: Nordstadt von Dortmund (Beratungsstelle im städtischen Seniorenwohnsitz Nord)
Finanzierung	▪ Die Kosten für das Angebot werden über Eigenmittel des Trägers und Arbeitsmarktprogramme finanziert. ▪ Die Finanzierung über Eigenmittel des Trägers erfolgt unter schwierigen Umständen.
Weitere Besonderheiten	▪ Zusammenarbeit mit Krankenhaussozialdiensten zur Sicherstellung der Weiterversorgung von älteren pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund nach Krankenhausaufenthalten ▪ Kooperation mit Seniorenbüros von zwei Stadtbezirken zur Sensibilisierung für das Thema Pflege und Migration (z. B. gemeinsame Veranstaltungen, Teilnahme an runden Tischen) ▪ Sensibilisierung von Migrantenselbstorganisationen für das Thema Alter und Pflege (beim Träger handelt es sich um einen lokalen Zusammenschluss von über 50 Migrantenselbstorganisationen in Dortmund)
Quellen	▪ Fachgespräch mit der Angebotskoordinatorin (Fr. Şaziye Altundal-Köse) und zwei Mitarbeitenden (Hr. Ercan Tugac, Fr. Yawari) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. ▪ Bundesweit
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass Menschen mit Migrationshintergrund einen signifikanten Anteil an der Gesamtbevölkerung stellen, dabei jedoch teilweise erheblich schlechtere Gesundheitschancen haben, wurde im Jahr 2003 das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. gegründet. ▪ Ziel des Projektes ist es u. a., das Wissen von Menschen mit Migrationshintergrund im Bereich der Gesundheit zu verbessern und dadurch ihre Integration in das deutsche Gesundheitssystem zu fördern.
Leistungs-spektrum	▪ Muttersprachliche und kultursensible Informationsveranstaltungen u. a. zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit ▪ Muttersprachliche und kultursensible Informationsmaterialien u. a. zum Thema Alter, Pflege und Gesundheit („Wegweißer“)
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Gesundheitsmediatoren/-innen mit interkultureller Kompetenz ▪ Zielgruppenorientierte Wissensvermittlung (z. B. Veranschaulichung von Pflegesachmitteln, Verwendung einer einfachen Sprache) ▪ Weitere Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: Durchführung der Informationsveranstaltungen im Lebensraum älterer Menschen mit Migrationshintergrund (z. B. in religiösen, kulturellen und sozialen Stätten, Vereinen, Schulen oder Moscheen); persönliche Ansprache potenzieller Interessenten durch die Gesundheitsmediatoren/-innen; Bekanntmachung des Angebots über Migrantenselbstorganisationen
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl (insgesamt): jährlich ca. 6.000 Personen (davon ca. 1.000 ältere Personen) aus einer Vielzahl unterschiedlicher Herkunftsländer ▪ Mitarbeiterzahl (insgesamt): ca. 1.800 Mitarbeitende (davon 95 % ehrenamtlich) ▪ Verbreitung: bundesweit
Finanzierung	▪ Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. in Kooperation mit zahlreichen Projektpartnern (z. B. Kommunen)
Weitere Besonderheiten	▪ Das MiMi-Projekt basiert auf dem Interkulturellen Setting-Ansatz, d. h. MiMi bildet in einem ersten Schritt erfolgreich integrierte und engagierte Menschen mit Migrationshintergrund, die über sehr gute Deutschkenntnisse und ein hohes Bildungsniveau verfügen, zu interkulturellen Gesundheitslotsen/-innen, so genannten Mediatoren/-innen aus. Nach dieser Ausbildung, in der sie zum deutschen Gesundheitssystem und zu wichtigen Themen der Gesundheit und Prävention geschult werden, führen die Mediatoren/-innen selbstständig Informationsveranstaltungen durch, indem sie ihre Zielgruppen, d. h. ihre Landsleute, in deren jeweiligen Lebensräumen aufsuchen und die Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention kultursensibel und in der jeweiligen Muttersprache vermitteln. Die Mediatoren/-innen bilden somit Brücken zwischen weniger gut integrierten Menschen mit Migrationshintergrund und dem deutschen Gesundheitssystem. ▪ Die Analyse der sozialen Hintergründe der MiMi-Mediatorinnen und -Mediatoren sowie der Veranstaltungsteilnehmenden zeigt einen hohen Sozialindex bei den Mediatoren/-innen, der Sozialindex der Teilnehmenden hingegen ist deutlich geringer. Dies ist ein Beleg dafür, wie mit Menschen mit Migrationshintergrund, die über einen hohen Bildungsstand verfügen, jene nachhaltig zu erreichen sind, die über einen geringeren Sozialindex verfügen.
Quellen	▪ Fachgespräch mit einer MiMi-Standort-Koordinatorin (Fr. Elisabeth Burgtorf) und einer Gesundheitsmediatorin (Fr. Nerin Karayurt) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuches in Salzgitter ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege (Modellprojekt)
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V. in Kooperation mit Diakonie-Pflege Verbund Berlin, Diakoniewerk Simeon gGmbH, Diakonisches Bildungszentrum Lobetal, Pflegestützpunkte Berlin (Neukölln, Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte), AOK-Nordost – Die Gesundheitskasse, Humanistischer Verband Deutschlands Berlin-Brandenburg, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin ▪ Berlin
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass die Hürde, pflegerische Leistungen in Anspruch zu nehmen, für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund oft deutlich größer ist als für pflegebedürftige Menschen ohne Migrationshintergrund, wurde das Modellprojekt im Jahr 2015 initiiert. Die BrückenbauerInnen sind seit März 2016 im Einsatz. ▪ Das Angebot zielt darauf ab, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund niedrigschwellig zu erreichen und kultursensibel über ihre Ansprüche aufzuklären sowie auf vorhandene Hilfsangebote aufmerksam zu machen. Dadurch soll ihre Integration in das Pflegeversicherungssystem verbessert werden.
Leistungs-spektrum	▪ Tandemberatung in vier Pflegestützpunkten (im Rahmen der Beratungen nach § 7a SGB XI) sowie in drei Sozialstationen ▪ Begleitung bei Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie bei Pflegebegutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ▪ Information über bestehende Beratungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebote sowie zu rechtlichen Leistungsansprüchen (SGB XI, SGB XII) im Rahmen von Veranstaltungen für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund bzw. für deren pflegende Angehörige sowie im Rahmen einer persönlichen Ansprache von Menschen mit Migrationshintergrund – auch im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit – an ausgewählten Treffpunkten dieser Zielgruppe
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Mitarbeitende (deutsch-polnisch, deutsch-russisch, deutsch-serbokroatisch, deutsch-rumänisch, deutsch-türkisch, deutsch-arabisch, deutsch-französisch) mit Migrationshintergrund, die im Rahmen einer sechsmonatigen Qualifikation u. a. zur kulturspezifischen Kommunikation in Pflege und Beratung sowie zum Selbst- und Rollenverständnis als interkulturelle Multiplikatorin bzw. interkultureller Multiplikator geschult wurden ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: Vernetzung mit Institutionen, Einrichtungen und Diensten, die Zugang zu (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund haben; zugehende Arbeit an Treffpunkten von (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund; zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit um Angebote bekannt zu machen
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: unveröffentlicht; bei den Nutzerinnen und Nutzern handelt es sich v. a. um ältere pflegende Angehörige türkischer oder arabischer Herkunft ▪ Mitarbeiterzahl: 10 Brückenbauerinnen und Brückenbauer (5,0 VZÄ) ▪ Verbreitung: Schwerpunktmäßig in den Berliner Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte und Neukölln
Finanzierung	▪ Das Angebot wird durch Fördermittel des GKV-Spitzenverbands finanziert.
Weitere Besonderheiten	▪ Vernetzung u. a. mit Migrationssozialdiensten, Moscheen, Gesundheitsämtern, Amtsgerichten, Kitas und Förderschulen
Quellen	▪ Telefonisches Fachgespräch mit der Projektkoordinatorin (Fr. Nazife Sari) ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Betreuungsangebote für ältere russischsprachige Menschen mit Demenz sowie Entlastungs- und Beratungsangebote für deren pflegende Angehörige
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Nürnberg e. V. ▪ Nürnberg
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass ältere russischsprachige Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen die bestehenden konventionellen Betreuungs- und Entlastungsangebote aufgrund von sprachlichen und kulturellen Unterschieden nicht nutzen können, wurden vom Träger im Jahr 2008 spezifische Betreuungs- und Entlastungsangebote für diese Zielgruppe im Rahmen eines deutsch-israelischen Kooperationsprojektes initiiert. ▪ Die Angebote zielen darauf ab, älteren russischsprachigen Menschen mit Demenz eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, deren pflegende Angehörige vor Überforderung und psychosomatischen Erkrankungen zu schützen und die ambulante Versorgung nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu unterstützen. Daneben soll auch das ehrenamtliche Engagement gestärkt werden.
Leistungs-spektrum	▪ Nach § 45b SGB XI anerkannte Betreuungsangebote für ältere russischsprachige Menschen mit Demenz: Betreuungsgruppen (einschließlich Hol- und Bringdienst); stundenweise soziale häusliche Einzelbetreuung durch geschulte Helferinnen und Helfer ▪ Entlastungsangebote für pflegende Angehörige von älteren russischsprachigen Menschen mit Demenz: entlastende Gespräche über individuelle Probleme bei der Versorgung eines Familienmitglieds mit Demenz; fachlich angeleitete Gesprächsgruppe zum Erfahrungs- und Wissensaustausch ▪ Beratungsangebote: Information zu Möglichkeiten der häuslichen Versorgung, den Leistungen der Pflegeversicherung, der Antragstellung, dem Begutachtungsverfahren und dem Widerspruchsverfahren; Unterstützung und Begleitung bei der Antragstellung, den Vorbereitungen auf das Begutachtungsverfahren sowie im Widerspruchsverfahren; Information und Aufklärung zum Krankheitsbild Demenz sowie zur gelingenden Alltagsgestaltung und Kommunikation
Zielgruppen-spezifität	▪ Erbringung der Betreuungs-, Entlastungs- und Beratungsleistungen durch bilinguale, deutsch- und russischsprachige haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende aus dem Kulturkreis der Zielgruppe, welche (u. a.) zur interkulturellen Kompetenz geschult wurden ▪ Kultursensible Ausgestaltung der Betreuungsgruppen (Singen russischer Lieder und Erzählung russischer Märchen beim Teetrinken, gemeinsame Feier traditioneller russischer Feste) ▪ Einrichtung eines Hol- und Bringdienstes für die Nutzerinnen und Nutzer der Betreuungsgruppen ▪ Übernahme der Abrechnung der Kosten mit den Kostenträgern durch den Träger ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: umfassendes Beratungsangebot, das auch zuhause oder im Rahmen einer monatlichen Beratungssprechstunde in einer Kultur- und Begegnungsstätte für Menschen aus ehemaligen Mitgliedstaaten der Sowjetunion in Anspruch genommen werden kann; Heranführung an die Betreuungs- und Entlastungsangebote bzw. Enttabuisierung von deren Inanspruchnahme im Rahmen von Gesprächen mit pflegenden Angehörigen (bei Bedarf auch zuhause); Bekanntmachung der Betreuungs- und Entlastungsangebote nach deren Gründung im Rahmen von russischsprachigen Vorträgen zu den Themen Alter und Pflege an Treffpunkten von älteren russischsprachigen Menschen in Nürnberg
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl (nur Betreuungs- und Entlastungsangebote): monatlich ca. 40 Personen ▪ Mitarbeiterzahl: 1 hauptamtliche Mitarbeiterin (0,5 VZÄ); 9 geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer ▪ Verbreitung: Betreuungsgruppe am Standort in Nürnberg-Langwasser; häusliche Einzelbetreuung im Gesamtraum Nürnberg; Beratung im Gesamtraum Nürnberg (zwei Beratungsstellen, telefonisch, zuhause)
Finanzierung	▪ Die laufenden Kosten für das Betreuungsangebot (einschließlich Hol- und Bringdienst) werden größtenteils über die Pflegekassen refinanziert. Die in der Entwicklungs- und Anlaufphase angefallenen Kosten wurden durch eine Projektförderung der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ sowie über Drittmittel der WGB 2000 Stiftung, der Heinrich-Gröschel-Stiftung der Stadt Nürnberg und der AWO Sozialstiftung Nürnberg refinanziert. ▪ Die laufenden Kosten für die Entlastungs- und Beratungsangebote werden zu 30 Prozent über die Pflegekassen und die Kommune und zu 70 Prozent über Eigenmittel des Trägers finanziert.
Weitere Besonderheiten	▪ Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen der Kommune, der Freien Wohlfahrtspflege, der Krankenhaussozialdienste und privater Leistungsanbieter, die die Themen Alter und Pflege behandeln, sowie an regionalen und überregionalen Fachstellentreffen; Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen sowie Verfassung und Publikation themenspezifischer (Presse-)Beiträge ▪ Vernetzung mit Mehrgenerationenhäusern, Stadtteilbüros sowie Institutionen, die in russischer Sprache zum Thema Gesundheit informieren und beraten

Quellen	▪ Fachgespräch mit der Angebotskoordinatorin (Fr. Olesya Reis) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung ▪ Evaluationsbericht zum Projekt “Über Brücken kannst Du gehen” (unveröffentlicht)

Angebots-bezeichnung	Betreuungs-, Entlastungs- und Beratungsangebote für ältere (überwiegend russischsprachige) Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Das Zusammenleben e. V. ▪ Freital
Gründung und Ziele	▪ Der Verein wurde 2005 durch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit dem Ziel gegründet, Integrationshilfe zu leisten. Das Angebot des Vereins ist seitdem mit der Community „gealtert“. Die anfänglichen Kultur- und Freizeitangebote wurden zwischenzeitlich um Informationsveranstaltungen zu Fragen des Älterwerdens ergänzt und mittlerweile wurde ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für ältere Menschen mit Migrationshintergrund aufgebaut. ▪ Die Ziele bezüglich der (älteren) Menschen mit Migrationshintergrund und psychischer, geistiger und dementieller Erkrankung sind, ihre soziale Isolation zu vermeiden, ihren Zugang zum Hilfesystem zu verbessern und ihre pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten.
Leistungs-spektrum	▪ Das nach § 45b SGB XI anerkannte Betreuungs- und Entlastungsangebot für ältere (überwiegend russischsprachige) Menschen mit Migrationshintergrund umfasst u. a. Unterstützung bzw. Begleitung bei Arztterminen, Einkäufen, Freizeitaktivitäten, Haushaltsarbeiten sowie Fahrdienste. Je nach individuellem Bedarf werden diese Leistungen durch russischsprechende ehrenamtliche Helferinnen und Helfer ein- bis zweimal wöchentlich erbracht. ▪ Das bei Bedarf russischsprachige Vermittlungs- und Beratungsangebot bietet u. a. Vermittlung von geeigneten formellen Unterstützungs- und Pflegeangeboten sowie Beratung zu den Themen Demenz und Pflegebedürftigkeit. Es wird zudem Unterstützung in der Korrespondenz mit öffentlichen Stellen, Versicherungen und Banken geleistet.
Zielgruppen-spezifität	▪ Der Migrantenverein ist eng in die russischsprachige Community eingebunden und kann daher auf Bedarfe reagieren und entsprechende Angebote entwickeln. ▪ Sämtliche Angebote werden bei Bedarf auf russischer Sprache erbracht, überwiegend durch Ehrenamtliche der Community, die die kulturelle und psychosoziale Situation der Nutzerinnen und Nutzer nachvollziehen können. Alle Helferinnen und Helfer wurden geschult, weitergebildet und haben an einer Schwerpunktschulung zum Thema Demenz, psychische und geistige Erkrankungen teilgenommen. ▪ Die Beratungen werden auf Wunsch auch in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person oder in der Häuslichkeit einer bzw. eines Angehörigen durchgeführt.
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: monatlich ca. 30 Personen, davon zwei ohne Migrationshintergrund ▪ Mitarbeiterzahl: 3 hauptamtliche Mitarbeitende (je 10 bis 40 Std. wöchentlich und zusätzlich ehrenamtlich); 27 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (je ca. 2 bis 6 Std. wöchentlich) ▪ Verbreitung: ein Standort in Freital
Finanzierung	▪ Die laufenden Kosten für das Betreuungs- und Entlastungsangebot werden teilweise über die Pflegekassen refinanziert, wobei die Erstattung im Rahmen des Entlastungsbetrags direkt über den Verein erfolgt, um den Nutzerinnen und Nutzern das Verfahren abzunehmen. ▪ Die Beratungs- und Begleitungsleistungen werden fast ausschließlich ehrenamtlich erbracht. ▪ Es existieren Einnahmen durch Angebote des Vereins (insbesondere Kantine und Schneiderei) und variable Mitgliedsbeiträge der Vereinsmitglieder. ▪ Der weit überwiegende Teil der Infrastrukturen und Angebote wird über befristete Projektmittel refinanziert. Eine finanzielle (Projekt-)Förderung erfolgt bzw. erfolgte u. a. durch das Bundesmodellprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“.
Weitere Besonderheiten	▪ Neben dem Beratungs-, Betreuungs- und Entlastungsangebot für ältere Menschen bietet der Verein zahlreiche weitere Angebote (Bibliothek, Kantine, Schneiderei, Veranstaltungen, Freizeitgruppen etc.). ▪ Besonders ausgeprägte Vernetzung u. a. mit dem Dachverband Sächsischer Migrantenorganisationen e. V. (um andere Migrantenorganisationen für Pflegethemen und Hilfsangebote zu sensibilisieren), mit Kranken- und Pflegekassen und dem Kommunalen Sozialverband Sachsen (für das niedrigschwellige Betreuungsangebot), Migrantenvereinen (um Migranten als Nachbarschaftshelferinnen und -helfer zu gewinnen), der kommunalen Pflegekoordination und dem Pflegenetz (Teilnahme am Runden Tisch Pflege des Landtags), Pflegeanbietern (zur Unterstützung im Umgang mit russischsprachigen Klientinnen und Klienten) und der Agentur für Arbeit (zur Personalgewinnung für Bundesfreiwilligendienst und Minijobs im Verein).
Quellen	▪ Fachgespräch mit der Vereinsvorsitzenden (Fr. Tatjana Jurk) und der für Alltagsbegleitung und Beratung zuständigen Mitarbeiterin (Fr. K. Ortner) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Ambulanter Pflegedienst Ayten Aslan
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Ambulanter Pflegedienst Ayten Aslan ▪ Pforzheim
Gründung und Ziele	▪ Der Pflegedienst wurde im Jahr 2013 von zwei erfahrenen Pflegefachkräften aus dem Wunsch nach Selbstständigkeit heraus gegründet. ▪ Ziel war und ist die Schaffung eines bedürfnisgerechten ambulanten pflegerischen Angebots auch für pflegebedürftige, gläubig-liberale muslimische Menschen türkischer Herkunft.
Leistungs-spektrum	▪ Pflegerische Angebote: Grundpflege, Behandlungspflege, Verhinderungspflege, aktivierende Pflege, Pflegeanleitungen im häuslichen Bereich sowie Pflegekurse ▪ Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz ▪ Beratungsangebote: Unterstützung bei der Antragstellung, Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale, deutsch-türkischsprachige Mitarbeitende mit türkischem Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz, die im Rahmen monatlicher Teambesprechungen und problembezogener Fallbesprechungen gezielt auf- und ausgebaut wird ▪ Kultursensible Angebotsgestaltung: individuelle Bedürfnisermittlung (u. a. mittels eines eigens entworfenen Biografiebogens für Menschen türkischer Herkunft); geschlechtsspezifische Pflege ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: Auslage zweisprachiger, deutsch-türkischer Flyer in deutschen und türkischen Arztpraxen; Vertrauensaufbau und Bekanntmachung von bestehenden Pflege- und Unterstützungsangeboten im Rahmen von muttersprachlichen Pflegeberatungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI; Unterstützung bei der Antragstellung
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: ca. 35 Personen, davon ca. 50 Prozent mit Migrationshintergrund (überwiegend türkisch- und pakistanischstämmige Menschen) ▪ Mitarbeiterzahl: 4 Mitarbeitende (4,0 VZÄ) ▪ Verbreitung: Pforzheim und Umgebung
Finanzierung	▪ Die Pflege- und Betreuungsangebote sind Teil der Regelversorgung. Der Mehraufwand bei der Kommunikation mit türkischstämmigen Nutzerinnen und Nutzern sowie Dolmetscher- und Übersetzungstätigkeiten werden unentgeltlich geleistet.
Weitere Besonderheiten	▪ Teilnahme am Arbeitskreis „Kultursensible Pflege“ zur Sensibilisierung von Personen des öffentlichen Lebens für die kultursensible Pflege (Teilnehmende sind neben dem Pflegedienst eine kommunale Beratungsstelle für Hilfen im Alter, der lokale Pflegestützpunkt, ein kommunales Demenzzentrum, ein Kreisverband der Freien Wohlfahrtspflege, ein ambulanter Hospizdienst und eine Freiwilligenagentur) ▪ Vernetzung mit dem lokalen Pflegestützpunkt zur Vermittlung von ratsuchenden Personen
Quellen	▪ Fachgespräch mit der Inhaberin und Geschäftsführerin (Fr. Ayten Aslan) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	ARIANA – Interkulturelle Tagespflege
Trägerschaft und Standort(e)	▪ ARIANA - Haus der Gesundheit – Ambulanter Kranken- und Altenpflegedienst GmbH ▪ Hamburg
Gründung und Ziele	▪ Aufgrund der Erfahrung, dass die familiären Pflegepotenziale geringer werden und viele Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen daher Bedarf an einem tageweisen Betreuungs- und Beschäftigungsangebot haben, wurde vom Inhaber und Geschäftsführer eines interkulturellen ambulanten Pflegedienstes im Jahr 2008 ein Angebot der interkulturellen Tagespflege initiiert. ▪ Das Angebot zielt darauf ab, die soziale Isolation der Nutzerinnen und Nutzer zu verhindern und die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe ihrer Angehörigen (meist die Kinder) zu verbessern.
Leistungs-spektrum	▪ Pflegerisches Angebot: teilstationäre Pflege in einer Einrichtung der Tagespflege (daneben auch ambulante Pflege durch einen Pflegedienst) ▪ Beratungsangebot: Information zu bestehenden Pflege- und Unterstützungsangeboten, Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen, Begleitung bei Behördengängen, Dolmetscher- und Übersetzertätigkeiten
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Pflege- und Betreuungskräfte aus den Kulturkreisen der Nutzerinnen und Nutzer ▪ Kultursensible Ausgestaltung des Tagespflegeangebots: internationale Küche, geschlechtsspezifische Pflege und Betreuung, Gestaltung der Räume, musikalische Angebote ▪ Einrichtung eines Hol- und Bringdienstes für die Nutzerinnen und Nutzer des Tagespflegeangebots ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: umfassendes Beratungsangebot
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl (nur Tagespflege): monatlich ca. 70 Personen; davon 100 Prozent mit Migrationshintergrund (überwiegend aus dem Iran und aus Afghanistan) ▪ Mitarbeiterzahl (nur Tagespflege): 14 hauptamtliche Personen arbeiten täglich im Schichtdienst in der Einrichtung; daneben sind in wechselndem Umfang auch ehrenamtliche Mitarbeitende in der Einrichtung tätig ▪ Verbreitung: ein Standort in Hamburg-Wandsbek und ein geplanter Standort in Hamburg-Steilshoop
Finanzierung	▪ Die Tagespflege ist als teilstationäre Einrichtung Teil der Regelversorgung. ▪ Die umfangreichen ergänzenden Beratungs- und Begleitungsangebote werden weit überwiegend ohne Finanzierungsgrundlage erbracht.
Weitere Besonderheiten	▪ Vertragliche Kooperationen mit Pflegeheimen und Krankenhäusern zur Organisation der Patientenversorgung (beispielsweise die Vorbereitung und Begleitung stationärer Behandlungen von Nutzerinnen und Nutzern im Krankenhaus)
Quellen	▪ Telefonisches Fachgespräch mit dem Inhaber und Geschäftsführer (Hr. Abdullah Ahrari) ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf und Demenz
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Kein Träger da selbstorganisiert ▪ Stuttgart
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund, dass es in Stuttgart kaum pflegerische Angebote für ältere türkischstämmige Menschen gibt und diese in pflegerischer Hinsicht folglich eher schlecht versorgt sind, wurde im Jahr 2015 eine selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf von der Stadt Stuttgart und dem städtischen Wohnungsbauunternehmen SWSG initiiert. ▪ Ziel war und ist die Schaffung eines an den Bedarfen und Bedürfnissen von älteren türkischstämmigen pflegebedürftigen Menschen ausgerichteten Angebots, um auch dieser Bevölkerungsgruppe eine möglichst individuelle Lebensgestaltung im Alter zu ermöglichen.
Leistungs-spektrum	▪ Ambulante Pflege und Betreuung ▪ Teilhabe ▪ Wohnen
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale, deutsch-türkischsprachige Pflege- und Betreuungskräfte aus dem Kulturkreis der Nutzerinnen und Nutzer, die aufgrund bestehender Erfahrungen in der Versorgung von pflegebedürftigen, türkischstämmigen Musliminnen und Muslimen und Kenntnissen der türkischen Kultur und islamischen Religion über interkulturelle Kompetenz verfügen ▪ Kultursensible Angebotsgestaltung: türkische Küche; Berücksichtigung von Unterschieden bei der Tagesgestaltung; Beachtung religiöser Bedürfnisse ▪ Quartiersbezug: Die Wohngemeinschaft befindet sich in einem Mehrfamilienhaus in einem Stadtteil mit relativ hohem Migrantenanteil. Im Umfeld gibt es Geschäfte zur Deckung des täglichen Bedarfs, Apotheken, Haltestellen des ÖPNV sowie Restaurants und Cafés. ▪ Aktivitäten zur Verbesserung des Zugangs (im Vorfeld der Gründung): Bekanntmachung des Angebots unter türkischstämmigen Menschen im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Beiträgen in deutschen und türkischen Medien sowie der Verteilung von Flyern; persönliche Gespräche mit Schlüsselpersonen in verschiedenen türkischen Einrichtungen und Vereinen zum Thema Pflege sowie über das Angebot durch eine türkischsprachige muslimische Beraterin; ausführliche und individuelle Beratung aller Interessenten/-innen durch den Pflegestützpunkt Stuttgart
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: 8 Personen, davon haben 100 Prozent einen Migrationshintergrund (überwiegend türkischstämmige Personen, daneben auch kurdisch- und syrischstämmige Personen) ▪ Mitarbeiterzahl: Anzahl des hauptamtlichen Personals nicht bekannt; ca. 12 ehrenamtliche Mitarbeitende (davon 5 direkt in der Wohngemeinschaft und 7 im Förderverein) ▪ Verbreitung: ein Standort in Stuttgart-Roth
Finanzierung	▪ Finanzierung der Kosten für die regulären Pflege- und Betreuungsleistungen über SGB XI, SGB V und SGB XII ▪ Finanzierung der Personalkosten für die interkulturelle Beratung und die fachliche Begleitung durch Fördergelder des GKV-Spitzenverbands ▪ Finanzierung der Kosten für Mobiliar und Küche durch Drittmittel (Erich und Lieselotte Gradmann-Stiftung)
Weitere Besonderheiten	▪ Das Konzept einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für pflegebedürftige Menschen war in der Gruppe der türkischstämmigen Menschen in Stuttgart kaum bekannt. Deshalb wurde das Konzept im Vorfeld der Gründung offensiv beworben. Hierfür wurde eine türkischsprachige und muslimische Beraterin eingesetzt, die die deutsch-türkische Öffentlichkeitsarbeit organisierte und persönliche Gespräche mit Schlüsselpersonen in verschiedenen türkischen Einrichtungen und Vereinen zum Thema Pflege und über das Konzept führte. ▪ Weiterhin wurde das Konzept mit einer Mitarbeiterin des Deutsch-Türkischen Forums Stuttgart sowie mit dem Vorstandsvorsitzenden der Türkischen Gemeinde Baden-Württemberg diskutiert. Diese gaben wertvolle Ratschläge, wie beispielsweise einen Förderverein zu gründen und eine interkulturelle Beraterin zur Bekanntmachung des Angebots einzusetzen, und vermittelten geeignete Personen für diese Aufgaben. Darüber hinaus signalisierten sie der Zielgruppe durch ihre Unterstützung des Angebots, dass es sich um ein seriöses und annehmbares Angebot handelte.
Quellen	▪ Fachgespräch mit dem Sozialamt der Stadt Stuttgart (Fr. Ina Friedmann), dem lokalen Pflegestützpunkt (Fr. Christina Wißmann) und der fachlichen Begleitung (Hr. Peter Wißmann) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Nordrhein e. V. ▪ Duisburg
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund der Beobachtung, dass Menschen türkischer Herkunft in Duisburg nach Eintritt in den Ruhestand nicht in die Türkei zurückkehren, sondern in Deutschland bleiben, wurde im Jahr 1997 das multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ eröffnet. ▪ Eine Zielsetzung des Angebots ist es, die Zielsetzungen der Altenhilfe bzw. -pflege wie sie für ältere Menschen ohne Migrationshintergrund gelten auch für ältere Menschen mit Migrationshintergrund zu übernehmen.
Leistungs-spektrum	▪ Vollstationäre Pflege ▪ Kurzzeitpflege ▪ Verhinderungspflege
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Mitarbeitende (besonders in der medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Betreuung) – aus den Kulturkreisen der migrantischen Bewohnerinnen und Bewohner sowie mit interkultureller Kompetenz, die im Rahmen von internen und externen Fortbildungen gezielt auf- und ausgebaut wird ▪ Kultursensible Angebotsgestaltung: individuelle Bedürfnisermittlung; Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse (Räume für Gebet – Mescid – und Gottesdienst, regelmäßige Koranlesungen und Gottesdienste, wöchentlicher Besuch eines Hodscha, Feier muslimischer und christlicher Feste); geschlechtsspezifische Grundpflege; Beachtung von Essgewohnheiten bzw. internationale Küche; Einrichtung offener Räume zum Verweilen, Treffen und Essen; Berücksichtigung von spezifischen Bedürfnissen bzgl. der Freizeitgestaltung (z. B. gemeinsames Teetrinken, Essen und Musikhören, Türkisches Frühstück, Feier traditioneller Feste); internationale TV-Sender und Zeitungen ▪ Einbeziehung externer Dolmetscherdienste bei Bedarf ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: Platzierung von Signalen (z. B. Einrichtung eines Gebetsraums); Mund-zu-Mund-Propaganda über haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende, Angehörige etc.
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: ca. 120 Personen, davon ca. 25 Prozent mit Migrationshintergrund (überwiegend türkischstämmige, daneben auch russischstämmige Personen sowie Angehörige kleiner Ethnien) ▪ Mitarbeiterzahl: ca. 100 hauptamtliche Mitarbeitende (56 VZÄ); ca. 50 ehrenamtliche Mitarbeitende zur Schaffung einer lebensnahen Atmosphäre ▪ Verbreitung: ein Standort in Duisburg-Homberg
Finanzierung	▪ Die Einrichtung ist Teil der Regelversorgung. Mehrkosten für die kultursensible Versorgung, z. B. für kulturspezifische Nahrungsmittel und deren Verarbeitung, werden in die Pflegesatzverhandlungen aufgenommen. ▪ Die Kosten, die während der Entwicklungs- und Anlaufphase im Rahmen des Pilotprojektes ESA „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“ anfielen, wurden aus Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen sowie aus Eigenmitteln des DRK-Landesverbands Nordrhein e. V. finanziert.
Weitere Besonderheiten	▪ Die Einrichtung fußt auf dem Pilotprojekt ESA „Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe“, welches durch den Träger in Kooperation mit dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung initiiert wurde. Im Rahmen dieses Projektes erfolgte in der Vorgängereinrichtung ein mehrjähriger Prozess der interkulturellen Organisationsentwicklung, in welchen das Personal, die deutschen Bewohnerinnen und Bewohner, Migrantenorganisationen sowie Migrantenfamilien einbezogen wurden. Auch nach dem Umzug in das „Haus am Sandberg“ wurde die interkulturelle Organisationsentwicklung weiter vorangetrieben – zum einen im Rahmen eines anschließenden dreijährigen Projektes zur Vernetzung von Altenhilfe und Migrationssozialarbeit, zum anderen im Rahmen der Beschäftigung einer türkischstämmigen Sozialarbeiterin.
Quellen	▪ Fachgespräch mit der Heimgeschäftsführung (Hr. Ralf Krause) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

Angebots-bezeichnung	Interkulturelles Altenhilfezentrum „Victor-Gollancz-Haus“
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe e. V. ▪ Frankfurt
Gründung und Ziele	▪ Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Frankfurter Verbands, sich im Bereich der interkulturellen Altenhilfe zu engagieren, wurde im Jahr 2004 im neuen Gebäude des Victor-Gollancz-Hauses eine Wohngruppe für muslimische pflegebedürftige Menschen eingerichtet. ▪ Eine Zielsetzung des Angebotes ist es, für Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe und Glaubenszugehörigkeiten einen Ort zu schaffen, der ihnen ein Gefühl von Heimat und Geborgenheit vermittelt.
Leistungs-spektrum	▪ Vollstationäre Pflege ▪ Kurzzeitpflege ▪ Verhinderungspflege
Zielgruppen-spezifität	▪ Bilinguale Mitarbeitende aus den Kulturkreisen der migrantischen Bewohnerinnen und Bewohner sowie mit interkultureller Kompetenz, die im Rahmen von internen Fortbildungen gezielt auf- und ausgebaut wird ▪ Kultursensible Angebotsgestaltung: individuelle Bedürfnisermittlung; Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse (z. B. muslimischer Gebetsraum, regelmäßige Besuche eines Imams, Beachtung persönlicher Rituale); geschlechtsspezifische Pflege; Beachtung von Essgewohnheiten (z. B. Halal-Kost, türkische Gerichte); Berücksichtigung von spezifischen Bedürfnissen bzgl. der Freizeitgestaltung (z. B. gemeinsame Teestunden in einem eigens dafür eingerichteten Teezimmer, Feier traditioneller Feste); internationale TV-Sender und Zeitungen ▪ Aktivitäten zur Erleichterung des Zugangs: Platzierung von Signalen (z. B. Einrichtung eines Gebetsraums); Vernetzung mit den Gemeinden; Pflege der Kontakte zu Schlüsselpersonen; mehrsprachige Informationsmaterialien zur Pflegeversicherung; mehrsprachige Hausbroschüre; Vorstellung des Angebots während der Planungsphase in Moscheevereinen im Rahmen von Gesprächen mit den Vorständen sowie im Rahmen von Informationsveranstaltungen
Größe und Verbreitung	▪ Nutzerzahl: ca. 120 Personen, davon ca. 25 Prozent mit Migrationshintergrund (überwiegend türkischstämmige) ▪ Mitarbeiterzahl: nicht bekannt ▪ Verbreitung: ein Standort in Frankfurt-Sossenheim
Finanzierung	▪ Die Einrichtung ist Teil der Regelversorgung. Mehrkosten für die kultursensible Versorgung, z. B. für kulturspezifische Nahrungsmittel und deren Verarbeitung, werden in die Pflegesatzverhandlungen aufgenommen.
Weitere Besonderheiten	▪ Für die Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird ein interkultureller Berater beschäftigt. Dieser ist u. a. für die Beratung der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner mit Migrationshintergrund und von deren Angehörigen zuständig. In Einzelgesprächen werden im Rahmen eines gemeinsamen Lernprozesses einerseits die individuellen Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen ermittelt und andererseits die Grenzen des von der Einrichtung Leistbaren vermittelt. Der interkulturelle Berater ist überdies für die Pflege von Kontakten zu Migrantenselbstorganisationen – insbesondere Moscheevereine – in Frankfurt zuständig.
Quellen	▪ Fachgespräch mit der Heimgeschäftsführung (Hr. Martin Crede), dem Beauftragten des Frankfurter Verbands für die Migrationsarbeit (Dr. Hüseyin Kurt) und mehreren Mitarbeitenden im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs ▪ Online-Befragung

4 Los 2: Ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben

4.1 Einleitung

Der Anteil alleinlebender Pflegebedürftiger in deutschen Privathaushalten an allen Pflegebedürftigen in Privathaushalten ist seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) deutlich angestiegen und lag 2016 bei 34 Prozent (1998: 22 %). Seit 2010 ist deren Anteil stabil geblieben. Besonders hoch ist der Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen bei den ab 80-Jährigen (40 %). Ein Grund für den Anstieg könnte darin liegen, dass es seit der Einführung der SPV und dem Ausbau der wohnortnahen Versorgungsstrukturen auch alleinlebenden Älteren im Falle von Pflegebedürftigkeit leichter möglich ist, die angestammte Lebensführung im eigenen Haushalt aufrechtzuerhalten.[108] [109] Bis 2050 ist aufgrund stagnierender Geburtenraten sowie weiterer Faktoren, wie beispielsweise der Singularisierung der Gesellschaft, der höheren Erwerbsquoten von Frauen (den oftmals für die informelle Pflege zuständigen Töchtern der Pflegebedürftigen) und einer größeren Entfernung der künftigen Pflegebedürftigen zu ihren Kindern, mit einem deutlichen Anstieg der alleinlebenden Pflegebedürftigen (ledig geblieben, verwitwet, geschieden) zu rechnen.[110]

Das Armutsrisiko ist bei alleinlebenden älteren Menschen deutlich höher als bei älteren Paarhaushalten und auch als in der Gesamtbevölkerung.[111] Laut einer aktuellen Untersuchung von TNS Infratest Sozialforschung und der Universität Bremen im Auftrag des BMG verfügen zehn Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen über weniger als 750 Euro und knapp ein Drittel über weniger als 1.000 Euro Einkommen im Monat. Auch wenn bei den Berechnungen das Pflegegeld bzw. der Sachleistungswert der Pflegeversicherung sowie sonstige geldwerte Vorteile bei selbstgenutztem (familiären) Wohneigentum unberücksichtigt blieben und nach

[108] Seit 2007 ist der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen von 32 auf 27 Prozent im Jahr 2015 gesunken. Der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen liegt somit aktuell bei 73 Prozent. Zwischen 2013 und 2015 ist die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen deutlich stärker angestiegen als die Zahl der stationär versorgten (+11,6 % vs. +2,5 %).

[109] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).

[110] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).

[111] Vgl. Goeble und Grabka (2011).

Vermutung der Autoren auch private familiäre Transfers deutlich unterschätzt wurden[112], so wird das (monetäre) Armutsrisiko der alleinlebenden Pflegebedürftigen doch sehr deutlich. Der Schwellenwert für eine Armutsgefährdung bei Alleinlebenden in Einpersonenhaushalten bezogen auf das Jahr 2015 liegt bei einem monatlichen Netto-Einkommen von 1.033 Euro.[113] [114] Darüber hinaus weisen alleinlebende Pflegebedürftige im Vergleich zu den restlichen Pflegehaushalten die schwächste Vermögensposition auf (3.000 Euro vs. ca.35.000 Euro in Pflegehaushalten und sonstigen Haushalten).[115] Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes zu Alleinlebenden (mit und ohne Pflegebedarf) aus dem Jahr 2012 sind dabei insbesondere alleinlebende Frauen armutsgefährdet: Nahezu die Hälfte (46 %) der alleinlebenden Frauen ab 65 Jahren verfügt über ein Nettoeinkommen unterhalb von 1.100 Euro, während dies „nur“ auf 32 Prozent der alleinlebenden Männer zutrifft.[116]

Alleinlebende Personen mit Pflege- und Hilfebedarf[117] sind insgesamt mehrheitlich (78,2 %) weiblich. Alleinlebende Pflegebedürftige sind im Durchschnitt 83,3 Jahre alt. Ein Viertel der Betroffenen ist ledig, der Rest ist verwitwet.[118] Tabelle 4-1 zeigt die soziodemografischen Merkmale von Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße. Pflegebedürftige in Zweipersonenhaushalten sind im Durchschnitt deutlich jünger als solche in Einpersonenhaushalten und mehrheitlich verheiratet. Der Anteil von Männern und Frauen ist ausgeglichen. Pflegebedürftige, die in Dreipersonenhaushalten[119] leben, sind im Durchschnitt noch einmal etwas älter als Pflegebedürftige in Einpersonenhaushalten. Sie sind ebenso

---

[112] Die Ergebnisse stammen aus einer repräsentativen Befragung von Privathaushalten (mit bzw. ohne Pflegebedürftige) von TNS Infratest. Hierbei wurden die Haushalte aufgefordert ihr monatliches Nettoeinkommen anzugeben. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden dabei nicht als unmittelbare Bestandteile der Einkommen, die im Haushalt verfügbar sind, mitgezählt. Darüber hinaus wurde die unterstellte Miete bei selbstgenutztem Haus- und Wohneigentum nicht berücksichtigt.

[113] Bei einem Haushalt mit zwei Erwachsenen (bzw. mit zwei Personen ab 14 Jahren) liegt die Armutsrisikoschwelle bei 1.550 Euro, bei drei erwachsenen Personen bei 2.067 Euro und bei einem Vierpersonenhaushalt mit drei Erwachsenen und einem Kind unter 14 Jahren bei 2.376 Euro

[114] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).

[115] Vgl. Geyer (2015).

[116] Vgl. Statistisches Bundesamt (2012).

[117] Die Daten wurden vom DIW auf Basis des SOEP ermittelt. Neben den Leistungsempfängerinnen und -empfängern der Pflegeversicherung berücksichtigt die Studie des ZQP auch sämtliche privatwohnenden Personen mit alltäglichem Hilfebedarf. Somit werden alle privatwohnenden Personen ab 65 Jahren betrachtet, die angeben, in ihrem Alltag regelmäßig Hilfe oder Pflege zu benötigen. Entsprechend international üblicher Klassifikation gilt in dieser Studie eine Person als pflegebedürftig, wenn sie mindestens eine alltägliche Aufgabe wie Anziehen, Treppen steigen, Körperpflege oder Haushaltsführung nicht vollständig selbständig übernehmen kann.

[118] Vgl. Naumann et al. (2013). Das Merkmal „geschieden“ wird von den Autorinnen und Autoren nicht explizit ausgewiesen bzw. nicht explizit einer der drei sonstigen Kategorien zugeordnet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass das Merkmal bei den Berechnungen berücksichtigt und einer der drei Kategorien zugeordnet worden ist.

[119] Hierunter fallen Pflegebedürftige, die mit zwei weiteren Personen in einem Haushalt leben (bspw. mit einem Kind und dessen Partnerin bzw. Partner).

mehrheitlich verwitwet, jedoch oft auch verheiratet oder (seltener) ledig.

Tabelle 4-1: Soziodemografische Merkmale von Personen mit Pflege- und Hilfebedarf nach Haushaltsgröße

Merkmale	Haushaltsgröße 1	2	3+
		in %	
Ø-Alter	83,3	78,0	84,3
Männer	21,8	52,1	14,4
Frauen	78,2	47,8	85,6
Familienstand			
Verheiratet	0	90,2	36,4
Ledig	25,3	5,6	8,4
Verwitwet	74,7	4,1	55,2

Quelle: Prognos AG 2017 auf Basis Naumann et al. (2013)

4.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Die grundsätzliche Zielgruppe des vorliegenden Berichtes, ältere Pflegebedürftige, wurde bereits in Kapitel 1.2 vorgestellt. An dieser Stelle soll nun die Zielgruppe der älteren armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben, definiert werden, die in diesem losspezifischen Kapitel im Fokus steht.

Die Zielgruppe der älteren armutsgefährdeten und alleinlebenden Menschen, die nach SGB XI **pflegebedürftig** sind, kann folgendermaßen definiert werden:

- Als **armutsgefährdet** werden Pflegebedürftige mit einem Äquivalenzeinkommen[120] von weniger als sechzig Prozent des Medians der Äquivalenzeinkommen betrachtet. Diese Einkommensgrenze wird als Armutsgefährdungsschwelle bezeichnet.[121]

- Als **alleinlebend** werden an dieser Stelle Pflegebedürftige bezeichnet, die in einem Einpersonenhaushalt leben. Entscheidend ist dabei somit die Wohnsituation der Privathaushalte, nicht der Familienstand (alleinstehend) der Pflegebedürftigen.

Box 4-1: Datenlage und Wissensstand

Die Datenlage zur Zielgruppe der älteren armutsgefährdeten Pflegebedürftigen, die alleine leben ist insgesamt recht gut, wenn auch die vorliegenden Auswertungen die Zielgruppe nicht immer zu hundert Prozent abbilden.

In der Pflegestatistik werden Wohn- und Einkommenssituation der Pflegebedürftigen zwar nicht erfasst. Es besteht jedoch die Möglichkeit die Merkmale „pflegebedürftig", „alleinlebend" und „armutsgefährdet" im Mikrozensus oder im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) zu kreuzen und entsprechende Auswertungen vorzunehmen.

Aufgrund der recht guten Datenlage, gibt es einige quantitative wissenschaftliche Untersuchungen, die repräsentative Ergebnisse der Zielgruppe für das gesamte Bundesgebiet generieren. Daneben gibt es auch qualitative Untersuchungen bzw. Beiträge in Fachzeitschriften, die jedoch oft regional bzw. einrichtungs- und projektspezifisch sind.

Keine der berücksichtigten Untersuchungen bezieht sich genau auf die spezifische Zielgruppe der älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die alleine leben. Zum einen werden bei den vorliegenden Auswertungen lediglich zwei von drei Merkmalen untersucht, beispielsweise die Merkmale „pflegebedürftig" und „alleinlebend", während das Merkmal „armutsgefährdet" unberücksichtigt bleibt. In solchen Fällen sind entsprechend lediglich Aussagen zu alleinlebenden Pflegebedürftigen insgesamt ableitbar, unabhängig, ob diese armutsgefährdet sind oder nicht. Zum anderen werden in den vorliegenden Studien neben den Pflegebedürftigen, die Leistungen nach SGB XI beziehen, teilweise auch nur allgemein ältere Menschen mit einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf betrachtet.

[120] Das Äquivalenzeinkommen ist ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied. Zur Berechnung wird das Haushaltsnettoeinkommen durch die Summe der Bedarfsgewichte der im Haushalt lebenden Personen geteilt. Dabei wird der ersten erwachsenen Person im Haushalt das Bedarfsgewicht 1 zugeordnet, für die weiteren Haushaltsmitglieder werden Gewichte von <1 eingesetzt (0,5 für weitere Personen im Alter von 14 und mehr Jahren und 0,3 für jedes Kind im Alter von unter 14 Jahren). Dahinter steht die Annahme, dass sich durch gemeinsames Wirtschaften Einsparungen erzielen lassen.

[121] Diese Definition findet u. a. auch im aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung Anwendung (vgl. Deutscher Bundestag (2017)).

U. a. auch auf Basis der Auswertung der vorhandenen Daten zur Zielgruppe (siehe Box 4-1), aber auch auf Basis der Gespräche mit den unterschiedlichen Expertinnen und Experten, wurde bei der Definition der Zielgruppe noch einmal nachgeschärft:

- **Pflegebedürftig:** Die Zielgruppe ist häufig im Lebensverlauf gesundheitlich stärker eingeschränkt als andere Bevölkerungsgruppen. Entsprechend tritt Pflegebedürftigkeit bei ihr schneller und früher ein. Das Erreichen der in Kapitel 1.2 festgelegten Altersgrenze von 67 Jahren wurde daher im Rahmen der Studie nicht als Ausschlusskriterium angewendet.

- **Armutsgefährdet:** Es ist wichtig zwischen Armutsgefährdung zu unterscheiden, die durch die Pflegebedürftigkeit entsteht, und Armutsgefährdung, die bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorlag. In letzterem Fall mangelt es den Betroffenen oftmals nicht nur an finanziellen Ressourcen, sondern sie haben insgesamt einen geringen sozialen Status, verfügen über geringe Bildung etc. Im Rahmen der Studie stehen insbesondere Pflegebedürftige im Fokus, die bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit in einer prekären sozialen Lage gelebt haben und damit eine besonders hohe Vulnerabilität aufweisen.

- **Alleinlebend:** Alleine zu leben kann auch eine bewusste Entscheidung sein, aus der sich, bei entsprechender Organisation bzw. entsprechendem sozialen Netz, nicht zwingend Probleme ergeben müssen. Im Rahmen der Untersuchung wurden diejenigen Alleinlebenden in den Blick genommen, die isoliert und ohne soziales Netzwerk leben.

Die Zielgruppe ist somit umso vulnerabler, je isolierter sie ist und je geringer ihre finanziellen und sonstigen persönlichen Ressourcen sind.

Grundsätzlich ist in der Literatur und bei den Gesprächen mit den diversen Expertinnen und Experten zwar vermerkt (worden), dass die Mehrheit der alleinlebenden und armutsgefährdeten Pflegebedürftigen weiblich ist. Allerdings wurde nur selten auf spezifische Bedarfe von pflegebedürftigen **Frauen** verwiesen. Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten ist es jedoch wichtig, darauf zu reagieren, dass Frauen in der vulnerablen Zielgruppe überrepräsentiert sind. Notwendig seien präventive Maßnahmen, damit Frauen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit vor Armut geschützt werden. Bei den spezifischen Bedarfen der Zielgruppe wird im Folgenden jedoch nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden.

Die befragten Expertinnen und Experten waren sich nicht einig darüber, ob nun das Merkmal **alleinlebend** zentraler ist für die

Vulnerabilität der Zielgruppe oder das Merkmal **armutsgefährdet**. Diejenigen Expertinnen und Experten, die das Alleinleben als zentral für die Vulnerabilität der Zielgruppe ansahen, argumentierten, dass ein funktionierendes soziales Netzwerk zentral sei für die Versorgungssicherheit und die Erhaltung der Lebensqualität in der eigenen Häuslichkeit. Diejenigen Expertinnen und Experten, die dagegen die fehlenden finanziellen Ressourcen der Zielgruppe als zentral für deren Vulnerabilität ansahen, vertraten die Ansicht, dass sich alleinlebende Menschen mit ausreichenden finanziellen Ressourcen entsprechende Leistungen einkaufen und damit Versorgungssicherheit und Lebensqualität gewährleisten könnten.

4.3 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe

Dieses Kapitel ist nach den Bedarfslagen gegliedert, die im Rahmen des Projektes für die Zielgruppe als zentral identifiziert wurden. Abgeleitet wurden diese Bedarfslagen auf Basis der in Kapitel 2 beschriebenen Instrumente (Erfassung und Befragung von Anbietern losspezifischer Angebote, Literaturrecherchen, Fachgespräche, Vor-Ort-Besuche und Expertenworkshop). Dabei wurden unterschiedliche spezifische Bedarfe der Zielgruppe erfasst und zu Bedarfslagen zusammengefasst. Hierbei spielten auch die im Rahmen der Befragungen vorgegebenen Fokusthemen eine Rolle (siehe Kapitel 2.1.1.1). Als zentral für die Zielgruppe wurden dabei lediglich diejenigen Bedarfe bzw. Bedarfslagen betrachtet, die wiederholt in der Literatur aufgetaucht bzw. von den befragten Expertinnen und Experten genannt worden sind.

Für die Zielgruppe der älteren, armutsgefährdeten Pflegebedürftigen, die alleine leben, konnten im Rahmen der Untersuchung vier zentrale Bedarfslagen identifiziert werden:

1. Professionelle Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der eigenen Wohnung,

2. Ermöglichung sozialer Teilhabe,

3. Zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Beratungsangeboten,

4. Ermöglichung von Mobilität.

Bei der Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote, die im Rahmen dieses Projektes durchgeführt wurde, wurde deutlich, dass die genannten Angebote überwiegend den Fokus auf die Themenfelder Beratung (etwa 45 %) und soziale Teilhabe (rund ein Drittel) legen. Damit adressieren rund 80 Prozent der

genannten Angebote eine der beiden Bedarfslagen. Entsprechend haben Beratung und soziale Teilhabe eine besonders hohe Bedeutung für die Zielgruppe. Dies veranschaulicht auch die im Rahmen des Projektes herausgearbeitete Charakterisierung des Angebotsspektrums (Typologisierung), die im Anhang (Kapitel 4.6.1) zu finden ist und auf die im Folgenden an den entsprechenden Stellen verwiesen wird. Auch aus Sicht der meisten im Rahmen der Fachgespräche befragten Expertinnen und Experten ist die Beratung die zentrale Bedarfslage der Zielgruppe. An zweiter Stelle platzierten die Fachgesprächspartnerinnen und -partner die Ermöglichung der sozialen Teilhabe, gefolgt von der Ermöglichung von Mobilität.

Die Bedarfslage „Ermöglichung von Mobilität“ ist sehr eng mit der Bedarfslage „Ermöglichung sozialer Teilhabe“ verknüpft, da soziale Teilhabe ohne Mobilität nur schwer zu realisieren ist. Um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz Pflegebedürftigkeit realisieren zu können, sind wiederum entsprechende zielgruppenspezifische Beratungsangebote erforderlich. Entsprechend weisen die vier identifizierten Bedarfslagen Überschneidungen auf, die im Folgenden dargestellt und berücksichtigt werden.

Im Rahmen der Untersuchung wurde zudem deutlich, dass die Zielgruppe insbesondere Unterstützung beim Zugang zu den jeweiligen Leistungen bzw. Angeboten braucht. Auch die Notwendigkeit der Vernetzung der Angebote und Institutionen vor Ort wurde sowohl in der Literatur als auch von den befragten Expertinnen und Experten sehr häufig genannt. Aufgrund der geringen finanziellen Ressourcen der Zielgruppe sowie aufgrund des meist nicht vorhandenen sozialen Netzwerkes ist diese außerdem besonders auf vorhandene ehrenamtliche Strukturen angewiesen.

Für jede Bedarfslage werden im Folgenden jeweils im ersten Unterkapitel die zielgruppenspezifischen Lebenslagen und die sich aus den Lebenslagen ableitenden spezifischen Bedarfe der Zielgruppe dargestellt.[122] Im zweiten Unterkapitel werden Ansätze zur Deckung der im ersten Unterkapitel hergeleiteten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe vorgestellt und mit entsprechenden (nationalen und internationalen) Praxisbeispielen veranschaulicht.[123] Den Abschluss des zweiten Unterkapitels bildet eine grundsätzliche Einschätzung zur Deckung der Bedarfe der Zielgruppe im

[122] Die Lebenslagen und die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe werden dabei jeweils als kursive Zwischenüberschriften hervorgehoben.

[123] Die entsprechenden Ansätze werden dabei jeweils als kursive Zwischenüberschriften hervorgehoben. In den Boxen werden gute Beispiele aus der Praxis dargestellt. Da in den Boxen Beispiele für einzelnen Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe vorgestellt werden sollen, werden teilweise nur spezifische Merkmale der jeweiligen Angebote dargestellt und nicht notwendigerweise das Angebot als Ganzes. Eine umfassende Beschreibung der Best-Practice-Angebote, die im Rahmen des Projekts auch vor Ort besucht wurden, ist im Anhang (Kapitel 4.6.2) zu finden.

aktuellen Versorgungssystem aus Expertinnen- und Expertensicht.

4.3.1 Professionelle Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit

Alleinlebende Pflegebedürftige verfügen rein definitorisch nicht über dieselben Versorgungsstrukturen im Haushalt wie Personen in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten. Die ambulante Versorgung durch Angehörige erfolgt bei verheirateten Pflegebedürftigen überwiegend durch die Ehepartnerin bzw. den Ehepartner, auf die alleinlebende Personen in der Regel nicht (mehr) zurückgreifen können.[124] Zudem ist der Anteil der Personen mit prekärem oder labilem Netzwerk bei Alleinlebenden sehr hoch.[125] Geringe finanzielle Mittel schränken die Möglichkeiten der Zielgruppe zusätzlich ein. Entsprechend ist bei alleinlebenden und armutsgefährdeten Pflegebedürftigen der Wunsch, in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden, grundsätzlich schwerer zu verwirklichen als bei anderen Bevölkerungsgruppen. [126] Somit ergibt sich für die Zielgruppe die Bedarfslage „professionelle Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit“.

4.3.1.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe der Zielgruppe

Isolation infolge des Fehlens eines sozialen Netzwerks schränken Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ein und erhöhen Wahrscheinlichkeit eines Umzugs ins Pflegeheim

Die häusliche Pflege von (schwer) Pflegebedürftigen in Einpersonenhaushalten gelingt deutlich seltener als in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten. Gerade wenn verschiedene belastende Faktoren, wie beispielsweise soziale Isolation oder ein geringes Einkommen, zusammenkommen, können Störungen in der Pflegeorganisation oder gesundheitliche Krisen nur schwer kompensiert oder überbrückt werden.[127]

Die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger gerät auch dann an Grenzen, wenn die Selbstversorgung nicht mehr möglich ist und ein Unterstützungssystem nicht rechtzeitig aufgebaut werden kann. Dies betrifft vor allem Alleinlebende, die deswegen bereits frühzeitig in eine Form Betreuten Wohnens umziehen. Für Allein-

[124] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).
[125] Vgl. Hasseler und Görres (2005).
[126] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).
[127] Vgl. Naumann et al. (2013).

lebende, die durch ein plötzliches Ereignis pflegebedürftig werden, ist es schwierig bzw. aus ihrer Sicht häufig sogar unmöglich, in dieser Situation ein stabiles Hilfesystem aufzubauen.[128]

Besonders für alleinlebende Pflegebedürftige ist es schwierig, bei zunehmendem Pflegebedarf genug Hilferessourcen zu mobilisieren.[129] Wenn keine Unterstützungsleistungen durch die Familie, Freunde oder das nachbarschaftliche Umfeld möglich sind[130], ist die Übersiedlung in ein Pflegeheim meist die einzige Möglichkeit. Weitere Gründe für den Wechsel in eine stationäre Einrichtung sind eine nicht mehr bedarfsgerechte Wohnung, ausgedünnte Dienstleistungsangebote und eine zunehmend anonyme Nachbarschaftsstruktur.[131]

Alleinlebende Pflegebedürftige weisen laut Statistik eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, stationär in einem Pflegeheim versorgt zu werden.[132] Insbesondere schwer Pflegebedürftige leben deutlich seltener alleine (16 %) als Pflegebedürftige in Zweipersonenhaushalten (21 %) bzw. Drei- und Mehrpersonenhaushalten (35 %).[133]

Dabei ist auch der Grad der Pflegebedürftigkeit entscheidend für die Wahrscheinlichkeit einer stationären Versorgung. Laut einer aktuellen Studie von TNS Infratest und der Universität Bremen ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die alleine leben, in der Pflegestufe I mit 38 Prozent am höchsten. Doch auch von den Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe II eingruppiert sind, leben 29 Prozent alleine, und selbst in der Pflegestufe III sind es 15 Prozent, die alleine in ihrer Wohnung leben.[134]

Orientierungs- und Unterstützungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und eigener Häuslichkeit

Sehr viele der befragten Expertinnen und Experten berichteten, dass der Übergang einer pflegebedürftigen Person vom Krankenhaus zurück in die eigene Wohnung meist nicht gut geregelt ist. Der Grund sind Schnittstellenprobleme zwischen dem Kranken- und Pflegeversicherungssystem. Sobald die Patientinnen und Patienten das Krankenhaus verlassen, liegt deren weitere Versorgung

---

[128] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).

[129] Vgl. Heusinger und Klünder (2005).

[130] Vgl. Pawletko (2014).

[131] Vgl. Pawletko (2014).

[132] Vgl. Geyer (2015).

[133] Vgl. Naumann et al. (2013).

[134] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017). Die Repräsentativerhebung bezieht sich auf das Jahr 2016. Entsprechend wird der Grad der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen ausgewiesen und nicht in Pflegegraden (das neue Begutachtungsassessment wird erst seit dem 1. Januar 2017 angewendet).

nicht mehr im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung. Liegt eine Pflegebedürftigkeit vor, ist nach der Entlassung die Pflegeversicherung zuständig. Eine ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch einen Pflegedienst muss jedoch erst organisiert werden und zieht auch weiteren organisatorischen Aufwand nach sich, gerade wenn es keine Angehörigen gibt. Die Überweisung der Patientinnen und der Patienten in ein Pflegeheim ist dagegen weit weniger aufwändig und im Zweifelsfall aus Sicht der Verantwortlichen auch die sicherere Lösung. Nach Meinung der Expertinnen und Experten setzt das Versorgungssystem den Verantwortlichen im Krankenhaus derzeit keinen Anreiz, sich für den Verbleib des Betroffenen in der eigenen Wohnung einzusetzen. Entsprechend seien sozial benachteiligte, bildungsferne und ressourcenarme ältere Leute besonders gefährdet, nach einem Krankenhausaufenthalt gegen ihren Willen ins Heim zu kommen. Auch Pflegedienste haben aus Expertinnen- und Expertensicht im Versorgungssystem keinen Anreiz, sich um weitere Bedarfe der Betroffenen über die rein pflegerische Versorgung hinaus zu kümmern. Hier seien die Betroffenen oft auf das persönliche Engagement der Pflegekräfte angewiesen.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten wäre es daher insbesondere an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und eigener Häuslichkeit wichtig, die Zielgruppe „an die Hand zu nehmen“, ihr die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit aufzuzeigen und schließlich einen Pflegedienst zu organisieren.

Bedarf an alternativen Wohnformen im Wohnumfeld

Umfrageergebnisse von TNS Emnid (2011)[135] machen deutlich, dass die ältere Bevölkerung ab 50 Jahren in Zukunft mehrheitlich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben möchte (76 %). Wenn allerdings ein Umzug erforderlich ist, so wird ein Wechsel in eine ambulante Wohnform wie das Mehrgenerationenwohnen (32 %) oder das Betreute Wohnen (22 %) deutlich gegenüber dem Umzug ins Pflegeheim (15 %) präferiert.[136]

In der Literatur werden insbesondere für Alleinlebende alternative Wohnformen als Wahlmöglichkeit zur stationären Pflege diskutiert. Als Alternativen zum Umzug in ein Pflegeheim werden beispielsweise Senioren-Wohngemeinschaften sowie unterschiedliche Formen des betreuten Wohnens genannt.[137]

[135] Es wurden 1.100 Personen ab 50 Jahren befragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.
[136] Vgl. TNS Emnid (2011).
[137] Vgl. Hasseler und Görres (2005).

Um alleinlebenden Pflegebedürftigen den Verbleib in einer ambulanten Versorgungsform zu ermöglichen, besteht ein Bedarf an alternativen Wohnformen für die Zielgruppe. Nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten ist dieser Bedarf insbesondere in ländlichen Regionen vorhanden, in denen ambulante Pflegedienste nur eingeschränkt verfügbar und alternative Wohnformen für Pflegebedürftige derzeit noch nicht weit verbreitet sind.

Professionelle Pflegedienste spielen bei der ambulanten Versorgung der Zielgruppe (früher) eine wichtige Rolle

Betrachtet man die Lebenssituation der Personen mit Pflege- und Hilfebedarf, die alleine leben, so zeigt sich, dass viele von ihnen durchaus auf private Unterstützung zurückgreifen können (Tabelle 4-2): Knapp die Hälfte (46 %) der alleinlebenden Personen mit Pflege- und Hilfebedarf können ihren Hilfebedarf ausschließlich im privaten Umfeld decken. Dieser Anteil ist jedoch deutlich geringer als in Zweipersonenhaushalten (73 %) bzw. Drei- und Mehrpersonenhaushalte (88 %). Mehr als die Hälfte (54 %) der Alleinlebenden nutzt dagegen formelle, professionelle Hilfe, entweder ausschließlich oder in Kombination mit informeller Hilfe. Bei Zweipersonenhaushalten (27 %) bzw. Drei- und Mehrpersonenhaushalten ist dies deutlich seltener der Fall (12 %).[138]

[138] Vgl. Naumann et al. (2013).

Tabelle 4-2: Pflegearrangements und Netzwerke von Personen mit Pflege- und Hilfebedarf nach Haushaltsgröße, 2011

Merkmale	Haushaltsgröße 1	2	3+
		in %	
Pflegearrangement			
Nur informelle Pflege	45,5	73,4	87,9
Formelle Pflege & Kombination aus formeller und informeller Pflege	54,5	26,6	12,1
Netzwerke			
Pflegenetzwerk: erste Pflegeperson			
Partner	3,5	79,1	25,9
Tochter	32,6	7,7	56,3
Sohn	18,4	4,6	7,0
Bezahlter Pfleger	32,7	4,4	2,1
Andere	26,2	4,7	3,8
Keine Pflegeperson	9,9	1,2	7,3
Keine Vertrauensperson	18,1	3,4	19,7

Quelle: Prognos AG 2017 auf Basis von Naumann et al. (2013)

Laut einer aktuellen Studie von TNS Infratest und der Universität Bremen geben alleinlebende Pflegebedürftige zu 85 Prozent an, mindestens eine private Hauptpflegeperson zu haben. Dabei handelt es sich bei der Mehrheit um die Kinder der pflegebedürftigen Person, die aber nicht im gleichen Haushalt leben. Aber auch Nachbarinnen und Nachbarn finden sich im pflegenden Personenkreis. Alleinlebende geben sogar etwas häufiger an vier und mehr Hauptpflegepersonen zu haben. Weiter beziehen alleinlebende Pflegebedürftige etwas häufiger Sachleistungen und im Gegenzug etwas seltener ausschließlich Geldleistungen.[139]

Ein Drittel der alleinlebenden Personen mit Pflege- und Hilfebedarf erhält Hilfe von bezahlten Pflegenden wie ambulanten Pflegediensten oder haushaltsnahen Dienstleistern (Tabelle 4-2). In Zwei- bzw. Drei- und Mehrpersonenhaushalten sind die entsprechenden Anteile mit vier Prozent bzw. zwei Prozent deutlich geringer.[140] Laut einer aktuellen Studie von TNS Infratest und der Universität Bremen sind sieben Prozent aller Pflegebedürftigen ausschließlich auf professionelle Unterstützung angewiesen, 1998

[139] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).
[140] Vgl. Naumann et al. (2013).

waren es nur vier Prozent. Eine Unterscheidung nach Haushaltsgröße wurde nicht vorgenommen.[141]

Neben der Unterstützung durch die eigenen Kinder (33 % durch die eigene Tochter, 18 % durch den eigenen Sohn) wird jeder zehnte Alleinlebende (13 %) unentgeltlich von Personen außerhalb des engen Familienkreises unterstützt. Bei Zwei- bzw. Drei- und Mehrpersonenhaushalten beträgt dieser Anteil lediglich 4,2 Prozent bzw. 8,8 Prozent.[142]

Bei Pflegebedürftigen, die nicht alleine leben, werden professionelle Pflegekräfte in der Regel erst in den höheren Pflegestufen vermehrt hinzugezogen, während die alleinlebenden Pflegebedürftigen meist schon bei geringerem Hilfe- und Pflegebedarf auf professionelle Unterstützung zurückgreifen.[143] Zwei Drittel der alleinlebenden Pflegebedürftige sind in Pflegestufe I eingruppiert (Zweipersonenhaushalte: 57 %; Drei- und Mehrpersonenhaushalte: 50 %). Lediglich fünf Prozent der alleinlebenden Pflegebedürftigen gehören der Pflegestufe III an, bei Pflegebedürftigen in Mehrpersonenhaushalten ist der Anteil mehr als doppelt so hoch.[144] Dies verdeutlicht, dass die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit für alleinlebende Pflegebedürftige mit steigender Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu Pflegebedürftigen in Mehrpersonenhaushalten deutlich sinken. Auch der im Vergleich zu Mehrpersonenhaushalten geringere Anteil von Pflegebedürftigen mit psychischen Veränderungen, u. a. Demenz, spiegelt wider, dass es gerade für diese Gruppe besonders schwierig ist, alleine in einem eigenen Haushalt zurechtzukommen (Tabelle 4-3).[145]

[141] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).
[142] Vgl. Naumann et al. (2013).
[143] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).
[144] Vgl. BMG (2011).
[145] Vgl. ebd.

Tabelle 4-3: Pflegestufen von Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße, 2010

Merkmale	Haushaltsgröße 1	2	3+
		in %	
Pflegestufe			
Stufe I	67	57	50
Stufe II	28	32	36
Stufe III	5	11	14
Pflegebedürftige mit psychischen Veränderungen	**30**	**47**	**58**

Quelle: Prognos AG 2017 auf Basis von BMG (2011)

(Vergleichsweise früher) Bedarf an professioneller pflegerischer und hauswirtschaftlicher Unterstützung

Alleinlebende Pflegebedürftige können durchaus in ihrer angestammten Häuslichkeit wohnen bleiben. Aus Sicht der im Rahmen der Untersuchung befragten Expertinnen und Experten warten viele alleinlebende ältere Menschen jedoch zu lange bis sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Professionelle Unterstützung sollte aus Expertinnen- und Expertensicht noch mehr als Chance für die Zielgruppe begriffen werden. Dies gelte insbesondere für den Wunsch vieler Pflegebedürftiger weiterhin in der eigenen Wohnung leben zu können.

Insbesondere bei Personen mit einem geringen sozialen Status besteht aus Sicht der Expertinnen und Experten aufgrund von deren Passivität zudem meist ein vergleichsweise früher Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung. Insbesondere bei männlichen Vertretern der Zielgruppe bestehe ansonsten eine erhöhte Gefahr, dass die Betroffenen verwahrlosen.

Geringe finanzielle Ressourcen schränken Selbstbestimmung der Zielgruppe ein

Wenn es über die Grundversorgung hinausgehende ungedeckte Bedarfe gibt, dann springt für diejenigen Pflegebedürftigen, die unter die Armutsgefährdungsschwelle fallen, die Sozialhilfe ein. Es besteht dann ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege. Einzelne Expertinnen und Experten wiesen im Rahmen der Untersuchung jedoch darauf hin, dass die Armutsgefährdungsschwelle zum Erhalt von Leistungen der Hilfe zur Pflege häufig ganz knapp unterhalb jener Einkommen liege, die alleinlebende Frauen beziehen. Somit sind

diese nicht anspruchsberechtigt für den Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege und leben folglich in verdeckter Armut.[146]

Selbst wenn ein Anspruch auf Hilfe zur Pflege bei der Zielgruppe besteht, ist Selbstbestimmung aus Expertinnen- und Expertensicht für die Zielgruppe nur innerhalb des Pflegegeldes und der Sozialleistungen möglich.[147] Dagegen haben alleinlebende Pflegebedürftige mit einem hohen sozialen Status die Möglichkeit, Hilfen selbst zu finanzieren, wodurch sich ihnen Handlungs- und Entscheidungsspielräume eröffnen, über die Personen mit geringen finanziellen Ressourcen nicht verfügen.[148] Wer über finanzielle Ressourcen verfügt und private Hilfen außerhalb der Standardleistungen der Pflegeversicherung einkaufen kann, hat somit deutlich mehr Einflussmöglichkeiten auf die Qualität der Versorgung und profitiert von der sich daraus ergebenden Flexibilität.[149]

Bedarf an kostenlosen bzw. kostengünstigen Unterstützungsangeboten

Zusätzliche, eigentlich notwendige Leistungen kann sich die Zielgruppe aufgrund ihrer finanziellen Situation i. d. R. nicht leisten. Entsprechend ist die Zielgruppe, insbesondere was Unterstützungsleistungen angeht, die nicht von der Pflegeversicherung abgedeckt werden (z. B. Begleit- und Besuchsdienste), die aber für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit notwendig sind, auf die Existenz von kostenlosen bzw. kostengünstigen Unterstützungsangeboten angewiesen, die meist über ehrenamtliche Strukturen bereitgestellt werden. Gibt es solche Strukturen in ihrem Umfeld nicht, ist die Zielgruppe auf sich alleine gestellt.

4.3.1.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Tabelle 4-4 gibt vorab einen Überblick über die für die entsprechenden spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext der professionellen Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der

---

[146] Viele ältere Frauen, die alleine leben, beziehen laut Aussage einer Expertin zwischen 800 und 1000 Euro an Rente im Monat. Wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben liegt der Schwellenwert für eine Armutsgefährdung, und damit für einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege, bei Alleinlebenden in Einpersonenhaushalten erst bei einem monatlichen Netto-Einkommen von 1.033 Euro.

[147] Gemäß § 9 Abs. 2 SGB XII (Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles) gilt, dass Wünschen der Leistungsberechtigten bzgl. der Gestaltung der Leistung nur dann entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind. Wünschen der Leistungsberechtigten, den Bedarf stationär oder teilstationär zu decken, soll nur dann entsprochen werden, wenn dies nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist und der Bedarf anders nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann. Der Träger der Sozialhilfe soll Wünschen dann nicht entsprechen, wenn deren Erfüllung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden wäre. Ist also beispielsweise die Realisierung der häuslichen ambulanten Pflege im Einzelfall deutlich teurer als die vollstationäre Pflege, darf der Sozialhilfeträger die Übernahme der Kosten für die ambulante Versorgung ablehnen.

[148] Vgl. Falk et al. (2011).

[149] Vgl. ebd.

eigenen Häuslichkeit identifizierten Ansätze zu deren Deckung.

Tabelle 4-4: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich der professionellen Pflege und Unterstützung zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Orientierungs- und Unterstützungsbedarf an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und eigener Häuslichkeit	▪ Adäquates Entlassmanagement durch den Krankenhaus-Sozialdienst und Begleitung durch Ehrenamtliche in der ersten Zeit nach der Entlassung
Alternative Wohnformen im Wohnumfeld	▪ Mehr Angebote gemeinschaftlichen Wohnens schaffen, inklusive einer entsprechenden zentralen Anlaufstelle ▪ Nutzung sektorenübergreifender Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI ▪ Quartiersprojekte fördern, evaluieren und bei Erfolg auch weiterführen und -finanzieren
(Vergleichsweise früher) Bedarf an professioneller pflegerischer und hauswirtschaftlicher Unterstützung	▪ Aufzeigen der Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung durch eine entsprechende Beratung
Bedarf nach kostenlosen bzw. kostengünstigen Unterstützungsangeboten	▪ Individuelle und unbürokratische Lösungsfindung über Spenden bzw. eine Stiftung sowie Einsatz ehrenamtlicher Kräfte

Quelle: Prognos AG 2017

Adäquates Entlassmanagement durch den Krankenhaus-Sozialdienst und Begleitung durch Ehrenamtliche in der ersten Zeit nach der Entlassung

Die Überwindung der besonders für die Zielgruppe kritischen Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der eigenen Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt kann durch ein adäquates Entlassmanagement durch den Krankenhaus-Sozialdienst erfolgen.[150] Dieser sollte prüfen, ob in der eigenen Häuslichkeit der Betroffenen die Voraussetzungen für eine Rückkehr erfüllt sind und bei Bedarf die Organisation eines Pflegedienstes übernehmen. Idealerweise ist zudem eine Begleitung durch Ehrenamtliche in der Zeit direkt nach der Krankenhausentlassung möglich, bis die weitere

[150] Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V beauftragt, einen Rahmenvertrag über das Entlassmanagement zu schließen. Die Krankenhäuser sind nun seit dem 1. Oktober 2017 dazu verpflichtet, für Patienten nach voll- oder teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt stationsäquivalenter Leistungen ein Entlassmanagement zu organisieren. Dazu gehört es festzustellen, welche ambulanten Leistungen unmittelbar nach der Klinikentlassung erforderlich sind, und diese einzuleiten.

Versorgung der Zielgruppe final geregelt ist. Dann kann die vollständige Übergabe an andere professionelle Anbieter (z. B. Pflegedienste, Pflegestützpunkte) erfolgen.[151]

Ein Beispiel dafür, wie ein solches Modell funktionieren kann, ist das Angebot „BesTe Genesung zu Hause“ des Vereins buefet e. V. aus Kirchheim unter Teck, das im Rahmen der Untersuchung auch von Prognos vor Ort besucht wurde (Box 4-2).[152] Das Angebot richtet sich an Alleinlebende jeden Alters. Die angebotene Begleitung durch Ehrenamtliche zielt insbesondere auf die emotionale Unterstützung der Betroffenen ab und wird für bis zu vier Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geleistet.

Box 4-2: Praxisbeispiel für die Begleitung der Zielgruppe nach einem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit

Der Verein buefet e. V. unterstützt (in Kooperation mit dem Medius Klinikum Kirchheim) im Rahmen des regionalen Angebotes **„BesTe Genesung zu Hause“** alleinlebende Menschen (jeden Alters) nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Bei der Rückkehr der Betroffenen in die eigene Häuslichkeit übernehmen die Ehrenamtliche des Vereins für bis zu vier Wochen[153] die Betreuung der Alleinlebenden (z. B. Auffüllen der Lebensmittelvorräte und Beheizen der Wohnung vor deren Rückkehr in die Wohnung, Erledigung von Botengänge). Im Fokus steht dabei insbesondere auch die emotionale Unterstützung der Betroffenen.

Steht die Entlassung eines alleinlebenden Menschen an, informiert der Krankenhaus-Sozialdienst die zuständige Koordinatorin des Vereins. Der Erstkontakt mit den Betroffenen findet dann direkt im Krankenhaus statt.

Das Angebot erhält Zuschüsse nach § 45c und d SGB XI. Zudem stellt das Land Baden-Württemberg entsprechende Gelder bereit. Für die Nutzerinnen und Nutzer ist das Angebot kostenlos.

Eine weitere Forderung im Kontext des Entlassmanagements stammt von Adolph und Ulrich (2015), die vorschlagen, dass die Kompetenzen des Entlassungsmanagements in den ambulanten Bereich hinein ausgeweitet werden sollten. Nach Ansicht der

---

[151] Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt könnte auch die Kurzzeitpflege als Übergangslösung bis zur Überleitung in eine ambulante Versorgung genutzt werden. Jedoch müsste die Kurzzeitpflege für die Zielgruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen dann adäquat ausgestaltet sein. So bedarf es für die Zielgruppe auch in der Kurzzeitpflege unbedingt einer entsprechenden Beratung und Unterstützung beim Übergang zurück in die eigene Häuslichkeit. Ansonsten würde die Nutzung der Kurzzeitpflege u. U. die Wahrscheinlichkeit der Zielgruppe erhöhen im Anschluss in einem Pflegeheim untergebracht zu werden.

[152] Auch weitere der im Laufe des Berichtes noch näher vorzustellenden Angebote haben die Problematik der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der eigenen Häuslichkeit für die Zielgruppe erkannt und unterstützen die Zielgruppe u. a. nach einem Krankenhausaufenthalt bei der Rückkehr in den Alltag. Dies sind die „Soziale Informationsstelle (SIS)“ in Bremerhaven sowie „Der Kieler Senioren Lotse“ (siehe Steckbriefe im Anhang Kapitel 4.6.2). Das Angebot „BesTe Genesung zu Hause“ hat sich im Gegensatz zu den beiden genannten Beispielen auf die Begleitung von Alleinlebenden nach einem Krankenhausaufenthalt spezialisiert.

[153] Anschließend übernimmt bei Bedarf ein ambulanter Pflegedienst die pflegerische Versorgung.

Autoren braucht es einen „sektorenübergreifenden Sozialdienst im Gesundheitswesen“ um den Beratungsbedarfen älterer Menschen über die Sektorengrenzen hinweg mit hoher Kontinuität gerecht werden zu können. Wohlwissend, dass es sich hierbei um einen nicht leicht umzusetzenden Vorschlag handelt, fordern die Autoren als Mindestvoraussetzung das Vorhandensein eines verlässlichen „ambulanten Gegenübers“ für die Beratungsarbeit der Sozialdienste in Akut- und Rehabilitationskliniken.“[154] Ein Beispiel für einen sektorenübergreifenden Ansatz stellt das in Box 4-3 beschriebene schwedische Modellprojekt zur Erprobung eines kontinuierlichen Entlassmanagements vom Krankenhaus bis in die eigene Häuslichkeit dar. Es bezieht sich zwar nicht speziell auf die Zielgruppe, stellt aber einen Ansatz dar, von dem insbesondere auch die Zielgruppe sehr stark profitieren würde. Im Zentrum des Ansatzes steht ein multiprofessionelles Team, das den Pflegeprozess der Betroffenen kontinuierlich über den Krankenhausaufenthalt hinaus begleitet.

Box 4-3: Internationales Praxisbeispiel für die sektorenübergreifende Gestaltung eines kontinuierlichen Entlassmanagements

Von 2008 bis 2010 wurde in der Stadt Mölndal in **Schweden** im Rahmen des Modellprojektes "Continuum of care for frail older people: from emergency ward to living at home"[155] ein kontinuierliches Entlassmanagement für die Begleitung gebrechlicher älterer Menschen ab 75 Jahren vom Krankenhaus zurück in die eigene Häuslichkeit erprobt.

Mit der Durchführung des kontinuierlichen Entlassmanagements war ein multiprofessionelles Team betraut: eine Krankenschwester mit geriatrischer Kompetenz im Notdienst, die Krankenstation im Krankenhaus und ein multiprofessionelles Team für Pflege und Rehabilitation in der Kommune mit einem Case Manager als zentrale Anlaufstelle. Das Team gestaltete einen kontinuierlichen Pflegeplan. Der Case Manager koordinierte die gesamte Planung und überprüfte und passte die Pflegeplanung regelmäßig an. Das IT-System der Verantwortlichen wurde so angepasst, dass relevante Informationen zwischen den Verantwortlichen problemlos und schnell ausgetauscht werden konnten.

Die im Rahmen des Modellprojektes involvierten älteren Menschen waren im Vergleich zur Kontrollgruppe zufriedener mit der Pflegeplanung und ihren eigenen Partizipationsmöglichkeiten. Sie hatten auch eher den Eindruck, dass die Versorgung ihren Bedürfnissen entsprochen hat. Die Studienergebnisse haben zudem gezeigt, dass es wichtig ist, die unterschiedlichen Kulturen und Traditionen innerhalb der

[154] Adolph und Ulrich (2015).
[155] Vgl. AIDA-Project (2013). AIDA steht für “Advancing Integration for a Dignied Ageing”.

beteiligten Organisationen zu beachten und die Rollen der beteiligten Akteure klar zu definieren.[156]

Mehr Angebote gemeinschaftlichen Wohnens schaffen, inklusive einer entsprechenden zentralen Anlaufstelle

Die befragten Expertinnen und Experten sehen insbesondere einen Bedarf darin, Pflege- und Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum zu verbessern. Vor allem in abgelegenen Gebieten müsste eine ausreichende Versorgung mit ambulanten Pflegediensten geschaffen werden. Oftmals lohne sich ein entsprechendes Angebot für die Dienste aufgrund der großen Distanzen zwischen den unterschiedlichen Patientinnen und Patienten nicht. Der Zielgruppe bleibe dann, aufgrund des Mangels an Alternativen, meist nur der Umzug ins Heim. Laut Meinung der Expertinnen und Experten wäre es daher sinnvoll, mehr Alternativen zum Heim zu schaffen, z. B. im Rahmen von Angeboten gemeinschaftlichen Wohnens. Dann könnten die ambulanten Pflegedienste die Pflegebedürftigen beispielsweise zentral versorgen und entsprechende Synergieeffekte bei der Anfahrt generieren. Auch im Rahmen des Expertenworkshops wurde das Thema des gemeinschaftlichen Wohnens für die Zielgruppe als wichtiger Ansatz herausgestellt.

In Deutschland gibt es bereits Angebote zum gemeinschaftlichen Wohnen, die es allerdings noch in die Fläche auszubauen gilt; aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten insbesondere im ländlichen Bereich. An dieser Stelle sollen exemplarisch die sogenannten Servicehäuser in Schleswig-Holstein (ländlich geprägtes Bundesland) vorgestellt werden, bei denen es sich um eine spezielle Form des betreuten Wohnens handelt (Box 4-4).

Box 4-4: Praxisbeispiel gemeinschaftliches Wohnen

Die AWO in Schleswig-Holstein betreibt in Kooperation mit den Wohnungsunternehmen vor Ort seit 40 Jahren sogenannte **AWO Servicehäuser**[157], die eine verdichtete Form des gemeinsamen Wohnens im Sinne einer Hausgemeinschaft darstellen. Bei den Servicehäusern handelt sich um eine spezielle Form des betreuten Wohnens mit der Garantie dort bis zum Lebensende wohnen bleiben zu können.

Bei den Häusern, die zu Servicehäusern umgebaut wurden, handelt es sich meist um ehemalige Rentnerwohnheime, in denen traditionell alleinlebende, ältere Menschen wohnten, die noch keinen Pflegebedarf hatten. Diese Rentnerwohnheime

[156] Die Erkenntnisse, die die Studie generiert hat, wurden genutzt, um ein Pflegeprozessprogramm zu entwickeln, das mittlerweile in vollem Umfang im Krankenhaus in Mölndal eingeführt worden ist. Die Evaluation der Einführung des Pflegeprozessprogrammes dauert noch an bzw. es werden aktuell weitergehende Forschungsfragen, die sich aus den Erkenntnissen ergeben haben, untersucht. Außerdem wurde u. a. eine Zusammenarbeit mit den Notdiensten in Göteborg gestartet, die das Programm ebenfalls umsetzen und in diesem Bereich weiterforschen wollen.

[157] Obwohl die Servicehäuser bereits 40 Jahre alt sind, sind sie nach Auskunft der Verantwortlichen jenseits der Landesgrenzen oft nicht bekannt.

sind im Laufe der Jahre ein Auslaufmodell geworden und so wurden diese in Servicehäuser umgebaut.

Die Servicehäuser sind so organisiert, dass ältere Menschen nicht umziehen müssen, wenn sie pflegebedürftig werden, da es einen Pflegestützpunkt und bestimmte Solidarleistungen im Haus gibt. Zudem werden sozialpädagogische, psychologische und andere Hilfen angeboten, die rund um die Uhr zur Unterstützung und Begleitung verfügbar sind.

Insbesondere für die Zielgruppe ist es wichtig, bei der Suche nach Angeboten des gemeinschaftlichen Wohnens eine Anlaufstelle zu haben, die sie bei der Suche nach entsprechenden Wohngemeinschaftsprojekten unterstützt. Ein Beispiel aus der Praxis ist die Koordinierungsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen (KIWA) in Schleswig-Holstein (Box 4-5). Diese setzt sich auch insbesondere für Menschen mit eingeschränkten finanziellen Ressourcen ein.

Box 4-5: Praxisbeispiel für eine Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen

Die AWO betreibt in Schleswig-Holstein **eine Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen (KIWA)** und ist Ansprechpartner bei der Suche nach gemeinschaftlichen Wohnprojekten, vor allen Dingen für Menschen mit Pflegebedarf und Demenz.[158]

Die KIWA begleitet und fördert entsprechende Wohnprojekte und setzt sich im Namen der Betroffenen mit den Sozialhilfeträgern auseinander, damit diese trotz ihrer eingeschränkten finanziellen Ressourcen innovative gemeinschaftliche Wohnangebote für Menschen mit Pflegebedarf nutzen können.

Nutzung sektorenübergreifender Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI

Ein weiterer Ansatz, der für die Zielgruppe sinnvoll sein könnte und der im Rahmen des Expertenworkshops erstmals aufgeworfen wurde, ist die Nutzung eines sektorenübergreifenden Gesamtversorgungsvertrages nach § 72 Abs. 2 SGB XI: „Für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden“.

[158] Auf der Webseite der Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen (KIWA) findet man einen Flyer zum Angebot: http://www.kiwa-sh.de/images/KIWA_Flyer_2015_WEB.pdf (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Bei der ambulanten Versorgung ergeben sich durch die Involvierung unterschiedlicher Leistungserbringer ein hoher Koordinationsaufwand und nicht selten auch Schnittstellenprobleme, die schlimmstenfalls zu Versorgungslücken führen. Die Idee hinter dem Abschluss eines sektorenübergreifenden Gesamtversorgungsvertrages ist es, dass Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überbrückt werden und ambulante und stationäre Leistungen „aus einer Hand" angeboten und direkt mit den Pflegekassen abgerechnet werden können. Indem sich Pflegeheime zum Quartier hin öffnen, können sie Vertrauen zu den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern im Quartier aufbauen und bestehenden Unterstützungsbedarf erfassen. Nach Auskunft der Expertinnen und Experten könnten durch den Ansatz zudem auch niedrigere Preise für die angebotenen Leistungen generiert werden, was der Zielgruppe ebenfalls entgegenkommen würde. Laut Aussage der Expertinnen und Experten wird die Möglichkeit des Abschlusses von sektorenübergreifenden Versorgungsverträgen in der Praxis bisher noch selten genutzt. Ein Beispiel aus der Praxis, das derzeit noch evaluiert wird, sind die städtischen Seniorenheime in Krefeld (Box 4-6).

Box 4-6: Praxisbeispiel für einen quartiersbezogenen Gesamtversorgungsvertrag für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit

Mit dem Projekt Vifa setzen die **Städtischen Seniorenheime Krefeld (SSK)**[159] einen quartiersbezogenen Gesamtversorgungsvertrag nach § 72 Abs. 2 SGB XI um, der in NRW bislang einmalig ist.

Ziel des Projektes ist es, zu untersuchen, ob durch ein Gesamtversorgungskonzept über die Sektoren hinweg eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung für die Nutzerinnen und Nutzer möglich und ein positiver Einfluss auf die Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements nachweisbar ist. Zudem sollen Potenziale und Herausforderungen bei der Umsetzung eines solchen Konzeptes für die Leistungserbringer und das Versorgungssystem identifiziert werden.

Das Gesamtversorgungskonzept der Städtischen Seniorenheime Krefeld (SSK) bietet eine integrierte, vernetzte und aufeinander abgestimmte Versorgung an. Ambulante, stationäre und teilstationäre Leistungen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit werden von einer Anlaufstelle koordiniert und von den vier vollstationären Pflegeeinrichtungen unter dem Dach der SSK angeboten.

Durch den Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages können sich die städtischen Seniorenheime in Krefeld zum Quartier und damit zu den Menschen im Quartier hin öffnen und diese auch ambulant versorgen. Die ambulant versorgten Pflegebedürftigen erhalten dadurch die Möglichkeit, ihre Freizeit im Heim zu verbringen (u. a. Mittagessen), wodurch von Seiten der Heimmitarbeitenden ein Ver-

[159] Vgl. auch Webseite mit Informationen zum Projekt Vifa in den Städtischen Seniorenheimen Krefeld (SSK). https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/vifa.html (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

trauensverhältnis zur Zielgruppe aufgebaut werden kann. Im Rahmen des Kontaktes mit der Zielgruppe kann diese dem Personal zudem bestehenden Unterstützungsbedarf kommunizieren.

Aufgrund der großen Nachfrage wurde die Pilotphase des Projektes abgebrochen und das Angebot direkt dauerhaft in den SSK installiert. Derzeit findet eine Evaluation des Projektes statt, die bis Ende 2018 abgeschlossen sein soll.

Quartiersprojekte fördern, evaluieren und bei Erfolg auch weiterführen und -finanzieren

Zur Förderung des Verbleibs der Zielgruppe in der eigenen Häuslichkeit ist es wichtig, Angebote und Netzwerke im direkten Umfeld der Zielgruppe zu schaffen, beispielsweise auch im Rahmen von modellhaften Quartiersprojekten (z. B. demenzfreundliche Kommunen). Diese Projekte sollten evaluiert werden, um die Ansätze ggf. noch zu optimieren. Hierfür müssten entsprechende finanzielle und personelle Mittel für Quartiersprojekte zur Verfügung gestellt werden. Ein wichtiger Hinweis der Expertinnen und Experten in diesem Zusammenhang war, dass es wichtig ist, erfolgreiche Modellprojekte auch tatsächlich weiter zu führen und weiter zu finanzieren. So trete laut Aussage der Expertinnen und Experten in Deutschland häufig der Fall auf, dass erfolgreiche Modellprojekte nach Projektende nicht weitergeführt und von den Verantwortlichen aus der Praxis bzw. der Politik nicht in die Fläche getragen werden.

Aufzeigen der Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung durch eine entsprechende Beratung

Um zu gewährleisten, dass die Betroffenen frühzeitig professionelle pflegerische oder hauswirtschaftliche Unterstützung in Anspruch nehmen, ist eine entsprechende Beratung der Betroffenen und das Aufzeigen der entsprechenden Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung notwendig. Eine der Expertinnen schilderte im Rahmen des Fachgespräches, wie eine zielgruppenspezifische Beratung von Seiten der Beraterinnen und Berater aussehen könnte bzw. aus ihrer Sicht aussehen sollte: „Der Zielgruppe sollte ganz konkret und verständlich vorgerechnet werden, was ein ambulanter Pflegedienst kostet und welche Leistungen dieser Dienst, ohne Zuzahlungen, erbringen kann. Auch über die ergänzenden Leistungen, welche ggf. im Rahmen der Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen werden können, sollten die Betroffenen informiert werden. So können die Möglichkeiten, die es für den Verbleib in der eigenen Wohnung gibt, von den Betroffenen besser eingeschätzt und ausgeschöpft werden.“ Für weitere zielgruppenspezifische Beratungsansätze siehe auch die entsprechenden Ansätze zur Deckung der Bedarfe im Kontext der Bedarfslage „Zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Beratungsangeboten“ in Kapitel 4.3.3.2.

Individuelle und unbürokratische Lösungsfindung über Spenden bzw. eine Stiftung sowie Einsatz ehrenamtlicher Kräfte

Wenn kurzfristig und schnell Unterstützung nötig ist, obwohl spezifische Leistungen (noch) nicht über den Leistungskatalog des SGB XI abrechenbar sind (z. B. weil nicht Teil der Regelversorgung), ist eine individuelle und unbürokratische Lösungsfindung für die Zielgruppe notwendig. Dies wurde auch im Rahmen des Expertenworkshops von den anwesenden Expertinnen und Experten betont. Ein Beispiel aus der Praxis, das diesen Bedarf adressiert, ist das stiftungsfinanzierte Angebot „Der Kieler Senioren Lotse“ (Box 4-7).

Box 4-7: Praxisbeispiel für die Organisation und das Angebot individueller und unbürokratischer Hilfen

Die Karl-Heinz-Howe-Simon-Fiedler-Stiftung unterstützt (u. a in Kooperation mit der Stadt Kiel) im Rahmen des regionalen Angebotes **„Der Kieler Senioren Lotse“** Kieler Seniorinnen und Senioren, die (finanziell und sozial) hilfebedürftig sind, mit unentgeltlichen, unbürokratischen und zeitnahen Hilfen.

Der Kieler Senioren Lotse stellt durch Netzwerkarbeit bzw. frühere Nutzerinnen und Nutzer den Kontakt zur Zielgruppe her, sucht die Hilfsbedürftigen in der eigenen Häuslichkeit auf und ermittelt vor Ort den Unterstützungsbedarf. Bei den anschließend arrangierten Hilfen kann es sich z. B. um die finanzielle und emotionale Unterstützung bei einem Wasserschaden, die Vermittlung und Bezahlung einer Fußpflege oder die Übernahme der Nachtbetreuung einer sterbenden Person handeln. Zudem bietet das Angebot seine zukünftige Hilfe an, sodass der Hilfsbedürftige weiß, an wen er sich in einer Krisensituation wenden kann.

Das Angebot ist nicht Teil der Regelversorgung und wird vollständig von der Stiftung finanziert. Es wird von zwei hauptamtlichen Kräften und fünf Ehrenamtlichen erbracht. Jährlich nutzen etwa 75 Personen das Angebot.

Um kostenlose bzw. kostengünstige Unterstützungsangebote vorhalten zu können, besteht die Möglichkeit diese über Spenden bzw. eine Stiftung zu finanzieren und/ oder ehrenamtliche Kräfte einzubinden. Das oben in Box 4-7 beschriebene Praxisbeispiel „Der Kieler Senioren Lotse“ verknüpft die beiden Ansätze miteinander. Sonstige Ansätze, die kostengünstig bzw. ehrenamtlich erbracht werden können, wie beispielsweise Besuchs- und Begleitdienste bzw. Hol- und Bringdienste, werden in Kapitel 4.3.2.2 (Soziale Teilhabe) bzw. Kapitel 4.3.4.2 (Mobilität) näher beschrieben.

Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zur Bedarfsdeckung

Die pflegerische Grundversorgung ist nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten durch die entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt (allerdings Teilkaskocharakter). Die Zielgruppe hat jedoch Schwierigkeiten beim Zugang zu den

Leistungen (Unwissen der Betroffenen). Folge sei, dass verfügbare Mittel aus der Pflegeversicherung insbesondere im ambulanten Bereich nicht ausreichend ausgeschöpft werden.

Die Verfügbarkeit von professionellen Angeboten ist nach Meinung der Expertinnen und Experten regional sehr unterschiedlich. Eine Unterversorgung bestehe aktuell insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit von Angeboten gemeinschaftlichen Wohnens und ambulanten Pflegediensten in ländlichen Gebieten.

Einzelne Fachgesprächspartnerinnen und -partner haben darauf hingewiesen, dass bestehende (Beratungs-)Angebote mitunter nicht passend für die Zielgruppe seien. Grund hierfür sei, dass die Zielgruppe nicht bei der Angebotsentwicklung einbezogen wird. Im deutschen Pflegesystem würden stattdessen sämtliche Entscheidungen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung (z. B. Kostenverhandlungen, Rahmenverträge) ohne Beteiligung der Betroffenen bzw. deren Interessenvertretungen getroffen bzw. vereinbart. Entsprechend ist es aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht verwunderlich, dass die Bedarfe nicht genau bekannt und die Angebote nicht passgenau sind.

Unterschiedliche Kostenträgerschaften setzen aus Expertinnen- und Expertensicht derzeit falsche Anreize und wirken sozialgesetzbuch-, disziplin- und trägerübergreifenden Lösungen entgegen (Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Kommunen und Ländern und zum Teil auch zwischen den Anbietern von verschiedenen Dienstleistungen). Insbesondere eine bessere Verknüpfung zwischen den Themenbereichen „Gesundheit“ und „Soziales“ würde den Zugang zur Zielgruppe erleichtern (aktuelles Negativbeispiel: Hausärztin bzw. Hausarzt als zentrale Anlaufstelle der Zielgruppe besitzt keine Zuständigkeit bzw. Kompetenz beim Thema Pflegebedürftigkeit).

4.3.2 Ermöglichung sozialer Teilhabe

Etwa ein Drittel der im Rahmen dieses Projektes befragten Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote gaben an, dass ihr Angebot den Hauptfokus auf die soziale Teilhabe der Zielgruppe legt. Nach dem Themenfeld „Beratung“ stellt die Ermöglichung sozialer Teilhabe damit eine der wichtigsten Bedarfslagen der Zielgruppe dar.

Die Zielgruppe ist dann besonders vulnerabel, wenn das Alleinleben zur Isolation führt, weil kein soziales Netz vorhanden ist. Entsprechend stellt die Ermöglichung von sozialer Teilhabe eine wichtige Bedarfslage der Zielgruppe dar.

4.3.2.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe der Zielgruppe

Zielgruppe ist von sozialer Exklusion betroffen

18 Prozent der privatwohnenden Personen mit Pflege- und Hilfebedarf in Einpersonenhaushalten (3 % in Zweipersonenhaushalten und 19 % in Drei- und Mehrpersonenhaushalten) geben an, keine Vertrauensperson[160] zu haben (Tabelle 4-5). Dies gilt insbesondere für verwitwete Frauen.

Tabelle 4-5: Pflegearrangements und Netzwerke von Personen mit Pflege- und Hilfebedarf nach Haushaltsgröße, 2011

Merkmale	Haushaltsgröße 1	2	3+
		in %	
Pflegearrangement			
Nur informelle Pflege	45,5	73,4	87,9
Formelle Pflege & Kombination aus formeller und informeller Pflege	54,5	26,6	12,1
Netzwerke			
Pflegenetzwerk: erste Pflegeperson			
Partner	3,5	79,1	25,9
Tochter	32,6	7,7	56,3
Sohn	18,4	4,6	7,0
Bezahlter Pfleger	32,7	4,4	2,1
Andere	26,2	4,7	3,8
Keine Pflegeperson	9,9	1,2	7,3
Keine Vertrauensperson	18,1	3,4	19,7

Quelle: Prognos AG 2017 auf Basis von Naumann et al. (2013)

Ältere Menschen, die in benachteiligten Stadtquartieren leben, sind in besonderem Maße von sozialer Exklusion bedroht und zwar vor allem dann, wenn sie nur über geringe finanzielle Ressourcen verfügen und dadurch die individuelle Mobilität sowie die Erreichbarkeit von Orten eingeschränkt ist. Diese soziale Exklusion betrifft verschiedene Bereiche: soziale Kontakte, materielle Ressourcen, gesellschaftliche Aktivität, die alltägliche Versorgung und die Identität als Bewohner eines benachteiligten Quartiers.[161]

[160] Vertrauenspersonen können auch Pflegepersonen sein, müssen es allerdings nicht. Eine Vertrauensperson ist vorrangig mit der emotionalen Unterstützung und Begleitung der zu pflegenden Person betraut. Es kann sich beispielsweise um Freunde und/ oder Nachbarinnen und Nachbarn handeln.

[161] Vgl. Nuissl et al. (2015).

Bedarf an Unterstützung im Alltag und beim Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe durch Ehrenamtliche sowie emotionale Unterstützung

Entsprechend braucht diese Personengruppe häufig Unterstützung im Alltag und beim Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe. Ist keine Vertrauensperson vorhanden, bedarf es des Einsatzes Ehrenamtlicher, die beispielsweise als Vertrauenspersonen in gesundheitlichen Krisen oder bei Behördengängen fungieren können.[162]

Das Gefühl der Einsamkeit verstärkt die gesundheitliche Belastung und ist bei alleinlebenden älteren Menschen stärker ausgeprägt als bei Menschen, die in Partnerschaften leben.[163] Entsprechend benötigen und vermissen alleinlebende Pflegebedürftige häufiger emotionale Unterstützung und Unterstützung bei der Tagesgestaltung als Pflegebedürftige in Zwei- oder Mehrpersonenhaushalten.[164]

Besondere Relevanz des sozialen Netzwerkes

Auch die Beziehung zur professionellen Pflegekraft hat für alleinlebende Pflegebedürftige eine herausragende Bedeutung. Bei einem Drittel der Einpersonenhaushalte ist die bezahlte Pflegekraft die erste Pflegeperson (siehe Tabelle 4-5 oben).[165] Wenn etwaige Defizite hinsichtlich der Unterstützung durch die professionelle Pflegeperson nicht durch eine informelle Hauptpflegeperson ausgeglichen werden können, ist das soziale Netzwerk für die Pflegebedürftigen daher von besonderer Relevanz.[166] [167]

Bedarf an Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte

Der Zielgruppe fehlt es oft an Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte (z. B. Ermöglichung von Besuchen bei Freunden).[168] Diesen Bedarf bestätigen auch die Expertinnen und Experten in den Fachgesprächen. Neben der Teilhabe an sozialen und kulturellen Aktivitäten ist aus Sicht der Gesprächspartnerinnen und -partner

[162] Vgl. Heusinger und Klünder (2005).

[163] Vgl. Böger und Huxhold (2014).

[164] Vgl. Schneekloth und Wahl (Hrsg.) (2005).

[165] Vgl. Naumann et al. (2013).

[166] Vgl. Heusinger und Klünder (2005).

[167] Das Fehlen einer privaten Hauptpflegeperson hat laut der Untersuchung von Heusinger und Klünder (2005) für den Berliner Stadtteil Moabit auch Vorteile. Alleinlebende Pflegebedürftige ohne private Hauptpflegeperson aber mit einer professionellen Pflegekraft haben verglichen mit alleinlebenden Pflegebedürftigen in anderen Versorgungskonstellationen die größten Spielräume für Selbstbestimmung und Teilhabe an der Steuerung, weil die u. U. restriktiv wirkende Pflegebeziehung zur informellen Hauptpflegeperson fehlt.

[168] Vgl. Naumann et al. (2013).

insbesondere die emotionale Unterstützung der Zielgruppe von Bedeutung.

4.3.2.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Tabelle 4-6 gibt vorab einen Überblick über die für die entsprechenden spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext der Ermöglichung sozialer Teilhabe identifizierten Ansätze zu deren Deckung.

Tabelle 4-6: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich der Ermöglichung sozialer Teilhabe

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Unterstützung im Alltag und beim Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe durch Ehrenamtliche sowie emotionale Unterstützung	▪ Ehrenamtliche Besuchsdienste, inklusive Qualifizierung und Begleitung der Ehrenamtlichen
Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte	▪ Kostengünstige bzw. kostenlose Begleit- und Fahrdienste ▪ Treffpunkte im Quartier bzw. in der Kommune: Seniorentreffpunkte, kommunale Tageszentren, inklusive kostengünstige bzw. kostenlose Angebote

Quelle: Prognos AG 2017

Ehrenamtliche Besuchsdienste, inklusive Qualifizierung und Begleitung der Ehrenamtlichen

Ein Ansatz zur Unterstützung der Zielgruppe im Alltag und beim Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe ist der gezielte Einsatz und die Ausbildung von Seniorenbegleitern, Betreuungspaten, Helferkreisen etc. zur Durchführung von Besuchsdiensten. Der Einsatz von Besuchsdiensten wurde auch bei der Befragung der Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote als einer der für die Anbieter zentralen Ansätze zur Deckung des spezifischen Bedarfes der Zielgruppe nach emotionaler Unterstützung und Unterstützung im Alltag genannt.

Die Rolle der Besuchenden können neben „jungen“ Älteren“ u. a. auch Nachbarschaftshilfen und Langzeitarbeitslose (ABM-Maßnahme) übernehmen. Zu den Aufgaben der Ehrenamtlichen, die Besuchsdienste übernehmen, zählen beispielsweise aufmunternde Besuche und Befindlichkeitstelefonate, Begleitung zu Terminen (z. B. Arzt, Behörden), Geburtstags- und Krankenhausbesuche, gemeinsame Aktivitäten, Motivation und Begleitung zu einem Besuch im Seniorentreffpunkt, Förderung von Kommunikation.

Zwei Praxisbeispiele, die Besuchsdienste anbieten und die im Rahmen der Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote identifiziert und anschließend auch besucht worden sind, sind die „Soziale Informationsstelle (SIS)“ in Bremerhaven und „Der Kieler Senioren Lotse“. In Box 4-8 wird beschrieben, wie die Besuchsdienste ausgestaltet und organisiert sind. Beide Besuchsdienste sind nicht Teil der Regelversorgung, d. h. sie können nicht über den Leistungskatalog des SGB XI abgerechnet werden[169], und werden von Ehrenamtlichen erbracht.

Box 4-8: Praxisbeispiele für Besuchsdienste durch Ehrenamtliche

„Soziale Informationsstelle (SIS)“:
Das Magistrat der Stadt Bremerhaven betreibt, u. a. in Kooperation mit dem Gesundheitsamt, der Betreuungsbehörde und dem Pflegestützpunkt, an zwei der sechs städtischen Seniorentreffpunkte eine sogenannte Soziale Informationsstelle (SIS). Das Angebot richtet sich an alleinlebende Menschen, die in materieller und sozialer Armut leben.[170]

Neben der Beratung der Senioren durch die hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen vermittelt die SIS auch Ehrenamtliche an die Zielpersonen, die diese bei Bedarf besuchen bzw. sie zu Terminen, Freizeitaktivitäten etc. begleiten. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt sind die ehrenamtlichen Lotsinnen und Lotsen den Betroffenen behilflich (z. B. Kühlschrank füllen).[171] Aktuell sind bei der SIS 27 ehrenamtliche Lotsinnen und Lotsen aktiv.

Das Angebot ist nicht Teil der Regelversorgung. Für den Einsatz der ehrenamtlichen Lotsinnen und Lotsen leisten die Betroffenen einen symbolischen Beitrag von fünf Euro pro Einsatz (unabhängig von dessen Dauer). Jährlich nutzen etwa 80 Personen das Angebot.

„Der Kieler Senioren Lotse“:
Das Angebot „Der Kieler Senioren Lotse“, das bereits in Box 4-7 vorgestellt wurde, bietet auch kostenlose Besuchs- und Begleitdienste durch Ehrenamtliche an.

Die von den beiden hauptamtlichen Kräften koordinierten Ehrenamtlichen besuchen die Nutzerinnen und Nutzer und begleiten diese im Alltag bei Ausflügen, Behördengänge etc. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt unterstützen sie die

169 Im Kontext der Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (ehemals Betreuungs- und Entlastungsangebote) nach § 45a SGB XI gibt es länderspezifischen Unterschiede, die ggf. dazu führen, dass vergleichbare Angebote in einem Bundesland Teil der Regelversorgung sind und in einem anderen Bundesland nicht. Grundsätzlich sind die Länder für die Anerkennung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten zuständig. Die Anerkennung nach Landesrecht begründet jedoch noch keinen Anspruch auf öffentliche Zuwendungen nach § 45c Abs. 1 SGB XI, ist jedoch Voraussetzung, um diese Fördermittel beantragen zu können.

170 Da es sich um einen präventiven Ansatz handelt, sind die Nutzerinnen und Nutzer des Angebotes meist noch nicht pflegebedürftig.

171 Bei etwaigen Problemen im Alltag weisen die Ehrenamtlichen die Betroffenen auf die Möglichkeit hin, sich durch die hauptamtlichen Mitarbeitenden in der SIS beraten zu lassen. Ggf. informieren sie die Hauptamtlichen auch direkt über etwaige Bedarfe der Betroffenen.

Zielgruppe bei der Rückkehr in den Alltag. Durch die Besuche können etwaige Bedarfe bei den Betroffenen identifiziert und Lösungen angeboten und organisiert werden.

Das Angebot ist nicht Teil der Regelversorgung und wird vollständig von der Stiftung finanziert.

Bei der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote wurde deutlich, dass der Anteil von Ehrenamtlichen am insgesamt eingesetzten Personal im Vergleich zu den anderen Themenfeldern bei Angeboten mit Fokus auf soziale Teilhabe besonders hoch war (rund 70 Prozent). Für den Ausbau und die nachhaltige Förderung von ehrenamtlichem Engagement bedarf es aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten jedoch einer professionellen Infrastruktur, die sowohl die Gewinnung, als auch die notwendige Qualifizierung und Begleitung von freiwilligen Helferinnen und Helfern flankiert und absichert. Eine kontinuierliche Begleitung und Schulung der Ehrenamtlichen findet in der Praxis beispielsweise im Rahmen des Angebotes der „Sozialen Informationsstelle (SIS)“ in Bremerhaven statt (Box 4-9).

Box 4-9: Praxisbeispiel für die Qualifizierung und Begleitung von Ehrenamtlichen

Die **Soziale Informationsstelle (SIS)** in Bremerhaven setzt, wie in Box 4-8 beschrieben, u. a. im Rahmen der Besuchsdienste Ehrenamtliche ein. Diese werden von den Hauptamtlichen nicht nur an die Betroffenen vermittelt, sondern zudem alle vier Wochen zu einem gemeinsamen Treffen eingeladen. Im Rahmen dieser Treffen werden die Ehrenamtlichen in den Besonderheiten geschult, die es beim Umgang mit der Zielgruppe zu beachten gilt. Die Treffen werden zudem dafür genutzt, dass die Ehrenamtlichen von ihrer Arbeit mit den Betroffenen berichten und ggf. bestehende Bedarfe an die Hauptamtlichen weitergeben. So bleiben die Hauptamtlichen darüber im Bilde, wie die Arbeit der Ehrenamtlichen mit den Betroffenen funktioniert und wie es den Betroffenen aktuell geht.

Der Einsatz von Ehrenamtlichen ist jedoch insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe nicht unkritisch. Grundsätzlich beschreiben die Expertinnen und Experten die Zielgruppe zwar als recht aufgeschlossen. Einige Expertinnen und Experten haben in den geführten Fachgesprächen jedoch darauf hingewiesen, dass die Zielgruppe insbesondere Ehrenamtliche (aus der Mittelschicht) überfordern kann. Zurückgezogen lebende einsame Menschen seien mitunter nicht unbedingt besonders umgänglich und teilweise auch aggressiv. Gerade bei bildungsfernen und armutsgefährdeten Pflegebedürftigen ist die Begleitung aus Expertinnen- und Expertensicht daher sehr anspruchsvoll und sollte ggf. eher durch ausgebildete Fachkräfte erfolgen. Gerade in der Gesprächsführung ist zudem aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten ein sozialpädagogischer Hintergrund hilfreich.

Daneben haben einige Expertinnen und Experten erklärt, dass es schwierig ist, Ehrenamtliche zu finden, die sich längerfristig und verbindlich für Einsätze verpflichten wollen. Um der Zielgruppe beispielsweise bei Begleitdiensten Verlässlichkeit zu gewähren, setzt daher beispielsweise die bereits vorgestellte „Soziale Informationsstelle (SIS)“ in Bremerhaven alternativ Langzeitarbeitslose für einfache Begleitdienste ein, wenn einmal keine Ehrenamtlichen verfügbar sind.

Kostengünstige bzw. kostenlose Begleit- und Fahrdienste

Ebenso im Rahmen ehrenamtlicher Strukturen ist für die Zielgruppe das Angebot von kostengünstigen Begleit- und Fahrdiensten wichtig. Neben dem eigentlichen Fahrdienst ist für die Zielgruppe immer auch die Verfügbarkeit eines Begleitdienstes durch Ehrenamtliche wichtig, wie u. a. auch das Praxisbeispiel „Begleitmobil“ des Vereins buefet e. V. aus Kirchheim unter Teck zeigt (Box 4-10).[172] Besuchs- und Fahrdienste, die von Ehrenamtlichen erbracht werden, sind auch deshalb für die Zielgruppe sinnvoll, weil sie in der Regel mit keinen oder nur geringen Kosten verbunden sind. Die Verantwortlichen des Angebotes „Begleitmobil“ des Verein buefet e. V. berichten jedoch, dass das Angebot sehr stark von der Einsatzbereitschaft der Ehrenamtlichen abhängt und diese, wenn sie beispielsweise den Fahrdienst leisten, viel Verantwortung für die Betroffenen übernehmen.

Box 4-10: Praxisbeispiel für einen kostengünstigen Begleit- und Fahrdienst

Der Verein buefet e. V. in Kirchheim unter Teck bietet in Kooperation mit der Stadt und dem Car-Sharing-Anbieter „Stadtmobil“ das Einzelangebot **„Begleitmobil“** an. Es richtet sich an Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes auf Begleitung bei alltäglichen Erledigungen angewiesen sind, sowie an Menschen, die alleine leben und bei denen keine Angehörigen da sind, die den Fahrdienst übernehmen können.

Das Angebot wird von einer hauptamtlichen Person koordiniert. Die Koordinatorin bucht die Autos stundenweise beim Car-Sharing-Anbieter, der Verein übernimmt die Haftung. Das Angebot für Einzelpersonen umfasst nicht nur den Fahrdienst, sondern auch die Begleitung der Nutzerinnen und Nutzer, z. B. zum Einkaufen, bei Arztbesuchen und bei Behördengängen. Die Fahr- und Begleitdienste werden aktuell von zehn Ehrenamtlichen übernommen.

Das Angebot ist in der Regelversorgung und wird über den Pflegestützpunkt in Kirchheim unter Teck abgerechnet. Die Stadt Kirchheim unter Teck übernimmt die monatliche Gebühr für den Car-Sharing-Anbieter. Für die Nutzerinnen und Nutzer

[172] Auch im Kontext der Ermöglichung von Mobilität spielen Fahrdienste natürlich eine Rolle. Insofern sei an dieser Stelle auch auf das Kapitel 4.3.4 verwiesen.

ist das Angebot kostenlos, sie können für die Nutzung jedoch an den Verein spenden. Pro Jahr nutzten das Angebot bisher zwischen 30 und 40 Personen.

Treffpunkte im Quartier bzw. in der Kommune: Seniorentreffpunkte, kommunale Tageszentren, inklusive kostengünstige bzw. kostenlose Angebote

Ein weiterer Ansatz zur Ermöglichung der sozialen Teilhabe der Zielgruppe sind Treffpunkte im Quartier bzw. der Kommune, an denen die Zielgruppe ihre Freizeit verbringen und soziale Kontakte pflegen kann. Die Bedeutung von Treffpunkten für die soziale Teilhabe der Zielgruppe wurde auch im Rahmen des Expertenworkshops von den Expertinnen und Experten als besonders wichtig eingeschätzt. An den entsprechenden Treffpunkten sind gemeinsame Aktivitäten und Veranstaltungen wichtig, z. B. ein wöchentlicher Frühstücks- oder Mittagessenstreff mit kostenlosem Abholservice und buntem Programm für die Zielgruppe, wie im Praxisbeispiel der Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“ in Göppingen (Box 4-11). Eine Besonderheit des Angebotes ist es, dass zu den Treffen ausschließlich Personen aus der hier betrachteten Zielgruppe eingeladen werden.

Box 4-11: Praxisbeispiel für die Ausgestaltung von Angeboten für die Zielgruppe an einem Treffpunkt im Quartier bzw. der Kommune

Die Beratungsstelle für Senioren der Stadt Göppingen hat schon seit 26 Jahren die **Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“** eingerichtet.[173] Die Gruppe setzt sich aus etwa 20 persönlich eingeladenen Bürgerinnen und Bürgern im Alter ab 75 Jahren zusammen, die in ihrem Alltag auf Unterstützung angewiesen sind (z. B. Essen auf Rädern, ambulanter Pflegedienst). Es handelt sich vorwiegend um einsame und sozial benachteiligte Menschen. Es gibt einen kostenlosen Fahrdienst, der die Senioren zu den Treffen abholt.

Die Gruppe trifft sich einmal in der Woche im Bürgerhaus in Göppingen. Auf dem Programm stehen neben dem gemeinsamen Frühstück u. a. auch Gedächtnistraining und Gespräche über Alltagszusammenhänge. Die zwei hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen der Beratungsstelle bereiten das Programm für die Gruppentreffen vor und gestalten die Koordination sowie die Betreuung der Hochbetagten und Ehrenamtlichen. Darüber hinaus sind insgesamt elf Ehrenamtliche im Wechsel zu viert im Einsatz. Sie kaufen die benötigten Lebensmittel ein, bereiten das Frühstück vor, begleiten Gehbehinderte und Blinde zur Toilette und bieten Unterstützung für die halbseitig Gelähmten und Blinden beim Frühstück sowie beim Programm an.

Die Gruppe finanziert sich durch Spenden (u. a. auch Firmenspenden) und einen geringen Teilnehmerbetrag (1,80 Euro pro Person). Die Stadt unterstützt die Gruppe, indem sie die Räumlichkeiten und Hauptamtlichen für die Organisation und das einstündige inhaltliche Programm bereitstellt. Zudem gibt es ein kleines

[173] Es besteht eine Kooperation mit der Schiller-Realschule vor Ort (Alt-Jung-Projekt). Außerdem arbeiten die Auszubildenden der Stadt sowie unterstützende Firmen bei der Gruppe mit.

städtisches Budget, das im Hintergrund für die Beratungsstelle für Senioren und die Gruppe „Vergissmeinnicht“ zur Verfügung steht.

In Dänemark, Schweden und Japan gibt es sogenannte kommunale Tageszentren als Anlaufstellen für Senioren, in denen entsprechende Angebote zur sozialen Teilhabe (z. B. Freizeitaktivitäten, gemeinsame Mahlzeiten) angeboten werden (Box 4-12). In Japan werden die Betroffenen sogar in einem Kleinbus abgeholt und zum Tageszentrum gebracht.

Box 4-12: Internationale Praxisbeispiele für kommunale Tageszentren im Quartier bzw. in der Kommune

Schweden und Dänemark:
Sowohl in Schweden als auch in Dänemark wird die Altenpflege auf Ebene der Gemeinden organisiert, bei denen damit die Verantwortung für den größten Teil der Pflegeleistungen liegt. Weil Selbstbestimmung und die Wahlfreiheit, zuhause wohnen bleiben zu können, oberste Priorität haben, prüft zumeist die Gemeinde jeden Einzelfall und entscheidet, wer welche Hilfe erhält. Innerhalb eines staatlich vorgegebenen Rahmens können die Kommunen Umfang und Vielfalt des Angebotes selbst bestimmen. Mit den umfassenden ambulanten Leistungen wird das Ziel verfolgt, die wesentlich teurere stationäre Betreuung zu vermeiden.[174] Zur Förderung des Alterns zuhause bzw. des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit trägt auch bei, dass fast alle schwedischen Gemeinden über ausgebaute Tageszentren (Aktivitetscentre) verfügen. Fast die Hälfte der Gemeinden bietet dort gemeinsame Mahlzeiten für Ältere an. Eine geringere Anzahl an Gemeinden organisiert zudem Kochteams für Ältere in kleineren Gruppen.[175] Auch in Dänemark gibt es in fast allen Gemeinden sogenannte Tageszentren (Dagcentraler). Diese Einrichtungen stehen nicht nur älteren Menschen offen, sondern bieten für alle Altersgruppen Freizeitaktivitäten an. Sie bieten ein Aktivitätsprogramm für alle Altersgruppen, aber z. B. auch pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung.[176]

Japan:
In Japan wurde im Jahr 2000 eine umlagefinanzierte gesetzliche Pflegeversicherung nach dem Vorbild Deutschlands etabliert. Da die Regionalisierung betont werden sollte und in Folge eines fehlenden Krankenkassensystems, übernahmen die Kommunen die Trägerschaft über die Versicherung.[177] Sämtliche Dienstleistungen werden im Japan vom Community Comprehensive Support Center (CCSC) koordiniert.[178] Es gibt zudem gemeindebasierte Tagesprogramme für Seniorinnen und Senioren sowie Programme für Menschen mit Demenz. Die sogenannte Drop-in Centres haben Aktivitätsräume und eine Cafeteria. Die älteren Menschen kön-

[174] Vgl. Wild (2010).
[175] Vgl. Schwedisches Institut (2007).
[176] Vgl. Wild (2010).
[177] Vgl. Wild (2010).
[178] Vgl. Braeseke (2013).

nen sich dort austauschen, Freizeitaktivitäten nachgehen und eine Mahlzeit einnehmen. Einige Tageszentren besitzen auch Bademöglichkeiten und haben zur Unterstützung der dortigen Arbeitskräfte eine Krankenschwester angestellt. Darüber hinaus fahren Kleinbusse durch die Gemeinden und sammeln die Patientinnen und Patienten ein. Studien haben gezeigt, dass die Nutzung der Tagespflege mit einer geringeren Sterblichkeit der gebrechlichen Erwachsenen und selteneren Krankenhausaufenthalten verbunden ist.[179]

Bei Angeboten zur sozialen Teilhabe der Zielgruppe an den entsprechenden Treffpunkten im Quartier bzw. in der Kommune ist es grundsätzlich wichtig, dass diese kostengünstig bzw. kostenlos sind. In Bremerhaven werden in den Seniorentreffpunkten beispielsweise kostengünstige Getränke und Speisen angeboten. Bei Unternehmungen gibt es zudem Preisnachlässe, Vorträge sind kostenlos und beim Einsatz von Ehrenamtlichen (u. a. bei Besuchsdiensten) wird lediglich eine Aufwandsentschädigung verlangt.

Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zur Bedarfsdeckung

Besonders häufig und unabhängig von der Region bestehen laut Aussage der befragten Expertinnen und Experten Versorgungslücken bei niedrigschwelligen Angeboten (vor allem bei besonderen Pflegebedarfen, z. B. einer demenziellen Erkrankung). Insbesondere Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe seien noch zu selten Teil der Regelversorgung (guter Anfang: Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a bzw. der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI) und damit oft unzureichend finanziert. Bei der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote waren rund 80 Prozent der 16 genannten Angebote mit Hauptfokus auf die soziale Teilhabe nicht Teil der Regelversorgung.

Die Zielgruppe ist laut Aussagen einzelner Expertinnen und Experten sehr innovativ darin, mit minimalen Ressourcen ihren Alltag zuhause zu organisieren. Beispielsweise würden alleinlebende Pflegebedürftige aus einfachen Milieus oftmals versuchen eine freundschaftliche Beziehung zu den professionellen ambulanten Pflegekräften aufzubauen. Dies bewirke oft, dass die Pflegekräfte Unterstützung über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus leisten. In einfachen Milieus gelten nach Auskunft der Expertinnen und Experten zudem solidarischere Spielregeln der Reziprozität (Gegenseitigkeit) als in gehobeneren Milieus, sodass auch hier von

[179] Vgl. Artikel auf der Webseite healthydebate.ca aus dem Jahr 2015: http://healthydebate.ca/2015/10/topic/japan-long-term-care-insurance-home-care-elderly (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

den Betroffenen Unterstützung bei der Bewältigung des Alltages mobilisiert werden könne.

Die Fachgesprächspartnerinnen und -partner bestätigen den Bedarf der Zielgruppe nach Angeboten zur sozialen Teilhabe. Wichtig sei zudem auch die Passgenauigkeit der Angebote. Derzeit seien die Angebote zur sozialen Teilhabe beispielsweise sehr stark auf Frauen ausgerichtet, es müssten jedoch auch die speziellen Freizeitinteressen der Männer berücksichtigt werden (z. B. Begleitung zum Besuch eines Fußballspieles).

4.3.3 Zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Beratungsangeboten

Rund 45 Prozent der im Rahmen dieses Projektes befragten Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote gaben an, dass ihr Angebot den Hauptfokus auf die Beratung der Zielgruppe legt. Zusammen mit dem Themenfeld „Teilhabe“ bildet die Beratung damit die wichtigste Bedarfslage der Zielgruppe.

4.3.3.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe der Zielgruppe

Zielgruppe ist mit herkömmlichen Beratungsangeboten nur schwer zu erreichen

Im Vergleich zu anderen Gruppen Pflegebedürftiger ist die Gruppe der älteren, armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben, nur sehr schwer zu erreichen, u. a. mit Beratungsangeboten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Alleinleben und die Armutsgefährdung zur Isolation führen.[180]

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass gerade ambulante Beratungsangebote nur unzureichend auf die Zielgruppe zugeschnitten sind. Gesundheits- und pflegebezogene psychosoziale Beratungsangebote für ältere Menschen sollen dazu beitragen, die Selbständigkeit und Teilhabemöglichkeiten im Alter zu erhalten. Allerdings nutzen sozial benachteiligte ältere Menschen, die einen besonders hohen Bedarf an Unterstützung haben, insbesondere ambulante Beratungsangebote nur unterdurchschnittlich.[181] Ein Benchmarking der 16 großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 2016 ergab, dass mit den vorhandenen Angeboten der städtischen Seniorenarbeit eher gut situierte, bildungsnahe

[180] Vgl. Pawletko (2014).
[181] Vgl. Adolph und Ulrich (2015).

und aktive Senioren erreicht werden.[182] Das Dilemma besteht laut Bauer und Büscher (2007) darin, dass universelle Angebote nicht nur nicht zielgruppenspezifisch auf die Bedürfnisse derjenigen ausgerichtet sind, die ein erhöhtes Risiko der Versorgungsabhängigkeit und damit häufig auch der Pflegebedürftigkeit haben, sondern dass die bestehenden Angebote von den besonders ressourcenschwachen Gruppen auch am wenigsten genutzt werden. Entsprechend vergrößern sich soziale Ungleichheiten bei einer universellen Ausrichtung der Angebote.[183]

Bedarf an Informationen in einfacher und verständlicher Sprache, die über geeignete Informationskanäle vermittelt werden

Auch nach Einschätzung der Expertinnen und Experten fällt es den Beratungsinstitutionen schwer, die Zielgruppe mit den notwendigen Informationen und Beratungsangeboten zu versorgen. Dies könnte über die Nutzung geeigneter Informationskanäle besser gelingen (z. B. Hausärzte, TV).

Zentral ist aus Sicht der Expertinnen und Experten die Aufklärung der Zielgruppe hinsichtlich ihrer Ansprüche und der verfügbaren Angebote. Dies haben auch die Anbieter zielgruppenspezifischer Angebote im Rahmen der Befragung betont. Wichtig sei hierbei, dass diese Informationen in einfacher und verständlicher Sprache vorliegen. Die Beratungslandschaft in Deutschland ist aus Sicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner insgesamt zu sprach- und damit mittelschichtsorientiert. Darüber hinaus falle es insbesondere den Betroffenen aus bildungsfernen Schichten schwer, ihre Bedarfe gegenüber den Beratenden sprachlich klar zu formulieren, sodass die Beraterinnen und Berater ggf. überfordert seien und nicht wüssten, was die Hilfesuchenden an Unterstützung brauchen.

Zielgruppe hat Schwierigkeiten beim Zugang zum Versorgungssystem (unzureichende Nutzungskompetenzen, Wissensdefizite)

In der Literatur wird diskutiert, ob Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ihre Interessen und Leistungsansprüche im Kontext der Pflegebedürftigkeit schlechter durchsetzen

[182] Vgl. con_sens (2016). Der Bericht wurde für die 16 großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland (Berlin, Freie Hansestadt Bremen, Dortmund, Landeshauptstadt Dresden, Landeshauptstadt Düsseldorf, Duisburg, Essen, Frankfurt am Main, Freie Hansestadt Hamburg, Landeshauptstadt Hannover, Köln, Leipzig, Landeshauptstadt München, Nürnberg, Hansestadt Rostock und Landeshauptstadt Stuttgart) erstellt.

[183] Vgl. Bauer und Büscher (2007).

können als andere Statusgruppen.[184] [185] Gerade mit Blick auf den Pflegebereich ist der Einfluss unterschiedlicher individueller und sozialer Ressourcen auf Bedingungen wie Möglichkeiten der Ausgestaltung von Pflegearrangements hoch relevant. Das Nutzungs- und Inanspruchnahmeverhalten variiert nach der Verfügbarkeit über ökonomisches (Geld), kulturelles (Mentalitäten, Kompetenzen etc.) und soziales (Beziehungen) Kapital, wobei gerade ressourcenschwache Gruppen Anpassungsprobleme an komplizierte Versorgungsabläufe speziell im Pflegebereich aufweisen. Dies legt nahe, dass Unterschiede in der Ausstattung mit ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital in der Situation, in der die Abhängigkeit von Leistungen der pflegerischen Versorgung einsetzt, nicht ab-, sondern eher noch an Relevanz zunehmen. Diese Ungleichheitsproduktion kann nur zum Teil über rein ökonomische Barrieren und Ausschlussbarrieren erklärt werden. Die Ursachen für Unterschiede bei der Inanspruchnahme und Nutzung scheinen vielmehr auf Effekte mangelnder Nutzungskompetenzen, auf Nicht-Wissen oder soziale Scham, zurückzuführen zu sein.[186]

Der Zugang zu finanziellen und professionellen Hilfen erfordert nicht nur die entsprechenden Kenntnisse des Systems, sondern auch das Wissen um die richtigen Wege der Beantragung von Unterstützungsmaßnahmen. Eine Untersuchung von Falk et al. (2011) ergab, dass die befragten Älteren aus gehobenen Milieus durchgängig besser über ihre Ansprüche aufgeklärt sind als diejenigen aus einfachen Milieus. Dank ihrer darüber hinaus meist besseren finanziellen Ausstattung haben sie im Vergleich zu den Befragten aus einfachen Milieus zudem mehr Möglichkeiten, mobil zu bleiben, einen relativ großen Aktionsradius zu bewahren und sich so auch außerhalb des eigenen Wohnumfeldes Informationen zu beschaffen.[187] In den Fachgesprächen wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Zielgruppe auch hinsichtlich prophylaktischer und präventiver Maßnahmen für die Gesundheit benachteiligt sei, da ihr neben den finanziellen Ressourcen auch oft das Wissen und das Bewusstsein dafür fehle, das Alter zu gestalten.

---

[184] Vgl. Simon (2004).

[185] Untersuchungen belegen zudem, dass sozial benachteiligte Ältere von Mehrfacherkrankungen früher betroffen sind und ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Aufgaben stärker eingeschränkt sind als bei anderen Mitgliedern ihrer Altersgruppe. Empirische Untersuchungen zeigen, dass ein geringes Einkommen, ein geringer Bildungsgrad oder ein unzureichendes Netz an sozialen Kontakten und Beziehungen zu mehr Krankheit und einem höheren Sterberisiko führen. Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit gilt die Forschungslage zu sozialen Ungleichheiten in Deutschland bislang noch als unbefriedigend. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die höhere Krankheitslast in jüngeren Jahren auch zu einem höheren Pflegerisiko von sozial benachteiligten Menschen führt (Vgl. Bauer und Büscher (2007)).

[186] Vgl. Bauer und Büscher (2007).

[187] Vgl. Falk et al. (2011).

Bedarf an ganzheitlicher Beratung (Case und Care Management) durch eine zentrale Ansprechperson

Die Zielgruppe braucht eine zentrale Anlaufstelle, die sie beim Management des gesamten Pflegeprozesses unterstützt (z. B. Hilfe bei der Beantragung von Leistungen, Organisation eines ambulanten Pflegedienstes) und sie ganzheitlich berät (Case und Care Management). Vorteil dieser zentralen Anlaufstelle im Vergleich zu den vorhandenen unterschiedlichen Anlaufstellen wäre, dass die Betroffenen die Hilfe aus einer Hand erhalten würden und von den verantwortlichen Beraterinnen und Beratern an die Hand genommen werden könnten.

Bedarf an Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Zusätzlich ist gerade für die Zielgruppe die Möglichkeit einer Beratung in der Häuslichkeit wichtig.[188] Vorteil der Beratung der Zielgruppe in der eigenen Häuslichkeit ist aus Sicht der Expertinnen und Experten neben der Erleichterung des Zuganges zur Beratungsleistung für die Zielgruppe (insbesondere, wenn eine eingeschränkte Mobilität vorliegt oder Hemmungen bestehen, eine Behörde aufzusuchen) auch, dass die Beraterinnen und Berater dadurch die Möglichkeit haben, einen umfassenden Einblick in die Lebens- und Wohnverhältnisse der Betroffenen zu erhalten (z. B. allgemeiner Zustand der Wohnung; Blick in den Kühlschrank, ob ausreichend Lebensmittel vorhanden sind). Zudem kann die Beratung in der vertrauten Umgebung der Zielgruppe stattfinden.[189]

Zielgruppe findet aufgrund von Scham und Hemmungen keinen Zugang zum Versorgungssystem

Untersuchungen zufolge schämen sich die Betroffenen oft, Hilfe anzunehmen. Darüber hinaus haben sie es aufgrund von jahrelanger Isolation verlernt, anderen Menschen zu vertrauen.[190] Das Thema Scham und Resignation bei den Betroffenen wurde auch im Rahmen der Online-Befragungen bzw. Vor-Ort-Besuche sowie bei den Fachgesprächen und während des Expertenworkshops immer wieder als sehr wichtiger Faktor eingeordnet. Aus Sicht der Expertinnen und Experten fehlt den Betroffen oft auch schlichtweg die physische bzw. psychische Kraft, Ansprüche einzufordern und durchzusetzen. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass sich insbesondere Betroffene mit einem geringen sozialen Status wegen

188 Vgl. ebd.

189 Einige Expertinnen und Experten merkten jedoch an, dass sich insbesondere Menschen, die in verwahrlosten Wohnungen leben, schämen, die Beraterinnen und Berater in die Wohnung zu lassen. Entsprechend sollte aus ihrer Sicht zusätzlich auch immer eine telefonische Beratung angeboten werden.

190 Vgl. AWO Stiftung (2013).

ihrer Wohnbedingungen schämen und deshalb niemanden in ihre Wohnung lassen wollen.

Traditionellen Formen der Altenarbeit fehlen häufig die entsprechenden Voraussetzungen, einsame alte Menschen zu erreichen. Die Betroffenen selbst leugnen teilweise die Einsamkeitsproblematik, aber auch in der Gesellschaft an sich werden Chancen und Potenziale des Alters (über)betont, sodass die isolierten Alten durch das Raster fallen.[191] Einsamkeit unterliegt noch immer einem Tabu und wird als Zeichen von Hilflosigkeit und Schwäche gewertet, das in die heutige aktive Gesellschaft nicht hineinpasst.[192] Zudem gibt es bzgl. der Abfrage von Einsamkeit ein Erfassungsproblem. Oft werden in Befragungen nur "erwünschte Antworten" gegeben oder aber die entsprechenden Befragungen erreichen die Zielgruppe erst gar nicht. Außerdem ist die Abfrage von Einsamkeit inhaltlich schwierig, da beispielsweise soziale Kontakte allein keinen eindeutigen Rückschluss auf den Grad der Einsamkeit zulassen.[193]

Bedarf an zugehenden Beratungsangeboten, d. h. proaktives Ansprechen der Zielgruppe

Durch zugehende Beratungsangebote, bei denen die Beraterinnen und Berater initiativ auf die Betroffenen zugehen, beispielsweise auf der Straße bzw. an bekannten Aufenthaltsorten der Zielgruppe (Cafés, Eckkneipe etc.), kann der Kontakt zur Zielgruppe hergestellt werden. Zudem ist es aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten sinnvoll, die Zielgruppe von ihnen bekannten Menschen beraten bzw. an Beratungsstellen vermitteln zu lassen (z. B. Sozialarbeiterin im Seniorentreffpunkt), um so das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen.

Bedarf an Sensibilisierung des sozialen Umfeldes der Zielgruppe/ Vernetzung der relevanten Akteure

Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten ist es darüber hinaus wichtig, das Umfeld der Zielgruppe zu sensibilisieren und eine Kultur der Achtsamkeit zu schaffen, damit etwaiger Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Zielgruppe frühzeitig erkannt werden kann. In diesem Zusammenhang sei auch der Austausch und die Vernetzung der unterschiedlichen Akteure vor Ort (Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Hausärzte etc.) wichtig, damit entsprechender Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Zielgruppe thematisiert, identifiziert und adressiert werden kann. Die Vernetzung der relevanten

[191] Vgl. Petrich (2011).
[192] Vgl. ebd.
[193] Vgl. ebd.

Akteure vor Ort wurde auch im Rahmen des Expertenworkshops als besonders wichtig eingestuft.

4.3.3.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Tabelle 4-7 gibt vorab einen Überblick über die für die entsprechenden spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext der zielgruppenspezifischen Ausgestaltung von Beratungsangeboten identifizierten Ansätze zu deren Deckung.

Tabelle 4-7: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich der zielgruppenspezifischen Ausgestaltung von Beratungsangeboten

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Informationen in einfacher und verständlicher Sprache, die über geeignete Informationskanäle vermittelt werden	▪ Gezielte Öffentlichkeitsarbeit (z. B. über Lokalzeitungen, TV-Werbung)/ Informationen übersichtlich und leicht verständlich aufbereiten
Ganzheitliche Beratung (Case und Care Management) durch eine zentrale Ansprechperson	▪ Eine zentrale Ansprechperson für alle Pflegebedürftigen (der Zielgruppe), die diese ganzheitlich berät (Case und Care Management) ▪ Zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle (im Sinne einer Lotsenstelle) vor Ort ▪ Bundesweite Beratungshotline mit automatischer Weiterleitung an die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort
Beratung in der eigenen Häuslichkeit	▪ Beratung in der eigenen Häuslichkeit als Standardleistung anbieten, inklusive der Entwicklung von einheitlichen Standards für diese Art der Beratung
Zugehende Beratungsangebote, d. h. proaktives Ansprechen der Zielgruppe	▪ Präventive Hausbesuche ▪ Beratung an einem vertrauten Ort durchführen (z. B. Seniorentreffpunkt) anstatt in einer Behörde ▪ Ermutigung und Motivation der Zielgruppe, Hilfen tatsächlich in Anspruch zu nehmen ▪ Zusammenarbeit und Austausch mit Vertrauenspersonen der Zielgruppe
Sensibilisierung des sozialen Umfeldes für die Zielgruppe/ Vernetzung der relevanten Akteure	▪ Sensibilisierung möglicher Kontaktpersonen der Zielgruppe (z. B. Hausmeister, Ablesedienst, Hausärztin bzw. Hausarzt, medizinische Fachangestellte) ▪ Vermittlung von Wegweiser-Kompetenzen an das Personal in den Beratungsstellen, aber auch an sonstige mögliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Zielgruppe (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten) ▪ Netzwerkveranstaltungen und Austausch der Akteure vor Ort

Quelle: Prognos AG 2017

Gezielte Öffentlichkeitsarbeit (z. B. über Lokalzeitungen, TV-Werbung)/ Informationen übersichtlich und leicht verständlich aufbereiten

Aus Sicht der Expertinnen und Experten bedarf es einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit, um die Zielgruppe über bestehende Pflege- und Unterstützungsangebote zu informieren und somit entsprechende Wissenslücken zu schließen. Geeignete Informationskanäle für die Zielgruppe sind aus Sicht der Expertinnen und Experten beispielsweise Lokalzeitungen, TV-Werbung sowie Aushänge in Arztpraxen oder Apotheken. Dabei sei unbedingt darauf zu achten, dass die Informationen übersichtlich und leicht verständlich aufbereitet werden. Ein Beispiel, wie eine solche Informationskampagne erfolgen kann, stellt der Informationsflyer des Seniorensozialdienstes in Chemnitz mit dem Titel „Gesprächsbedarf …?“ dar (Box 4-13). Der Flyer ist Teil eines örtlichen „Frühwarnsystems“, das später noch im Kontext des Ansatzes der Sensibilisierung möglicher Kontaktpersonen der Zielgruppe näher erläutert wird (siehe Box 4-21).

Box 4-13: Praxisbeispiel für eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Erreichung der Zielgruppe

Der **Seniorensozialdienst Chemnitz** ist im Sozialamt bzw. der örtlichen Betreuungsbehörde angesiedelt. Rechtliche Grundlage für den Seniorensozialdienst ist der § 71 SGB XII „Altenhilfe“. Der Seniorensozialdienst informiert, berät und unterstützt älter werdende Bürger der Stadt Chemnitz sowie Angehörige und Dienstleister, die sich auf die Belange von Seniorinnen und Senioren spezialisiert haben.

Der Fokus des Seniorensozialdienstes liegt auf Alleinlebenden und sozial schwachen Seniorinnen und Senioren. Um die Zielgruppe zu erreichen und über die bestehenden Unterstützungsangebote in Chemnitz zu informieren, hat der Seniorensozialdienst einen einseitigen Informationsflyer mit dem Titel „Gesprächsbedarf …?“ für die Zielgruppe entwickelt.

Eingangs des Anschreibens wird darauf hingewiesen, dass die Leistungen des Seniorensozialdienstes kostenlos sind und dass die Sozialarbeiterinnen bei Bedarf auch Hausbesuche bei den Betroffenen durchführen. Auf dem Flyer ist in großer Schrift abgedruckt, welche Unterstützungs- und Beratungsleistungen die Sozialarbeiterinnen des Seniorensozialdienstes erbringen (angefangen von der Suche nach einem Mahlzeitendienst bis hin zu Krisenberatungen). Unten auf dem Flyer ist die Servicenummer des Seniorensozialdienstes abgedruckt, die wochentags täglich bis 18 Uhr besetzt ist.

Der Flyer wird entweder von den Sozialarbeiterinnen direkt an die Zielgruppe verteilt oder über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. So nutzt beispielsweise die

Polizei in Chemnitz das Informationsschreiben, wenn sie Personen, bei denen von einem Hilfebedarf auszugehen ist, nicht zuhause antrifft.[194]

Im Rahmen einer Informationskampagne verschickt der Seniorensozialdienst zudem mit Unterstützung des Einwohnermeldeamtes seit März 2017 per Post Anschreiben mit Informationen zu bestehenden Angeboten vor Ort an alle ab 80-Jährigen in den unterschiedlichen Stadtteilen von Chemnitz.

Eine zentrale Ansprechperson für alle Pflegebedürftigen (der Zielgruppe), die diese ganzheitlich berät (Case und Care Management)

Mehrere Expertinnen und Experten haben im Rahmen der Untersuchung die Einführung einer zentralen Ansprechperson für alle Pflegebedürftigen (der Zielgruppe) vorgeschlagen, die diese aus einer Hand über alle relevanten Themen informiert und beim Management der Pflege (z. B. bei der Antragstellung, bei Behördengängen, der Kommunikation mit dem Pflegedienst, der Vereinbarung von Arztterminen, der Rückkehr aus dem Krankenhaus nach Hause) im Sinne einer ganzheitlichen Beratung (Case und Care Management) begleitet. Eine solche Ansprechperson könnte, in Vertretung der bei der Zielgruppe nicht existierenden Angehörigen, den gesamten Pflegeprozess für den Betroffenen managen und diesen entsprechend „an die Hand nehmen“. Dabei müsste sie das gesamte System im Blick haben und die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe in medizinisch-pflegerischer Hinsicht kennen. Es sollte zudem ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen aufgebaut und die Kontinuität der Begleitung durch die Ansprechperson gewährleistet sein.

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll theoretisch ein solches Fallmanagement anbieten.[195] In der Praxis gibt es jedoch regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit und Ausgestaltung der Pflegeberatung.[196] Es fehlt somit (derzeit noch) die Verlässlichkeit des Angebotes, die für die Zielgruppe entscheidend ist. Zudem sind derzeit lediglich die Pflegekassen gesetzlich dazu

---

194 Der Flyer „Gesprächsbedarf …?“ ist auf der Seite des Seniorensozialdienstes als Download verfügbar: http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/downloaddateien/PS2/Was_kann_der_Seniorensozialdienst_fuer_Sie_tun.pdf (zuletzt aufgerufen: 09.08.2017).

195 Vgl. GKV-Spitzenverband (2012). Die im Jahre 2009 im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eingeführte individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hat die bereits vorhandenen Angebote im Bereich Aufklärung und Auskunft (§ 7 SGB XI) um das individuelle Recht auf eine Beratung durch die Pflegekassen ergänzt.

196 Vgl. ebd. Dies legen neben der Evaluation der Pflegeberatung aus dem Jahr 2012 auch die Aussagen der im Rahmen dieses Projektes befragten Expertinnen und Experten nahe.

verpflichtet, ein Case und Care Management anzubieten, die übrigen Beratungsstellen nicht.[197]

Unabhängig davon, durch welche Beratungsstelle die ganzheitliche Beratung erfolgt, ist es aus Expertinnen- und Expertensicht grundsätzlich wichtig, dass die Ansprechperson sowohl die pflegerischen als auch die sozialen Bedarfe der Zielgruppe im Blick hat. Wenn beispielsweise der ambulante Pflegedienst die Rolle der zentralen Ansprechperson mitübernehmen würde, bräuchte es eine Pflegefachkraft mit einer Weiterbildung beispielsweise im Bereich des Case Managements. Die zentrale Ansprechperson könnte dann beispielsweise auch den Übergang eines Betroffenen vom Krankenhaus in die eigene Wohnung organisieren, die Kommunikation mit dem ambulanten Pflegedienst übernehmen oder bei der Antragstellung unterstützen.

Ein Praxisbeispiel dafür, wie eine solche Ansprechperson im Pflegesystem idealerweise eingesetzt werden könnte, ist der Care Manager in Japan, der auf kommunaler Ebene jedem Pflegebedürftigen zur Seite gestellt wird (Box 4-14).

Der in Deutschland bestehende gesetzliche Anspruch auf ein Case und Care Management nach § 7a SGB XI räumt den Pflegekassen einen gewissen Spielraum für die Realisierung und Umsetzung der Pflegeberatung ein.[198] Aktuell wird das Angebot eines Case und Care Managements in Deutschland zudem weit weniger standardisiert und konsequent umgesetzt als in Japan. Im Vergleich zu Deutschland, wo anstatt einer Einladung zu einem Beratungstermin von den Pflegekassen im Anschluss an die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 7c SGB XI auch einfach ein Beratungsgutschein an die Versicherten ausgegeben werden kann (der dann von den Pflegebedürftigen eigenverantwortlich eingelöst

[197] Der GKV-Spitzenverband ist im Rahmen des PSG II dazu verpflichtet worden bis zum 31. Juli 2018 Pflegeberatungs-Richtlinien für die einheitliche Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a zu erlassen, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind. Es wäre daher theoretisch möglich, dort bereits zielgruppenspezifische Aspekte aufzunehmen.

[198] Vgl. GKV-Spitzenverband (2012). Die Pflegeberatung in Deutschland ist nach § 7a SGB XI als individuelles Case und Care Management angelegt und umfasst die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfes unter Berücksichtigung der Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes, die Unterstützung bei der Durchführung des Versorgungsplanes, die Überwachung und Anpassung des Versorgungsplanes und bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses. Die Aufklärung und Auskunft nach § 7 SGB XI bedient allgemeine Informations- und Beratungsanliegen, verweist aber bei Bedarf an die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Laut GKV-Spitzenverband (2012) sind die individuellen Hilfe- und Beratungsleistungen gemäß § 7a SGB XI nicht für alle pflegebedürftigen Pflegeversicherten erforderlich – umso wichtiger sei eine treffsichere Einordnung und Adressierung der Beratungsanliegen.

werden muss),[199] ist die Begleitung durch den zuständigen Care Manager in Japan für jeden Versicherten obligatorisch und wird automatisch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit organisiert. Entsprechend scheint die Wahrscheinlichkeit, dass die Zielgruppe in Japan, sofern sie entsprechende Pflegeleistungen beantragt hat und anspruchsberechtigt ist, im Pflegeprozess unzureichend beraten und begleitet wird bzw. erst gar kein Case und Care Management eingeleitet wird, deutlich geringer als in Deutschland.

Box 4-14: Internationales Praxisbeispiel für einen zentralen Ansprechpartner für die Zielgruppe, der diese ganzheitlich beraten kann (Case und Care Management)

Kommunaler Care Manager (Japan):
Care Manager (CM)[200] gibt es in den Kommunen in Japan seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2000. Sie sollen mit Hilfe ihres spezialisierten Wissens und ihrer spezialisierten Fähigkeiten pflegebedürftigen Menschen dabei helfen, unabhängig leben zu können. Zudem sollen sie die Pflegebedürftigen beraten und gewährleisten, dass diese die ihrem geistigen und körperlichen Zustand entsprechenden Dienstleistungen in Anspruch nehmen und nutzen können.[201]

Nach Festlegung der Pflegestufe[202] erstellt der kommunale CM einen Pflegeplan in Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen.[203] Er informiert den Klienten u. a. darüber, welche Dienstleistungen in seiner Gemeinde

199 Gemäß § 7b SGB XI hat die Pflegekasse dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrages auf Leistungen nach dem SGB XI entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch im Wohnumfeld des Leistungsberechtigten erfolgen.

200 Um in Japan als Pflegemanager arbeiten zu können, muss eine Person jahrelange berufliche Erfahrung in Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen besitzen (z. B. als Arzt, Krankenpflegekraft, Pflegekraft oder Sozialarbeiter) und durch einen nationalen Abschluss qualifiziert sein. Es wird erwartet, dass die CM ein umfassendes Wissen über Kosten, Qualität und Verfügbarkeit von Dienstleistungen in ihrer Gemeinde besitzen. Außerdem wird erwartet, dass sie Verantwortung für die medizinische Vermittlung übernehmen und mit anderen Dienstleistungsanbietern, einschließlich Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenpflegekräften, zusammenarbeiten. Die meisten CM sind bei Pflegeeinrichtungen oder häuslichen Pflegemanagementbehörden angestellt und erfüllen in diesem Kontext mehrere Rollen. In den Pflegeeinrichtungen erstellen sie Pflegepläne für das Pflegepersonal, in den Behörden agieren sie dagegen als Kontaktkoordinatoren mit der Regierung und verschiedenen Pflegedienstleistern und bieten Unterstützung, um denjenigen, die Pflege brauchen, häusliche Pflegedienstleistungen anzubieten.

201 Vgl. Hirakawa (2016).

202 Die CM sind bereits bei der Feststellung bzw. Prüfung des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit beteiligt. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird für eine ältere Person durch das „Community Comprehensive Support Center“ ein Termin mit einem kommunalen CM vereinbart, der zusammen mit einer Krankenpflegekraft und einem Sozialarbeiter die Bedürfnisse des Klienten mit einem standardisierten Fragebogen prüft. Basierend auf dieser Prüfung und einem Report des Hausarztes, stuft ein Komitee den Klientinnen und Klienten in eine der sieben Pflegestufen ein. Die Prüfung wird alle zwei Jahre wiederholt oder auch früher, wenn die Pflegebedürfnisse sich schnell verändern (Vgl. Artikel auf der Webseite healthydebate.ca aus dem Jahr 2015: http://healthydebate.ca/2015/10/topic/japan-long-term-care-insurance-home-care-elderly (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017)).

203 Vgl. Wild (2010).

verfügbar sind und screent, koordiniert und kontrolliert die häuslichen Pflegedienstleister.[204] Der CM bleibt auch danach ein regelmäßiger Begleiter. Bei Änderungen der Bedürftigkeit wird der Pflegeplan vom CM neu ausgerichtet.[205]

Trotz des Erfolgs des Ansatzes gibt es auch Probleme bei der Umsetzung. Diese betreffen insbesondere die Schnittstelle zur medizinischen Versorgung. Die Kommunikation der CM mit Krankenpflegekräften und Ärzten funktioniert laut entsprechender Untersuchungen nicht immer gut bzw. effizient. Außerdem ist es für die CM oft schwierig mit medizinischen Problemen umzugehen.[206]

Zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle (im Sinne einer Lotsenstelle) vor Ort

Eine weitere Möglichkeit die Zielgruppe besser „an die Hand zu nehmen" ist die Einrichtung einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle (im Sinne einer Lotsenstelle) vor Ort, die Menschen zur passenden Beratungsstelle bzw. zum passenden Pflege- und Unterstützungsangebot vermittelt. Ein Beispiel aus der internationalen Praxis für eine im Hinblick auf die Zielgruppe idealtypisch ausgebaute zentrale Anlaufstelle bilden die „Integrated Community Care Systems" in Japan, die auf kommunaler Ebene agieren und damit im unmittelbaren Umfeld der Betroffenen angesiedelt sind (Box 4-15). Ursprünglich waren in Deutschland im Pflegeweiterentwicklungsgesetz die Pflegestützpunkte als zentrale Anlauf- bzw. Lotsenstelle für die Pflegebedürftigen vor Ort angedacht. Jedoch sind diese je nach Bundesland unterschiedlich gut ausgebaut bzw. vernetzt, sodass sie dieser Rolle aktuell nur bedingt gerecht werden.[207] Lebt die Zielgruppe in einer Region, in der die Pflegestützpunkte bzw. die sonstige Beratungsinfrastruktur nicht bzw. unzureichend ausgebaut sind, fehlen ihr die entsprechenden Anlaufstellen.

Box 4-15: Internationales Praxisbeispiel für eine zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle vor Ort

Im Jahr 2005 hat Japan damit begonnen sogenannte **integrierte Pflegesysteme („Integrated Community Care Systems")** als Anlaufstellen im gewohnten Lebensbereich der Pflegebedürftigen anzusiedeln. Seitdem werden an einem zentralen Ort innerhalb jeder Gemeinde Unterkunft, medizinische Versorgung, Altenpflege, präventive Dienstleistungen und Unterstützung bei der Lebensführung an-

[204] Vgl. Hirakawa (2016).
[205] Vgl. Wild (2010).
[206] Vgl. Hirakawa (2016).
[207] Vgl. u. a. GKV-Spitzenverband (2012). Nach § 7c SGB XI, der bereits im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2009 in Kraft trat, müssen die Pflegekassen und Krankenkassen zur ortsnahen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten Pflegestützpunkte einrichten. Gemäß der Evaluation der Pflegeberatung aus dem Jahr 2012 ist der Ausbau der Pflegestützpunkte noch nicht in dem Umfang erfolgt wie ursprünglich angedacht.

geboten. Diese Anlaufstellen erlauben es Seniorinnen und Senioren, weiterhin unabhängig leben zu können, weil sie im Falle eines medizinischen Notfalles die notwendigen Dienstleistungen in ihrer Nähe wissen. Jede Anlaufstelle hat ein klar festgelegtes Einzugsgebiet.[208]

Herausforderungen des integrierten Pflegesystems sind die Verwaltung und die eingeschränkte Verfügbarkeit von Arbeitskräften. Insbesondere in ländlichen Regionen haben die Gemeinden nur eingeschränkte Kapazitäten, um das volle Spektrum an Leistungen anzubieten. Ein Teil dieses Problems wurde durch die bessere Einbindung der Care Manager gelöst, die Verbindung mit den Klienten, der Familie und den Pflegekräften aufnehmen.[209]

Das integrierte Pflegesystem ist am effektivsten, wenn es sich an den Bedürfnissen der lokalen Gemeinde orientiert. Jedoch gestaltet sich der Austausch notwendiger medizinischer Informationen zwischen den beteiligten Parteien aufgrund der getrennten Systeme (Pflegeversicherung und Krankenversicherung) oftmals als schwierig und behindert die Bemühungen um eine ganzheitliche Pflege. Die japanische Regierung hat jedoch inzwischen die Ausbildung der ambulanten Pflegekräfte optimiert und baut Technologien in Smartphones aus, die ambulante Pflegekräfte regelmäßig dazu auffordern, das Gesundheitspersonal des Klienten über etwaige neue Krankheitssymptome zu informieren.[210]

Bundesweite Beratungshotline mit automatischer Weiterleitung an die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort

Einige wenige Gesprächspartnerinnen und -partner regen zudem die Einrichtung einer bundesweiten Beratungshotline für alle Fragen der Pflege an, über die man als Anruferin bzw. Anrufer über die Festnetznummer automatisch an die entsprechenden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort (z. B. Pflegestützpunkte) weitergeleitet wird, die einen dann ggf. an weitere Beratungsstellen vermitteln können. Ein solcher telefonischer Beratungsservice besteht bereits auf Landesebene in Schleswig-Holstein in Form des PflegeNotTelefones (Box 4-16). Auf Bundesebene gibt es in Deutschland bereits das sogenannte Pflegetelefon des Bundesfamilienministeriums. Es handelt sich hierbei jedoch um eine zentrale Beratungsstelle ohne automatische Weiterleitung an die Pflegeberaterinnen und -berater vor Ort, wie dies in Schleswig-Holstein der Fall ist. Eine solche Weiterleitung an die Pflegeberaterinnen und -berater vor Ort wäre jedoch insbesondere für die Zielgruppe sehr sinnvoll, da diese die notwendigen Kenntnisse über die Pflege- und Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort besitzen.

[208] Vgl. Takahashi (2014).
[209] Vgl. ebd.
[210] Vgl. ebd.

Box 4-16: Praxisbeispiel für eine Beratungshotline, die die Anruferinnen und Anrufer direkt an die zentralen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort weitervermittelt

Das **PflegeNotTelefon**[211] gibt es in Schleswig-Holstein seit 1999.[212] Es wird von der AWO Schleswig-Holstein koordiniert. Alle Trägerverbände, Pflegekassen, Gesundheitsämter, Sozialverbände, der Medizinische Dienst der Krankenkassen etc. in Schleswig-Holstein sind am Angebot beteiligt. Zudem besteht eine Kooperation mit der Stiftung „Pflegebrücke".

Ziel des Angebotes ist es, den Betroffenen einen niedrigschwelligen Zugang zu regionalen (Beratungs-)Angeboten zu verschaffen. Darüber hinaus fördert das Angebot die Vernetzung der Akteure vor Ort und sorgt zudem dafür, dass die pflegerische Infrastruktur verbessert wird.[213]

Die Anruferinnen und Anrufer wählen die einheitliche Telefonnummer des Beratungstelefones und werden dann automatisch über ein Verkehrsführungssystem, das die Festnetznummer erkennt, an ein verfügbares Beratungsangebot vor Ort weitergeleitet und beraten. Mittlerweile wird auch eine Online-Beratung in Form von Beschwerdeformularen angeboten und zunehmend genutzt.[214]

Das PflegeNotTelefon ist rund um die Uhr erreichbar und eine Beratung entsprechend rund um die Uhr möglich. Ein eigens für das PflegeNotTelefon zuständiges Team in der Stiftung „Pflegebrücke" sichert die Zeiten ab, die die Pflegestützpunkte nicht bedienen können (Wochenende, Nacht, Feiertage). Einmal in der Woche beraten Juristinnen und Juristen der Sozialverbände die Anruferinnen und Anrufer sozialrechtlich.

Das PflegeNotTelefon wird hauptsächlich durch Hauptamtliche betreut.[215] Zwischen den Hauptamtlichen gibt es ein gemeinsames Protokollsystem. Die Protokolle werden bei der Übergabe einer bzw. eines Betroffenen an eine andere Beratungseinrichtung weitergegeben. Zudem findet in Form von jährlichen Treffen ein Austausch zwischen den am Angebot beteiligten Akteuren statt, bei dem auch immer die Pflegestützpunkte eingebunden sind. Es steht dabei weniger die wissenschaftliche Evaluation im Vordergrund, sondern vielmehr der Erfahrungsaustausch.

---

211 Vgl. Webseite des Angebotes „PflegeNotTelefon": http://www.pflege-not-telefon.de/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

212 Die Vorhaltung eines Krisentelefones ist seit 1999 im Selbstbestimmungsstärkungsgesetz des Landes Schleswig-Holstein verankert, das das Heimgesetz des Bundes in Schleswig-Holstein abgelöst hat.

213 Die Angebotsstrukturen des PflegeNotTelefones an sich kommen den Bedarfen der Zielgruppe sehr entgegen (kostenlos, niedrigschwellig, telefonisch). Es findet jedoch keine spezielle Öffentlichkeitsarbeit für eine bestimmte Zielgruppe statt, sondern das Angebot wird allgemein als Krisenberatungs- und Beschwerdetelefon beworben.

214 Aufgrund der veränderten Kommunikationsgewohnheiten der Bevölkerung wird es aus Sicht der Verantwortlichen des PflegeNotTelefones zukünftig immer wichtiger werden, auch die sozialen Medien verstärkt zur Beratung von Pflegebedürftigen zu nutzen (z. B. Facebook-Seite, Blog zum Thema).

215 Ehrenamtliche werden lediglich bei Sonderfragen bzw. wenn es keine sonstigen Angebote gibt, hinzugezogen (z. B. Deutsche Alzheimergesellschaft).

Das Angebot ist für die Nutzerinnen und Nutzer (bis auf die anfallenden Telefonkosten von sechs Cent pro Anruf aus dem Festnetz) kostenlos. Das Sozialministerium Schleswig-Holstein bezahlt die Koordination des Angebotes durch die AWO und übernimmt die Kosten für die technische Infrastruktur. Seit 1999 wird diese Finanzierung vom Sozialministerium immer wieder neu für ein weiteres Jahr festgelegt.[216]

Beratung in der eigenen Häuslichkeit als Standardleistung anbieten, inklusive der Entwicklung von einheitlichen Standards für diese Art der Beratung

Ein weiterer Ansatz, um die Zielgruppe besser zu erreichen ist es, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit (bzw. bei einem Krankenhausaufenthalt der Betroffenen direkt im Krankenhaus) anzubieten und dabei einheitliche Standards anzuwenden. Aktuell besteht in Deutschland gemäß § 7a SGB XI zwar ein gesetzlicher Anspruch auf eine ganzheitliche Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch die Pflegekassen, jedoch wird diese Möglichkeit der Beratung nach Aussage der befragten Expertinnen und Experten noch nicht in dem gewünschten Maße umgesetzt bzw. beworben. Dies betrifft insbesondere auch die sonstigen Beratungsstellen, die im Gegensatz zu den Pflegekassen nicht gesetzlich dazu verpflichtet sind, ein solches Angebot vorzuhalten.[217]

Die Bedeutung des Ansatzes der Beratung in der eigenen Häuslichkeit zeigt sich auch daran, dass bei der im Rahmen des Projektes durchgeführten Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote gut ein Drittel der befragten Anbieter betont haben, dass sie eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit anbieten. Im Folgenden werden drei dieser Praxisbeispiele vorgestellt (Box 4-17).

Box 4-17: Praxisbeispiele für eine Beratung der Zielgruppe in der eigenen Häuslichkeit

„Seniorensozialdienst Chemnitz“:
Die Sozialarbeiterinnen des Seniorensozialdienstes in Chemnitz, der bereits in Box 4-13 vorgestellt worden ist, beraten und unterstützen Hilfesuchende und deren Angehörige telefonisch, zur Sprechzeit im Sozialamt oder auf Wunsch in der eigenen Häuslichkeit. Sie gewähren "Hilfen aus einer Hand" nach dem Prinzip des Case

[216] Im Gegenzug zur finanziellen Förderung durch das Sozialministerium Schleswig-Holstein werden relevante Fragestellungen, die sich aus den Protokollen der Beratungsgespräche ergeben, in Form von Sachberichten an das Ministerium zurückgemeldet (nach Kreise und Themen). Manche dieser Fragestellungen werden zudem in öffentlichen Veranstaltungsreihen in den Kreisen thematisiert (z. B. lebensgefährdende Maßnahmen, Mangelernährung).

[217] Der Anspruch auf eine regelmäßige Beratung in der eigenen Häuslichkeit für Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher, die sich aus § 37 Abs. 3 SGB XI ableitet, zielt (derzeit noch) nicht auf eine ganzheitliche Beratung ab, sondern fokussiert insbesondere auf die Überprüfung der Qualität der Versorgung durch die Angehörigen.

Managements. Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist ein zentraler Bestandteil des Angebotes; etwa 70 Prozent der Beratungen finden bei den Betroffenen zuhause statt.

Beim Seniorensozialdienst sind sieben hauptamtliche Mitarbeitende, darunter ein Sachbearbeiter und sechs Sozialarbeiterinnen angestellt. Pro Jahr nehmen etwa 500 Personen die Angebote des Seniorensozialdienstes in Anspruch.

Das Angebot des Seniorensozialdienstes ist Teil der Regelversorgung. Der Seniorensozialdienst ist in seiner Funktion als kommunaler Sozialdienst fester Bestandteil des Stellenplanes der Behörde. Die Leistungen des Seniorensozialdienstes sind für die Nutzerinnen und Nutzer kostenlos.

„Soziale Informationsstelle (SIS)“:
Die Soziale Informationsstelle (SIS) in Bremerhaven wurde bereits in Box 4-8 und Box 4-9 vorgestellt. Am Anfang der Beratung durch die SIS steht immer eine Bedarfsermittlung, die im Rahmen eines Besuches der Sozialpädagoginnen zusammen mit einer bzw. einem Ehrenamtlichen in der eigenen Häuslichkeit der Betroffenen stattfindet.

„Der Kieler Senioren Lotse“:
Das Angebot wurde bereits in Box 4-7 und Box 4-8 dargestellt. Im Rahmen des Angebotes ist es Standard, dass der Unterstützungsbedarf der Zielgruppe vor Ort in der eigenen Häuslichkeit der Betroffenen ermittelt wird. Dadurch erhalten die Beraterinnen und Berater einen umfassenden Einblick in die Lebensumstände der Betroffenen. Oftmals werden nach Erfahrung der Verantwortlichen dadurch auch noch mehr Bedarfe identifiziert als diejenigen, die den Anlass für den Besuch bildeten.

Präventive Hausbesuche

Auch zugehende, d. h. proaktive, Beratungsangebote sind ein Mittel, um die Zielgruppe zu erreichen. Gleich mehrere der im Rahmen der Fachgespräche und der Vor-Ort-Besuche befragten Expertinnen und Experten brachten hier die präventiven Hausbesuche in Dänemark als vorbildlichen Ansatz ein. In Dänemark werden bei allen ab 75-Jährigen präventive Hausbesuche durchgeführt, die noch keine Unterstützungsleistungen der Gemeinde in Anspruch nehmen. In diesem Zusammenhang erhalten die Besuchten Informationen zum Älterwerden und zu ihren Leistungsansprüchen. Über die Besuche kann ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen aufgebaut und bestehende Hilfe- und Unterstützungsbedarfe ermittelt werden. Für die Zielgruppe wäre ein solches Angebot auch in Deutschland sinnvoll, weil es präventiv wirken und einer Unter- bzw. Fehlversorgung entgegenwirken könnte.

In Box 4-18 werden die präventiven Hausbesuche in Dänemark näher beschrieben sowie weitere Länder vorgestellt, in denen präventive Hausbesuche aktuell stattfinden bzw. in der Diskussion

sind. Auch in Deutschland wurden und werden seit mehreren Jahren präventive Hausbesuche im Rahmen von Modellprojekten bzw. Versorgungsverträgen erprobt, jedoch haben sie sich, auch aufgrund mangelnder Nachweise der positiven Auswirkungen, (noch) nicht durchgesetzt.

Box 4-18: (Internationale) Praxisbeispiele für präventive Hausbesuche

Seit 1998[218] sind alle Kommunen in **Dänemark** dazu verpflichtet, zweimal bzw. seit 2010 nur noch einmal im Jahr präventive Hausbesuche für Bürger ab 75 Jahren[219] anzubieten. Seit 2005 werden mit dem Angebot nur noch Menschen adressiert, die noch keine Unterstützungsleistungen der Gemeinde in Anspruch nehmen.[220]

Präventive Hausbesuche haben das Ziel, „ältere Menschen bei der Selbsthilfe zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, ihre eigenen Ressourcen optimal zu nutzen“[221]. Im Rahmen eines präventiven Hausbesuches sollen die individuellen Ressourcen und etwaige soziale und gesundheitliche Probleme erfasst werden. Den Betroffenen sollen Beratung und praktische Hilfe angeboten werden.[222]

Die Hausbesuche finden nur dann statt, wenn die angeschriebenen Älteren das Angebot auch annehmen. Im Jahr 2014 haben etwa 80 Prozent der dänischen Seniorinnen und Senioren am Programm der präventiven Hausbesuche teilgenommen.[223] Die Zahl derer, die die Einladung zu den Hausbesuchen annahmen, schwankte jedoch zwischen den Kommunen.[224] Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Gemeinden frei darüber entscheiden, welche Inhalte die Besuche haben welche Fachleute die Besuche vornehmen[225] und wie das präventive Programm organisiert wird.[226] Entsprechend gibt es eine große Variabilität in den Gemeinden hinsichtlich der Charakteristika der Hausbesuche. Das Ziel der Hausbesuche ist jedoch immer das oben beschriebene.[227]

---

[218] Bereits 1996 war es allen Gemeinden auferlegt worden, allen über 80-jährigen Einwohnern präventive Hausbesuche anzubieten. Der Act Nr. 1117 von Dezember 1995 "on preventive home visits to older people“ hat den Zweck, präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten für ältere Menschen zu stärken.

[219] 2016 wurde im Rahmen einer Gesetzesänderung eine gewisse Flexibilität hinsichtlich der Altersgrenze eingebaut. Bei Personen ab 80 Jahren müssen präventive Hausbesuche einmal im Jahr stattfinden, davor kann die Zahl der Besuche flexibler gestaltet werden. Bei einem Trauerfall, nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei ethnischen Problemen können auch gebrechliche Menschen zwischen 65 und 79 Jahren das Angebot in Anspruch nehmen.

[220] Vgl. Otto (2013).

[221] Otto (2013).

[222] Vgl. Vass (2015).

[223] Vgl. Artikel auf der Webseite des Ageing Horizons Bulletin in Kanada: http://aginghorizons.com/2014/01/best-practice-home-visits-empower-older-adults-in-denmark/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

[224] Vgl. Vass (2015).

[225] Präventive Hausbesuche werden in der Regel von ausgebildeten Krankenpflegekräften durchgeführt, die Beratung und Unterstützung bei gesundheitlichen und sozialen Problemen anbieten. Sie stellen keine Diagnosen (kein Gesundheits-Check), verschreiben keine Medikamente und überweisen ältere Menschen auch nicht an Fachärztinnen und -ärzte. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind kaum direkt involviert.

[226] Vgl. Vass (2015).

[227] Vgl. Otto (2013).

Der Nutzen präventiver Hausbesuche ist umstritten,[228] die Nachweise für deren Wirkungen sind widersprüchlich. Einige Reviews und Metaanalysen berichten von förderlichen Effekten auf die Sterblichkeit und die Eintrittsraten in Pflegeheime. Andere Untersuchungen haben jedoch keine Effekte gezeigt. Kein Effekt war signifikant in der Kohorte der 75-Jährigen.[229] Vass et al. (2007) hat jedoch herausgefunden, dass präventive Hausbesuche unter Verwendung individueller Assessments ältere Menschen erreichen, die normalerweise nicht im Gesundheitssystem erreicht werden, was einen Bezug zur hier betrachteten Zielgruppe darstellt.[230] [231]

Auch in anderen Ländern gibt es präventive Hausbesuche.

In **Japan** wird bei allen über 65-Jährigen, die noch keinen offiziellen Hilfe- und Pflegebedarf (z. B. Pflegestufe) besitzen, ein mit präventiven Hausbesuchen vergleichbares Screening zum Unterstützungs- und Pflegebedarf durchgeführt.[232]

In **Australien** gibt es seit 1998 sogenannte „Gesundheitsassessments", die auch in Form eines präventiven Hausbesuches angewendet werden können.[233]

Regionale Studien zu präventiven Hausbesuchen wurden bereits im Vereinigten Königreich**, den USA, in Kanada, in der Schweiz oder in Schweden** durchgeführt. Jedoch hat keines der Länder diese flächendeckend eingeführt (Stand 2013).[234]

Auch in **Deutschland** wurden und werden[235] seit mehreren Jahren präventive Hausbesuche im Rahmen von Modellprojekten bzw. Versorgungsverträgen erprobt.[236] Von einer flächendeckenden Einführung präventiver Hausbesuche ist Deutschland jedoch noch weit entfernt. In der aktuellen Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass noch weitere Studien, z. B. zur Bestimmung der Zielgruppe, den Zugangswegen oder der Anzahl der Hausbesuche, durchgeführt werden müssen.[237]

Das Problem bei präventiven Hausbesuchen ist einerseits die Frage nach deren Finanzierung und andererseits fehlt nach wie vor eine Langzeitbegleitung. Seit Anfang 2016 wird im Rahmen eines Interreg-Projektes zwischen Deutschland und

---

[228] Vgl. Hendriksen und Vass (2005).

[229] Vgl. Otto (2013).

[230] Ein Argument für die präventiven Hausbesuche ist, dass das Besuchsmodell Politikerinnen und Politikern sowie kommunalen Gesundheitsbehörden einen seltenen Einblick in das Leben der älteren Bevölkerung ermöglicht. Dadurch sind sie in der Lage, Initiativen und Aktivitäten nach den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung "maßzuschneidern". Kritische Stimmen bemängeln jedoch, dass das kommunale Interesse am Wohlbefinden der älteren Menschen zu stark kontrollierend und disziplinierend wirkt.

[231] Vgl. Vass et al. (2007).

[232] Vgl. Braeseke (2013).

[233] Vgl. Ebel (2013).

[234] Vgl. ebd.

[235] Aktuell plant die Stadt Hamburg präventive Hausbesuche modellhaft einzuführen.

[236] Das Zielspektrum reicht von Risikoreduktion hinsichtlich definierter Krankheiten über eine Vermeidung von Pflegeheim- und Krankenhausaufnahmen, Verbesserungen des funktionalen Status bis hin zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der Lebensqualität. Auch hinsichtlich der formalen und institutionellen Rahmenbedingungen, Zielgruppen, Art, Dauer und Intensität der durchgeführten Einzelmaßnahmen sowie personeller Ausstattung unterscheiden sich die Ansätze zum Teil erheblich. Studien zu den Effekten der präventiven Hausbesuche weisen eine große methodische Vielfalt auf und kommen zu widersprüchlichen Bewertungen der Wirksamkeit.

[237] Vgl. ebd.

Dänemark namens „WIPP“ (Welfare Innovations in Primary Prevention) eine solche Langzeitbetrachtung vorgenommen.[238]

Beratung an einem vertrauten Ort durchführen (z. B. Seniorentreffpunkt) anstatt in einer Behörde

Damit eine Beratung der Zielgruppe stattfinden kann, muss zuerst der Zugang zur Zielgruppe hergestellt werden. Stellt die Zielgruppe nicht von sich aus den Kontakt zu den Pflegeberaterinnen und -beratern her, ist eine zugehende, d. h. proaktive Beratung sinnvoll. Die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe sollte dabei an vertrauten Orten der Zielgruppe stattfinden. Dies legen auch die Ergebnisse der Studie zum Benchmarking der 16 größten Großstädte in Deutschland nahe. Entsprechende Angebote und Maßnahmen sollten nach Einschätzung der Verantwortlichen in den beteiligten Städten sozialräumlich orientiert sein. An ihnen bekannten Orten fühlen sich die Betroffen wohler, da sie hier vertraute Personen antreffen und ein gewohntes Umfeld vorfinden. Darüber hinaus sind die zurückzulegenden Wege kürzer, was vor allem für bewegungseingeschränkte Menschen vorteilhaft sein kann. Um die Nähe zur Zielgruppe und die Ansprechbarkeit zu gewährleisten, sollten aus Sicht der Verantwortlichen in den Städten insbesondere auch Standorte von Pflegestützpunkten und Beratungsstellen möglichst dezentral angesiedelt sein und eine Präsenz in Seniorentreffs (z. B. durch Sprechstunden) und ähnlichen Institutionen besitzen.[239]

Ein Praxisbeispiel dafür, wie eine Beratungsstelle in das vertraute Umfeld der Zielgruppe integriert werden kann, stellt die Soziale Informationsstelle (SIS) in Bremerhaven dar, die als Außenstelle des Sozialamtes an zwei der sechs Seniorentreffpunkte der Stadt angesiedelt ist. Etwaige Hemmungen der Zielgruppe, die Beratungsstelle aufzusuchen, können durch die Beratung in der vertrauten Umgebung abgebaut werden (Box 4-19).

Box 4-19: Praxisbeispiel für eine an einem Seniorentreffpunkt angeschlossene Beratungsstelle zur zugehenden Beratung

Die Besonderheit der **Sozialen Informationsstelle (SIS**) in Bremerhaven, die bereits in Box 4-8, Box 4-9 und Box 4-17 als Beispiel angeführt worden ist, besteht darin, dass sie an zwei der sechs städtischen Seniorentreffpunkte angesiedelt ist.

[238] Vgl. Webseite des Interreg-Programmes. Informationen zum Gesamtprogramm: http://www.interreg5a.eu/ueber-uns/interreg-de-dk/ (Seite zuletzt abgerufen: 07.09.2017) und zum Projekt „WIPP“: http://www.interreg5a.eu/projekte-ergebnisse/projektuebersicht/wipp/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017). Leadpartner in Deutschland ist die Landeshauptstadt Kiel und die Karl-Heinz-Howe-Simon-Fiedler-Stiftung (→ „Der Kieler Senioren Lotse“). Ein weiterer Projektpartner in Deutschland ist die AOK Nordwest. Das Projekt läuft noch bis September 2019. Das Interreg-Programm zwischen Deutschland und Dänemark wird von der Europäischen Union gefördert.

[239] Vgl. con_sens (2016).

Um sich beraten und helfen zu lassen, müssen die Seniorinnen und Senioren dank der SIS nicht unbedingt eine Behörde aufsuchen. Als Außenstelle des Sozialamtes kann die SIS viele Dinge selbst in die Wege leiten bzw. bei Bedarf Telefongespräche mit den entsprechenden Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern des Sozialamtes organisieren. Dadurch ist die Hemmschwelle, sich beraten zu lassen und Hilfe in Anspruch zu nehmen, für die Zielgruppe geringer.

Durch das gewohnte Umfeld und die ihnen durch den Besuch der Seniorentreffpunkte bereits bekannten Personen wird das Vertrauen in das Beratungsangebot und die Motivation zur Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen gestärkt.

Ermutigung und Motivation der Zielgruppe, Hilfen tatsächlich in Anspruch zu nehmen

Es ist auch wichtig, dass Haupt- und Ehrenamtliche die Zielgruppe dazu ermutigen und motivieren, ihr zustehende Hilfen auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Die Verantwortlichen des Praxisbeispieles „Der Kieler Senioren Lotse“ berichten beispielsweise, dass entsprechende Hemmnisse bei den Betroffenen abgebaut werden, wenn sie erkennen, dass sie den Ehrenamtlichen bzw. der Stiftung vertrauen können und diese ihnen wirklich helfen wollen.

Zusammenarbeit und Austausch mit Vertrauenspersonen der Zielgruppe

Um die Zielgruppe besser zu erreichen, kann es aus Sicht der Expertinnen und Experten eine gute Strategie sein, mit Vertrauenspersonen der Zielgruppe, z. B. in Kirchen, in Vereinen, in der offenen Seniorenarbeit oder in Wohnungsgesellschaften (Hausmeister) zusammenzuarbeiten und sich mit diesen Vertrauenspersonen auszutauschen. So entstehe leichter ein Vertrauensverhältnis zwischen Zielgruppe und Beratenden. Ein Praxisbeispiel hierfür bildet die Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“. Die Rekrutierung und Ermutigung der Zielgruppe zur Teilnahme an den wöchentlichen Frühstückstreffs erfolgt über die Sozialarbeiterinnen, die bei den Betroffenen im Auftrag der Beratungsstelle für Senioren in Göttingen Hausbesuche durchführen (Box 4-20). Auch hier spielt der persönliche Bezug zu den Sozialarbeiterinnen eine entscheidende Rolle.

Box 4-20: Praxisbeispiel für den erfolgreichen Zugang zur Zielgruppe über eine Vertrauensperson

„Hochbetagtengruppe Vergissmeinnicht“:
Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Beratungsstelle in Göppingen erhalten bei ihren Besuchen der Betroffenen in deren Häuslichkeit Kontakt zu einsamen Menschen, die sich vom Leben zurückgezogen haben und schwächer werden. Die Hausbesuche werden gezielt als Zugang zur Zielgruppe genutzt, um die Betroffenen im Sinne einer Folgemaßnahme zur Hochbetagtengruppe Vergissmeinnicht

einzuladen. Um die Menschen zu einem Besuch der Gruppe zu motivieren, bitten die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die alten Menschen dann oft um einen Gefallen („Kommen Sie für mich“). Die persönliche Beziehung zur Sozialarbeiterin bzw. zum Sozialarbeiter ist oft der Ausschlag für den ersten Besuch in der Gruppe.

Sensibilisierung möglicher Kontaktpersonen der Zielgruppe (z. B. Hausmeister, Ablesedienst, Hausärztin bzw. Hausarzt, medizinische Fachangestellte)

Ein weiterer Ansatz, der auch im Rahmen des Expertenworkshops als besonders wichtig eingeschätzt wurde, besteht in der Sensibilisierung möglicher Kontaktpersonen der Zielgruppe (z. B. Hausmeister, Ablesedienst, Hausarzt, medizinische Fachangestellte) und die Förderung einer „Kultur der Achtsamkeit“.

In Deutschland gibt es bereits einige Initiativen, die sich der Thematik annehmen. Diese sind jedoch teilweise eher unbekannt bzw. haben sich bis jetzt noch nicht bundesweit durchgesetzt. An dieser Stelle sollen zwei solcher Angebote exemplarisch vorgestellt werden. So hat der Seniorensozialdienst in Chemnitz ein „Frühwarnsystem“ entwickelt, dessen Ziel es ist, dass etwaige Auffälligkeiten bei älteren Personen (z. B. Verwahrlosung) an den Seniorensozialdienst gemeldet werden und dieser den Betroffenen dann Hilfe und Unterstützung anbieten kann. Auch die AOK hat im Quartier Essen Steele ein Netzwerk aus potenziellen Kontaktpersonen des täglichen Lebens der Zielgruppe im Quartier (z. B. Bäcker, Friseur) gebildet, das etwaige Bedarfe der Zielgruppe transparenter machen soll (Box 4-21).

Auch international gibt es entsprechende Ansätze, die auch in Deutschland erprobt werden könnten. Beispielsweise werden älteren alleinlebenden Menschen in einigen Städten in Japan sogenannte watch-over-services (zu deutsch: Überwachungsdienstleistungen) angeboten (Box 4-21).

Box 4-21: Praxisbeispiele für die Sensibilisierung der Kontaktpersonen der Zielgruppe

Seniorensozialdienst Chemnitz:
Der Seniorensozialdienst in Chemnitz hat ein „Frühwarnsystem“[240] im Sinne eines Schneeballsystems entwickelt, durch das einerseits das soziale Umfeld von Menschen in Notlagen oder Vereinsamung sensibilisiert wird und andererseits Schnittstellen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erschlossen werden, die das Anliegen in die Öffentlichkeit tragen können. Ziel ist es, die Aufmerksamkeit für die Zielgruppe zu erhöhen.

[240] Das Konzept ist ein Baustein des im Rahmen von Chemnitz+ für die Stadt Chemnitz im Aufbau befindlichen Vorsorgesystems. Das Frühwarnsystem (inklusive Fallbeispiel) ist im folgenden Newsletter zum Projekt Chemnitz+ ausführlich beschrieben: http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/newsletter/Newsletter_2_2015.pdf (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Bei der Entwicklung des Frühwarnsystems wurde auf Basis einer Befragung potenzieller Kooperationspartner (z. B. Medizinische Dienste der Krankenkassen, Pflegedienste, Ärzte, Behörden) Gefährdungssymptome (z. B. Tod des Lebenspartners, längerer Krankenhausaufenthalt) abgeleitet und diejenigen potenziellen Kooperationspartnerinnen und -partner identifiziert, die im Alltagsgeschehen Kontakt mit der Zielgruppe haben. Es handelt sich dabei sowohl um Bürgerinnen und Bürger als auch um öffentliche Stellen, wie z. B. Behörden (Polizei, Stadtverwaltung etc.), Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal, soziale Dienstleister (Haus- und Pflegedienstleister, Sanitätshäuser, Bestattungsinstitute), Beschäftigte im Wohnungswesen, Stadtteilakteure, Ehrenamtliche etc.

Die Sensibilisierung dieser Akteure erfolgt in der Regel durch entsprechende Vorträge der Mitarbeitenden des Seniorensozialdienstes. Zudem erhalten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Informationsmaterialien. Neben dem bereits in Box 4-13 beschriebenen Informationsschreiben mit dem Titel „Gesprächsbedarf …?“, das von den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an die Zielgruppe verteilt werden kann, hat der Seniorensozialdienst eine „Orientierungshilfe zur Situationseinschätzung von Hilfebedürftigkeit älterer Bürger“ entwickelt.[241]

Seitdem das Frühwarnsystem eingeführt worden ist, ist die Zahl der akuten Krisenfälle in Chemnitz (z. B. spätes Auffinden einer verwahrlosten und in einer Notsituation befindlichen Person in der Wohnung) deutlich zurückgegangen. Besonders gut funktioniert nach Aussage der Verantwortlichen die Zusammenarbeit mit dem Einwohnermeldeamt. Auch die Sensibilisierung der Polizei hat eine deutliche Wirkung gezeigt. Zudem ist seit Einführung des Frühwarnsystems die Zahl der Menschen, die sich für eine Beratung an den Seniorensozialdienst gewandt haben, deutlich angestiegen. Insgesamt konnten 2015 bei fast 60 Fällen Krisen abgewendet bzw. vermieden werden sowie eine individuelle Problemlösungen für die Betroffenen im Rahmen des Fallmanagements erarbeitet werden.

Initiative „Nähe“ (AOK Essen Steele):
Die ortsansässige Pflegeberatung der AOK hat im Stadtteil Essen Steele ein Netzwerk aus Dienstleistern des täglichen Lebens (u. a. Friseur, Getränkemarkt) aufgebaut. Die Idee dahinter ist, dass die Netzwerkpartnerinnen und -partner entsprechende Bedarfe der Zielgruppe an passende andere Netzwerkpartnerinnen und -partner weiterleiten (Beispiel: ältere Person erzählt Friseur von Bedarf nach Getränkelieferung, Friseur ruft bei Getränkemarkt an und vermittelt Person dorthin) bzw. bei Bedarf an die Pflegeberatung der AOK vermitteln.

Einmal im Quartal findet ein Stammtisch der Netzwerkpartnerinnen und -partner zum Austausch statt. Wenn Netzwerkpartnerinnen und -partner aus dem Netzwerk ausscheiden, rücken andere nach.

[241] Diese Schreiben besteht aus einer Checkliste mit Merkmalen der Zielgruppe, anhand derer man erkennen kann, dass ein Hilfe- bzw. Handlungsbedarf besteht. Zudem ist beschrieben, wie man durch entsprechendes Nachfragen bei den Betroffenen (z. B. nach Datum fragen, um herauszufinden, ob jemand dement ist) selbst ermitteln kann, ob ein Hilfebedarf besteht. Die „Orientierungshilfe zur Situationseinschätzung von Hilfebedürftigkeit älterer Bürger“ ist auf der Webseite des Seniorensozialdienstes als Download verfügbar: http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/downloaddateien/PS2/Orientierungshilfe_zur_Situationseinschaetzung_von_Hilfebeduerftigkeit_aelterer_Buerger.pdf (zuletzt abgerufen: 07.09.2017).

Zum Aufbau des Netzwerkes waren eingangs personelle Kapazitäten von Seiten der AOK notwendig (Anrufe bei möglichen Netzwerkpartnerinnen und -partnern tätigen etc.), ansonsten entstanden der Kasse keine weiteren Kosten.

„watch-over-services“ (Japan):
Die Regierung von Nerima City (Stadtbezirk von Tokio mit rund 700.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) hat im September 2014 mit 17 Organisationen (einschließlich einem Postdienstleister und einem einheimischen Gaslieferanten) eine Vereinbarung über ein „watch-over-Netzwerk“ für Ältere abgeschlossen und den bestehenden „watch-over-service“ mit der Unterstützung von privaten Organisationen (einschließlich Non Profit Organisationen und Freiwilligen-Organisationen, die gemeindebasierte Dienstleistungen anbieten) verbessert, erweitert und gestärkt.[242]

Die „watch-over-services“ sollen verhindern, dass Menschen, die alleine leben, in einer Notsituation keine Hilfe erhalten und ein Unfall bzw. deren Tod nicht bemerkt wird. Zu diesem Zweck melden Angestellte der Post- und der Gasanbieter in Tokio, wenn sie Haushalte älterer Menschen besuchen, um die Post zu verteilen bzw. den Gasometer abzulesen, etwaige Auffälligkeiten (z. B. eine große Anhäufung von Post im Briefkasten) direkt an das Beratungszentrum für Ältere, das sich dann vergewissert, ob es den entsprechenden Personen gut geht.[243]

Der "Hikarigoaka Community Council" in Nerima, der aus den Bewohner- und Verwaltungsgemeinschaften der Wohnkomplexe besteht, hat einen weiteren „watch-over-service“ eingerichtet. Im Rahmen dieser Dienstleistung befestigen die älteren Bewohnerinnen und Bewohner nach dem Aufstehen einen magnetischen Sticker an ihrer Haustür, auf dem die Nachricht "Mir geht’s gut" steht. Ein Freiwilliger prüft täglich, ob die Sticker an der Tür befestigt worden sind und legt diese für den nächsten Tag in den Briefkasten der entsprechenden Bewohnerinnen und Bewohner. Wird ein Sticker morgens nicht vorgefunden, wird direkt überprüft, ob mit den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern alles in Ordnung ist.[244]

Vermittlung von Wegweiser-Kompetenzen an das Personal in den Beratungsstellen, aber auch an sonstige mögliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Zielgruppe (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten)

Aus Sicht der Expertinnen und Experten ist es wichtig, an den Ressourcen und Möglichkeiten der Zielgruppe anzuknüpfen. Dazu muss das entsprechende Personal in den Beratungsstellen geschult und für die spezielle Situation der Zielgruppe sensibilisiert werden. Die Expertinnen und Experten berichten, dass die Betroffenen oftmals über Akteure im sozialen Bereich Hilfe und Unterstützung suchen, die nicht direkt Ansprechpersonen und Expertinnen und Experten in Sachen Pflege sind (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten). Insofern sei es

[242] Vgl. Cabinet Office Japan (2015).
[243] Vgl. ebd.
[244] Vgl. ebd.

wichtig, dass diese Akteure Wegweiser-Kompetenzen besitzen und die Betroffenen an die richtigen Beratungsstellen verweisen. Dies kann jedoch nur durch eine enge Vernetzung aller Akteure gelingen.

Netzwerkveranstaltungen und Austausch der Akteure vor Ort

Aus Sicht der Expertinnen und Experten spielen die Kommunen eine entscheidende Rolle bei der Sensibilisierung für die Zielgruppe, da sie auf eine bessere Vernetzung der Akteure vor Ort hinwirken und die entsprechenden Strukturen bereitstellen können (dies ist im PSG III bereits angelegt). So können vor Ort Netzwerkveranstaltungen organisiert und so der Austausch der Akteure vor Ort zur Entwicklung von Konzepten und Strategien gefördert werden. Durch den Austausch der Akteure können Ressortzuständigkeiten überwunden und träger- sowie ämterübergreifende Kooperationen stattfinden. Zudem fördern die Treffen eine enge Verzahnung von haupt- und ehrenamtlichen Angeboten.

An dieser Stelle sollen zwei Praxisbeispiele für eine gelungene Vernetzung vor Ort exemplarisch vorgestellt werden. Die „sozialen Arbeitskreise“, die von den Dienstleistungszentren in Bremen auf Bezirksebene organisiert werden, bringen mehrmals jährlich alle Akteure aus den jeweiligen Stadtbezirken zusammen, die sich um die Belange älterer Menschen kümmern. Ebenso gut untereinander vernetzt sind die Akteure in Chemnitz, allen voran der dort ansässige Seniorensozialdienst (Box 4-22).

Box 4-22: Praxisbeispiele für eine gelungene Vernetzung der Akteure vor Ort

„Soziale Arbeitskreise“ der Dienstleistungszentren (Hansestadt Bremen):
Die sogenannten Dienstleistungszentren in der Hansestadt Bremen sind Beratungsstellen, die mit einem festen Zuschnitt in Bezirke über die Stadt verteilt sind. Sie vermitteln niedrigschwellige Betreuungs- und Begleitangebote (u. a. auch Nachbarschaftshilfen) und sind in ihren Bezirken Dreh- und Angelpunkte für ältere Menschen bzw. Pflegebedürftige.

Die Dienstleistungszentren führen in den jeweiligen Bezirken mehrmals jährlich „soziale Arbeitskreise“ durch, bei denen alle Einrichtungen, die sich mit Menschen über 60 Jahre befassen, an einen Tisch kommen (z. B. Kirchen, Kontaktbeamte der Schutzpolizei, Pflegedienste, Heime etc.). Sie treffen sich, tauschen sich darüber aus, was sich um Quartier tut, wo was zu tun ist, was gut bzw. schlecht läuft und leiten dann entsprechende Empfehlungen an die Politik oder die entsprechenden Ämter weiter (z. B. Notwendigkeit eines Fußgängerüberweges oder von Bänken im Park).

Seniorensozialdienst Chemnitz:
Der Seniorensozialdienst in Chemnitz ist mit den relevanten Akteuren vor Ort vernetzt. In Sachsen ist die Voraussetzung hierfür durch die Pflegenetze und die vernetzte Pflegeberatung gegeben.

Der Seniorensozialdienst in Chemnitz tauscht sich regelmäßig mit zentralen haupt- und ehrenamtlichen Akteuren im Sozialraum Chemnitz aus (Pflegenetz, Demenznetz, Leitungsstammtisch Pflege, Begegnungsstätten für Senioren etc.). Die Sozialarbeiterinnen selbst sind bei den Gemeinwesensrunden dabei, wodurch sie den Akteuren vor Ort bekannt und entsprechend gut mit diesen vernetzt sind (z. B. Klinikum, Polizei).

Die Kooperation mit den Kliniken und den dort verorteten Sozialdiensten funktioniert nach Aussage der Verantwortlichen gut. Beim Übergang in die Häuslichkeit wird der Seniorensozialdienst informiert und übernimmt den Fall. Schwieriger ist die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hier findet nur in Einzelfällen eine Kooperation statt, obwohl bereits versucht wurde über einen Ärztebrief den Austausch zu erhöhen. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten aus Sicht der Verantwortlichen am ehesten mit den Pflegediensten zusammen.

Zentral ist bei der Vernetzung der Akteure, dass der Austausch über Ressortgrenzen hinaus stattfindet. So regte der Deutsche Verein in seiner 2016 abgegebenen Stellungnahme zum Referentenentwurf des PSG III an, einen sektorenübergreifenden Pflegeausschuss einzuführen[245]: „Die Relevanz der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung für eine gute pflegerische und medizinische Versorgung der Bevölkerung wird durch die Regelung des § 8a Abs. 2 SGB XI-E[246] deutlich. Um dieses Ziel zu erreichen, hält der Deutsche Verein es jedoch für unabdingbar, in der Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Ausschüsse durch die Länder über die in der vorgeschlagenen Vorschrift genannten ärztlichen Leistungserbringer hinaus auch die Leistungserbringer in der Pflege sowie in anderen Gesundheitsprofessionen zwingend einzubeziehen. Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung erfordert von Anfang an eine Beteiligung aller maßgeblichen Akteure. Dazu gehören auch die Wohlfahrtsverbände, Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen und die Betroffenenverbände.“[247] In diesem Kontext weist der Deutsche Verein darauf hin, dass es in jedem Bundesland bereits einen Landespflegeausschuss gibt. Zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Versorgung sollte daher nach Ansicht des Deutschen Vereins ein entsprechender Unterausschuss beim Landespflegeausschuss gebildet werden.[248]

[245] Für den Pflegebereich gibt es bereits die Landespflegeausschüsse nach § 8a SGB XI.
[246] Hier und im Folgenden nimmt der Deutsche Verein Bezug auf die Entwurfsversion des PSG III.
[247] Deutscher Verein (2016).
[248] Vgl. Deutscher Verein (2016).

Ein bereits existierendes Praxisbeispiel für ein sektorenübergreifendes Gremium ist die Fachkonferenz „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ der Hansestadt Bremen. Es treffen sich dort sowohl Vertreter aus dem Bereich Gesundheit als auch aus dem Bereich Soziales regelmäßig zum gemeinsamen Austausch (Box 4-23). Die enge Vernetzung ist aus Sicht der Verantwortlichen ein großes Plus in der Hansestadt Bremen. Insbesondere der Informationsaustausch zwischen dem ambulanten Bereich und den Krankenhaus-Sozialdiensten sei gerade auch für die Zielgruppe enorm wichtig.

Box 4-23: Praxisbeispiel für ein sektorenübergreifendes Gremium für den Austausch der Akteure vor Ort

In Bremen gibt es seit vielen Jahren die **Fachkonferenz „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“**. Dort treffen sich die Krankenhaus-Sozialdienste aus den Akut- und Rehakliniken, der Sozialdienst der Krebsberatungsstelle, der Pflegestützpunkt, der kommunale Sozialdienst und bei Bedarf weitere Akteure einmal monatlich für zwei Stunden. Ziel der Treffen ist es, sich darüber auszutauschen, welche Angebote es gibt, ob Versorgungslücken bestehen und wo ggf. mit Projekt- und Innovationsförderung eine Steuerung erforderlich ist.

Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zur Bedarfsdeckung

Bei der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote waren immerhin etwas weniger als die Hälfte der 22 genannten zielgruppenspezifischen Beratungsangebote nicht Teil der Regelversorgung.

Der Bedarf der Zielgruppe nach Orientierung und einer zentralen Ansprechperson bzw. einer zentralen Koordinierungsstelle für die Organisation der pflegerischen und sonstigen Versorgung wird im derzeitigen System aus Sicht der Expertinnen und Experten nicht (ausreichend) gedeckt. Es besteht zwar ein gesetzlicher Anspruch auf eine ganzheitliche Beratung durch die Pflegekassen gemäß § 7a SGB XI. Bei anderen Beratungsinstitutionen ist ein Case und Care Management noch keine Standardleistung.

Es gibt derzeit eine Vielzahl an Beratungsangeboten zu unterschiedlichen Themen. Diese sind jedoch nach Einschätzung der Expertinnen und Experten nicht gut miteinander vernetzt und auch selten ganzheitlich ausgerichtet. Adolph und Ulrich (2015) bezeichnen die Pflegeberatungslandschaft in Deutschland als sehr unübersichtlich: „Bisher gibt es kein klares politisches Konzept, wie ein flächendeckendes abgestuftes Beratungsnetz aussehen soll,

das sich ergänzende Angebote, die auf nationaler, länder- und kommunaler Ebene vorzuhalten sind, beschreibt."[249]

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden im Jahr 2009 Pflegestützpunkte in Deutschland eingerichtet.[250] Angedacht war bei deren Einführung ein Ausbau auf einen Pflegestützpunkt pro 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner. In dieser Dichte wurden die Pflegestützpunkte in den meisten Bundesländern jedoch nie ausgebaut. Im Jahr 2016 gab es in Deutschland knapp 400 Pflegestützpunkte.[251] [252] Die Expertinnen und Experten berichten zudem, dass es in den bestehenden Pflegestützpunkten keine einheitlichen Standards gebe, auch wegen der unterschiedlichen Trägerstrukturen. Zudem sei die für die Zielgruppe so wichtige Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die zugehende Beratung derzeit nicht regelhaft organisiert.

Laut Adolph und Ulrich (2015) besteht in vielen ländlichen Regionen eine Unterversorgung mit unabhängigen Beratungsangeboten, die von den Ratsuchenden persönlich aufgesucht werden können oder die Beratungen in der eigenen Häuslichkeit anbieten. Außerdem mangle es den Beratungsstellen nicht selten an spezifischen Kenntnissen der Versorgungssituation vor Ort.

Bei der im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Befragung von Anbietern zielgruppenspezifischer Angebote stellte sich heraus, dass das Personal in den genannten Angeboten mit Hauptfokus auf Beratung zu 80 Prozent hauptamtlich tätig ist. Werden Ehrenamtliche bei der Beratung eingesetzt, so sind diese aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten durchaus ausreichend geschult, sodass es nicht zwingend zu einem Qualitätsverlust bei der Beratung im Vergleich zu Hauptamtlichen kommt.

Einige Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass die Beraterinnen und Berater meist für die speziellen Bedarfe der Ziel-

---

[249] Adolph und Ulrich (2015).

[250] Die Bundesländer Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine Pflegestützpunkte, sondern setzen auf eine „vernetzte Pflegeberatung". Die Beratung findet dort bei Pflegekassen und Kommunen statt.

[251] Vgl. Kirchen-Peters und Nock (2016). Die größte Versorgungsdichte erreicht Rheinland-Pfalz, wo ein Pflegestützpunkt für rund 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig ist. Vergleichbar hoch ist die Dichte zudem im Saarland, in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (je ein Pflegestützpunkt auf ca. 125.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Einige wenige Pflegestützpunkte haben Einzugsgebiete von über einer Mio. Einwohnerinnen und Einwohner. Dies ist u. a. in Bayern der Fall, wo es jedoch eine Arbeitsteilung zwischen Pflegestützpunkt und einer intensiv betriebenen Pflegeberatung der Kassen gibt. Auch in Thüringen ist die Versorgungsdichte sehr gering. Hier lagen den Autorinnen und Autoren jedoch keine weiteren Informationen zur Umsetzung der Pflegeberatung vor.

[252] Pflegestützpunkte stellen nur eine von vielen Beratungsstrukturen dar. Gibt es in einer Region ausreichend viele sonstige Beratungsstrukturen für Pflegebedürftige, stellt das Nichtvorhandensein eines Pflegestützpunktes nicht unbedingt ein Problem dar. Problematisch wird es jedoch, wenn keine sonstigen adäquaten Beratungsstellen existieren.

gruppe sensibilisiert sind, weniger jedoch die Pflegenden, beispielsweise in den ambulanten Pflegediensten. Dies mag auch an fehlenden Anreize im System liegen (Schnittstellenproblematik). Einzelne Expertinnen und Experten haben angemerkt, dass der Zugang zu Beratung dadurch erschwert wird, dass es an Personal in den Beratungsstellen fehlt bzw. die entsprechenden Beratungsangebote nicht (vor Ort) existieren.

Im Rahmen der Vor-Ort-Besuche, aber auch der sonstigen Gespräche mit den Expertinnen und Experten wurde deutlich, dass die Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten meist schwierig ist. Dabei ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt gerade für ältere Menschen meist eine zentrale Ansprechpartnerin bzw. ein zentraler Ansprechpartner bei Problemen, sodass der Zielgruppe über diese bzw. diesen rein theoretisch ein niedrigschwelliger Zugang zum Pflegesystem ermöglicht werden könnte. Derzeit fehlen den Hausärztinnen und Hausärzten jedoch die Anreize, die entsprechenden Fälle an den Pflegebereich weiterzugeben bzw. zu melden.

4.3.4 Ermöglichung von Mobilität

Eingeschränkte Mobilität kann durch zu wenige Angebote und unzureichende Infrastruktur, aber auch durch mangelnde finanzielle Ressourcen bedingt sein. Direkt damit zusammenhängt auch immer die Möglichkeit der sozialen Teilhabe, die – wie in Kapitel 4.3.2 gezeigt – von sehr hoher Bedeutung für die Zielgruppe ist. So können beispielsweise fehlende Aufzüge in mehrstöckigen Wohnhäusern, Barrieren im öffentlichen Raum und im Nahverkehr sowie ein mangelnder Zugang zu Mobilitätshilfen zu unüberwindbaren Barrieren sozialer Teilhabe werden.[253] Entsprechend bildet die Ermöglichung von Mobilität eine der zentralen Bedarfslagen der Zielgruppe.

4.3.4.1 Lebenslagen und spezifische Bedarfe der Zielgruppe

Mobilitätseinschränkungen der Zielgruppe aufgrund von geringen sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen

Während die im Rahmen der Untersuchung von Bauer und Büscher (2007) Befragten mit einem geringen sozialen Status auf ihr unmittelbares Wohnumfeld beschränkt sind, reicht der typische

[253] Vgl. Alisch und Kümpers (2015).

Aktionsradius im gehobenen Milieu durchaus über das Wohnquartier hinaus. Möglich wird dies durch den Rückgriff auf soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital.[254] Vor allem Frauen in Einpersonenhaushalten und mit brüchigen Erwerbsbiografien sind von finanziell bedingten Mobilitätseinschränkungen im Alter betroffen.[255]

Bedarf an einem barrierefreien Wohnumfeld

Ein weiterer zentraler Faktor für die Zielgruppe ist die Mobilität in ihrer Wohnumgebung. Die Möglichkeit auch außerhalb der eigenen Wohnung mobil zu sein, erleichtert den Zugang zu gesundheits- und versorgungsrelevanten Informationen und Ressourcen und ist zudem zentral für ein selbstbestimmtes Leben.[256]

Auch die befragten Expertinnen und Experten bestätigten, dass das Wohnumfeld mit der Zunahme der Gebrechlichkeit von älteren Menschen an Bedeutung gewinnt, da diese keine größeren Distanzen mehr überwinden können. Auch fehlende finanzielle Ressourcen führen nach Meinung der Expertinnen und Experten in ärmeren Milieus dazu, dass der Aktionsradius der Zielgruppe sehr eng ist; die sozialen Kontakte begrenzen sich meist auf das eigene Quartier. Entsprechend wichtig sei es daher für die Zielgruppe, dass die Versorgung im Quartier gewährleistet ist und entsprechende Angebote barrierefrei erreichbar sind.

Bedarf an Zugang zu Transportmitteln

Darüber hinaus muss der Zielgruppe die Möglichkeit geboten werden, die eigene Wohnung zu verlassen und außerhalb der Wohnung mobil zu sein. Dies ist einerseits durch die Schaffung eines Zuganges zu Transportmitteln (Fahrdienst/ Transportservice) möglich.[257] Andererseits wird die Mobilität der Zielgruppe auch durch eine Wohnumgebung mit kurzen Wegen erleichtert.[258]

Bedarf an Vernetzung der relevanten Akteure vor Ort

Entsprechende Bedarfe und Ansätze zur Deckung der Bedarfe der Zielgruppe sollten vor Ort im Austausch der verantwortlichen Akteure identifiziert bzw. umgesetzt werden. Hierzu ist eine

[254] Vgl. Bauer und Büscher (2007).
[255] Vgl. Nuissl et al. (2015).
[256] Vgl. Nuissl et al. (2015).
[257] Vgl. Pawletko (2014).
[258] Vgl. Böger und Huxhold (2014).

entsprechende Vernetzung der Akteure vor Ort notwendig. Eine adäquate Vernetzung der Verantwortlichen vor Ort wurde auch im Rahmen des Expertenworkshops als besonders wichtig für die Zielgruppe eingeschätzt.

4.3.4.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Tabelle 4-8 gibt vorab einen Überblick über die entsprechenden spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext der Ermöglichung von Mobilität identifizierten Ansätze zu deren Deckung.

Tabelle 4-8: Überblick über die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich der Ermöglichung von Mobilität

Spezifische Bedarfe der Zielgruppe	Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe
Barrierefreies Wohnumfeld	▪ Barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Räumen (u. a. Beratungsstellen), Haltestellen und Verkehrsmitteln/ adäquate, fußläufige Versorgungsinfrastruktur im Quartier (u. a. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen)
Zugang zu Transportmitteln	▪ Kostenlose bzw. kostengünstige Hol- und Bringdienste
Vernetzung der relevanten Akteure vor Ort	▪ Regelmäßiger Austausch zwischen den relevanten Akteuren vor Ort

Quelle: Prognos AG 2017

Barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Räumen (u. a. Beratungsstellen), Haltestellen und Verkehrsmitteln/ adäquate, fußläufige Versorgungsinfrastruktur im Quartier (u. a. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen)

Ein Ansatz zur Verbesserung der Mobilität in der Wohnumgebung ist die barrierefreie Gestaltung von öffentlichen Räumen, Haltestellen und Verkehrsmitteln (z. B. barrierefreier Zugang zu Beratungseinrichtungen, Arztpraxen). So sollte eine Beratungseinrichtung beispielsweise mit dem ÖPNV erreichbar sein, einen barrierefreien Zugang und barrierefreie Räumlichkeiten haben. Außerdem muss eine adäquate, fußläufige Versorgungsinfrastruktur im Quartier gewährleistet sein (u. a. ausreichende Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen).[259]

Kostenlose bzw. kostengünstige Hol- und Bringdienste

Um die Mobilität der Zielgruppe in ihrer Wohnumgebung zu verbessern, ist sowohl in der Literatur als auch im Gespräch mit den Expertinnen und Experten regelmäßig die Einrichtung von kostenlosen bzw. kostengünstigen Hol- und Bringdiensten im Quartier

[259] Vgl. Nuissl et al. (2015).

bzw. Sozialraum als Ansatz gefallen. Diese können von der Zielgruppe z. B. für die Fahrt zum Arzt, zur Behörde, zu Freizeitaktivitäten/ zum Seniorentreff, zum Pflegeberatungstermin oder zum Einkaufen genutzt werden und so auch die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe fördern. Zentral ist für die Zielgruppe hierbei aus Sicht der Expertinnen und Experten jedoch nicht nur das Transportangebot an sich, sondern auch die Organisation der Wegbegleitung durch Ehrenamtliche, um die Selbstständigkeit der Zielgruppe zu fördern (gegen eine Aufwandsentschädigung für die Ehrenamtlichen, z. B. für den Kauf einer Fahrkarte für den ÖPNV). Wichtig sei zudem ein koordinierter Einsatz von Fahrdiensten, um die Wartezeiten für die Betroffenen gering zu halten. Gerade für armutsgefährdete Pflegebedürftige sind bzgl. der Transportmittel kostengünstige Angebote wichtig, beispielsweise im Rahmen einer finanziellen Förderung von Bürgerbussen sowie die Organisation nachbarschaftlicher Mitfahrgelegenheiten für Freizeitaktivitäten.[260]

Es gibt in der Praxis bereits einige Beispiele für entsprechende Hol- und Bringdienste in Deutschland, teilweise auch mit integrierter Begleitung durch Ehrenamtliche. An dieser Stelle sollen exemplarisch das Angebot „Begleitmobil“ des Vereins buefet e. V. in Kirchheim unter Teck sowie die Mobilitätshilfedienste in Berlin vorgestellt werden. In Schweden haben ältere und behinderte Menschen sogar einen gesetzlichen Anspruch auf individuelle Bring- und Fahrdienste (Box 4-24).

Box 4-24: Praxisbeispiele für Hol- und Bringdienste

Begleitmobil:
Das Angebot „Begleitmobil“ des Vereins buefet e. V. in Kirchheim unter Teck wurde bereits in Box 4-10 in Kapitel 4.3.2.2 ausführlich beschrieben. Neben einem Fahrdienst bietet der Verein auch eine Begleitung durch Ehrenamtliche an.

Mobilitätshilfedienste (Berlin):[261]
Das seit mehr als 20 Jahren bestehende Modell der Berliner Mobilitätshilfedienste ist als gesamtstädtisches Vorhaben bundesweit einmalig. Die Dienste sind über eine Koordinationsstelle vernetzt und arbeiten nach einheitlichen Qualitätsstandards. Sie werden von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gefördert.

Die Begleitdienste adressieren Menschen, die in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind und aufgrund von Alter, Behinderung oder Krankheit ihre Wohnung nicht mehr aus eigener Kraft verlassen können. Die Mobilitätshilfedienste umfassen die Begleitung zu Terminen aller Art, z. B. zum Einkaufen, zu kulturellen Veranstaltungen oder zum Spazierengehen.

[260] Vgl. ebd.

[261] Vgl. auch Webseite der Mobilitätshilfedienste in Berlin: http://www.berliner-mobilitaetshilfedienste.de/index.html (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Die Mobilitätshilfedienste können gegen eine geringe Bearbeitungsgebühr in Anspruch genommen werden. Als Eigenbeteiligung wird ein geringer Betrag erhoben. Es gibt einen ermäßigten Betrag für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter, Sozialgeld etc. (40 Euro pro Jahr; Normalbetrag: 80 Euro pro Jahr). Die Beträge können jährlich oder halbjährlich geleistet werden; eine einmalige Begleitung kostet fünf Euro.

Die Mobilitätshilfedienste in Berlin können die Nachfrage vor Ort nach Aussage der Expertinnen und Experten schon lange nicht mehr decken, obwohl sie nicht sehr bekannt sind. Mittlerweile gibt es pro Stadtbezirk einen Mobilitätshilfedienst.

Individuelle Bring- und Fahrdienste auf kommunaler Ebene (Schweden):
Ältere und behinderte Menschen haben in Schweden einen gesetzlichen Anspruch auf eine Fahrbereitschaft mit dem Taxi oder einem speziellen Fahrzeug. Dies gilt für Personen, die keine allgemeinen Verkehrsmittel benutzen können. Über die Hälfte der Fahrdienstberechtigten in Schweden ist über 80 Jahre alt.[262] 2014 wurden elf Mio. dieser Fahrten in Schweden durchgeführt; das sind im Durchschnitt 35 Fahren pro berechtigter Person im Jahr.[263]

Regelmäßiger Austausch zwischen den relevanten Akteuren vor Ort

Um die Vernetzung der relevanten Akteure vor Ort zu verbessern, sollten diese sich regelmäßig zur Durchführung zielgruppenspezifischer Maßnahmen und zur adressatengerechten Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur austauschen. Wichtig ist hier aus Sicht der Expertinnen und Experten, dass bereits vorhandene Strukturen bei der Entwicklung neuer Strukturen genutzt werden und kein „Nebeneinander“ von Unterstützungsstrukturen entsteht. Beim Austausch der lokalen Akteure sollte auch die Zielgruppe auf die Agenda gesetzt werden. Ggf. könnten die Treffen vom Quartiersmanager koordiniert werden. Als Beispiel aus der Praxis sollen an dieser Stelle die „sozialen Arbeitskreise“ der Dienstleistungszentren sowie die Fachkonferenz „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“ der Hansestadt Bremen angeführt werden, die bereits in Box 4-22 bzw. Box 4-23 in Kapitel 4.3.3.2 vorgestellt worden sind.

Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zur Bedarfsdeckung

Im Rahmen der Fachgespräche mit den Expertinnen und Expertinnen attestierten diese für das Bundesgebiet einen nach wie vor bestehenden Mangel an barrierefrei zugänglichen Angeboten für die Zielgruppe im Wohnumfeld.

---

[262] Vgl. Schwedisches Institut (2007).

[263] Vgl. Beitrag auf der offiziellen Webseite für Fakten über Schweden: https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Mobilitätshilfedienste werden aus Sicht der Expertinnen und Experten gerne von der Zielgruppe in Anspruch genommen, stellen jedoch gelegentlich zu hohe Anforderungen an die Organisationsfähigkeit der Älteren. Teilweise seien die Angebote auch weder bei den Pflegebedürftigen noch bei sonstigen Akteuren gut bekannt bzw. würden nicht systematisch vermittelt. Dies liegt auch daran, dass Mobilitätshilfedienste häufig ungesichert bzw. projektmäßig finanziert werden. Pflegedienste und Freizeitanbieter erkennen zwar die Problematik, sehen sich, unter Verweis auf fehlende eigene Ressourcen jedoch nicht selbst in der Verantwortung, selbstbestimmte außerhäusliche Mobilität zu gewährleisten.[264]

4.4 Handlungsempfehlungen

Die im Folgenden ausgeführten Handlungsempfehlungen basieren auf den Ergebnissen des im Rahmen des Projektes durchgeführten Expertenworkshops im Mai 2017. Dort wurden von den anwesenden Expertinnen und Experten Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe der Zielgruppe benannt[265] und auf deren Basis Handlungsempfehlungen entwickelt.[266] Diese wurden von Prognos stellenweise nachträglich um relevante zusätzliche Erkenntnisse aus Kapitel 4.3 ergänzt. Zum anderen wurden Ansätze zur Deckung von spezifischen Bedarfen der Zielgruppe, die in Kapitel 4.3 vorgestellt worden sind und bei welchen ein großer Handlungsdruck von den Beteiligten konstatiert wurde, von Prognos zu eigenen Handlungsempfehlungen ausgearbeitet.

1. Sicherstellung der verlässlichen Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs auf eine (ganzheitliche) Beratung in der eigenen Häuslichkeit (Case und Care Management)

Wie bereits in Kapitel 4.3.3 beschrieben, besteht für Pflegebedürftige gemäß § 7a SGB XI ein gesetzlicher Anspruch auf eine ganzheitliche Beratung in der eigenen Häuslichkeit: Die Pflegeberatung kann „auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der

---

[264] Vgl. Falk et al. (2011).

[265] Im Rahmen des Workshops wurden den Expertinnen und Experten die in den bis dato erfolgten Arbeitsschritten generierten Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Zunächst wurden die bis dato im Rahmen der Untersuchung identifizierten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe präsentiert und anschließend von den Expertinnen und Experten ergänzt, diskutiert und priorisiert. Danach wurden die Ansätze zur Deckung der von den Expertinnen und Experten priorisierten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe vorgestellt und ebenso von den Expertinnen und Experten ergänzt, diskutiert und priorisiert. Abschließend wurden auf Basis der priorisierten Ansätze Handlungsempfehlungen erarbeitet. Aus zeitlichen Gründen konnten im Rahmen des Workshops nicht zu allen von den Expertinnen und Experten priorisierten Ansätzen Handlungsempfehlungen ausgearbeitet werden. Für weitere Informationen zum Workshop, siehe Kapitel 2.5.

[266] Es wurden dabei lediglich diejenigen Handlungsempfehlungen in den Bericht aufgenommen, die sich auch aus den in den vorherigen Unterkapiteln abgeleiteten spezifischen Bedarfen und Ansätzen zu deren Deckung ableiten lassen.

Einrichtung, in der diese Person lebt“ erfolgen. Die Pflegekassen sind gemäß § 7b SGB XI dazu verpflichtet, dem Antragstellenden unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen entweder unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Voraussetzung dafür, dass der Anspruch auf eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit auch von den Betroffenen eingelöst werden kann, ist es, dass überall entsprechende Angebote vor Ort vorgehalten werden.[267] Die verlässliche Umsetzung des vorhandenen gesetzlichen Anspruchs auf eine (ganzheitliche) Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 7a SGB XI ist aus Sicht der Expertinnen und Experten, die am Expertenworkshop teilgenommen haben, jedoch derzeit in der Beratungspraxis noch nicht überall gegeben. Es bestehen offenbar institutionell bedingte Umsetzungsprobleme, auch was das Angebot einer ganzheitlichen Beratung (Case und Care Management) angeht.

Die Beratung der Zielgruppe in der eigenen Häuslichkeit sollte aus Sicht der Expertinnen und Experten unbedingt im Sinne einer ganzheitlichen Beratung erfolgen (Case und Care Management). Um eine umfassende Beratung „aus einer Hand“ leisten zu können, müssen die entsprechenden Beraterinnen und Berater einen umfassenden Überblick über die bestehenden regionalen (Beratungs-)Angebote haben. Die Expertinnen und Experten berichten, dass aufgrund der sehr heterogenen Beratungsstrukturen aktuell oft selbst von Seiten der Kommunen und Städte kein wirklicher Überblick über die vorhandenen Angebote gegeben ist. Ggf. wäre der Aufbau bzw. die Pflege entsprechender Datenbanken oder sonstiger Informationsplattformen hilfreich, sowohl für die Betroffenen als auch für die Beraterinnen und Berater vor Ort.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten sollte die ganzheitliche Pflegeberatung nicht nur in der eigenen Häuslichkeit, sondern beispielsweise bei einem Krankenhausaufenthalt der Betroffenen auch direkt im Krankenhaus möglich sein, um die für die Zielgruppe besonders kritische Schnittstelle zwischen Primär- und Langzeitversorgung besser abzudecken (siehe auch Handlungsempfehlung 5).

Aus der Handlungsempfehlung ergibt sich kein direkter gesetzlicher Handlungsbedarf, da bereits ein entsprechender gesetzlicher

[267] Gesetzlich zur Vorhaltung entsprechender Beratungsangebote verpflichtet sind jedoch nur die Pflegekassen.

Anspruch besteht. Jedoch könnte das BMG in Zukunft verstärkt Einfluss darauf nehmen, dass der gesetzliche Anspruch auf eine ganzheitliche Beratung in der eigenen Häuslichkeit auch in der Praxis stärker gelebt wird. Zudem könnte der Gesetzgeber darauf hinwirken, dass die bis zum 31. Juli 2018 vom GKV-Spitzenverband zu entwickelnden Richtlinien zur Pflegeberatung zielgruppengerecht ausgestaltet werden (z. B. durch die Sicherstellung der Verfügbarkeit einer zentralen Ansprechperson für die Zielgruppe). Außerdem könnte das BMG die ab dem Jahr 2020 vorzulegenden Berichte nach § 7 Abs. 9 SGB XI gezielt daraufhin prüfen, inwiefern der gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen wird.

Im Informationsschreiben der Pflegekassen zur Pflegeberatung muss auf die Möglichkeit der Beratung in der eigenen Häuslichkeit hingewiesen werden. Möglicherweise könnte der Anspruch auf eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit von den entsprechenden Beratungsstellen über das Anschreiben hinaus noch offensiver publik gemacht werden, beispielsweise durch zielgruppengerechte Materialien (Flyer in einfacher und verständlicher Sprache etc.). Die Pflegeberaterinnen und -berater könnten die Zielgruppe (sofern sie denn als solche erkennbar ist; hier könnte das Personal entsprechend geschult werden) zudem aktiv zu einer Beratung in der eigenen Häuslichkeit motivieren.

Zur Sicherstellung der Beratung vor Ort, sollten die Kommunen und die Pflegekassen grundsätzlich enger zusammenarbeiten. Ein Ansatzpunkt könnte hierbei der § 8a Abs. 2 SGB XI darstellen, der mit dem PSG II eingeführt wurde und vorsieht, dass nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet werden kann. Hierüber könnte auch die bessere Vernetzung der bestehenden Beratungsangebote vorangetrieben werden.

2. Verknüpfung von Beratung und Vermittlung von niedrigschwelligen, ehrenamtlichen Angeboten

Eine zielgruppenspezifische Ausgestaltung von Beratungsangeboten sowie die Ermöglichung sozialer Teilhabe und Mobilität stellen die zentralen Bedarfslagen der Zielgruppe dar. Als zentrale Ansätze zur Deckung des spezifischen Bedarfes der Zielgruppe nach sozialer Teilhabe wurden in Kapitel 4.3.2.2 beispielsweise ehrenamtliche Besuchsdienste genannt. Kostenlose bzw. kostengünstige Hol- und Bringdienste wie sie in Kapitel 4.3.4.2 beschrieben werden, wurden als zentraler Ansatz zur Ermöglichung von Mobilität und damit auch von sozialer Teilhabe genannt.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten, die am Expertenworkshop teilgenommen haben, sollte mittelfristig die Beratung der Zielgruppe mit der Vermittlung von niedrigschwelligen, ehrenamtlichen Angeboten (wie beispielsweise Besuchsdiensten oder kostenlosen bzw. kostengünstigen Hol- und Bringdiensten) durch den Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene verknüpft werden. Dann könnten entsprechende Unterstützungsangebote direkt von den Beraterinnen und Beratern in den Beratungsstellen an die Betroffenen vermittelt werden.

Um die Verknüpfung zu realisieren bzw. die Beratung aller relevanten Zielgruppen sicherzustellen, bedarf es nach Ansicht der Expertinnen und Experten hinreichender (personeller) Kapazitäten bei den Kassen und den Kommunen. Ggf. müsste die Zahl der Beraterinnen und Berater in den entsprechenden Beratungsstellen aufgestockt werden. Denkbar wäre einerseits die Einrichtung einer zusätzlichen Beraterstelle, die sämtliche Verknüpfungstätigkeiten übernimmt. Es wäre andererseits auch möglich, die Tätigkeitsprofile der Beraterinnen und Berater um die Verknüpfungstätigkeit zu erweitern und ggf. zusätzliche Beraterinnen und Berater einzustellen.

In einem ersten Schritt könnten von Expertinnen und Experten aus der Praxis Empfehlungen für die Praxis zum Umgang mit der Zielgruppe erarbeitet werden. In einem zweiten Schritt könnten dann Leitfäden entwickelt werden, wie die Verknüpfung von Beratung und Vermittlung von niedrigschwelligen Angeboten in der Praxis umgesetzt werden kann. Je nach Größe und Infrastruktur der jeweiligen Beratungsstellen sind dann individuelle Lösungen zur Integration der Vermittlungsfunktion in der Beratungspraxis nötig.

3. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit (u. a. in den Print-Medien) zur Information der Betroffenen über bestehende (Beratungs-)Angebote

In Kapitel 4.3.3.2 wurde die Umsetzung einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit bereits als Ansatz zur Deckung des spezifischen Bedarfes der Zielgruppe nach Informationen in einfacher und verständlicher Sprache, die über geeignete Informationskanäle vermittelt werden, genannt. Im Rahmen des Expertenworkshops haben die anwesenden Expertinnen und Experten diesen Ansatz als besonders wichtig priorisiert.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten sollten Kommunen und Einrichtungen eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit für bestehende (Beratungs-)Angebote implementieren, um die Zielgruppe mit den bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten (noch) besser zu erreichen. Mögliche Informationskanäle könnten aus

Expertinnen- und Expertensicht Printmedien sein, die von den Betroffenen regelmäßig gelesen werden und kostenlos zur Verfügung stehen (z. B. Gemeindeblatt, Stadtanzeiger). Wie in Kapitel 4.3.3.2 beschrieben, könnten auch Aushänge in Arztpraxen oder Apotheken sinnvoll sein, da diese von der Zielgruppe i. d. R. regelmäßig frequentiert werden. Ein Beispiel, wie ein solcher Flyer ausgestaltet werden könnte, bildet der Informationsflyer des Seniorensozialdienstes in Chemnitz mit dem Titel „Gesprächsbedarf …?“, der in Box 4-13 (Kapitel 4.3.3.2) näher beschrieben wurde.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Kommunen sollte zudem neben den Betroffenen selbst auch das Umfeld der Zielgruppe adressieren, um so – ebenso wie in Kapitel Kapitel 4.3.3.2 beschrieben – eine „Kultur der Achtsamkeit“ zu schaffen und Kontaktpersonen der Zielgruppe für diese sensibilisieren. Ein Best-Practice-Beispiel bildet hier das örtliche „Frühwarnsystem“, das der Seniorensozialdienst in Chemnitz entwickelt hat (siehe Box 4-21). Zum Aufbau des Frühwarnsystems wurden potenzielle Kontaktpersonen der Zielgruppe (z. B. Nachbarschaft, Ehrenamtliche, Polizei, Stadtverwaltung, Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienstleister, Beschäftigte im Wohnungswesen) von den Sozialarbeiterinnen des Seniorensozialdienstes im Rahmen von Vorträgen geschult und mit entsprechenden Informationsmaterialien ausgestattet.

4. Kompetente Beratung und Qualifizierung nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei bereits bestehenden zentralen Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkten) anschließen

Nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, je nach Pflegegrad halb- bzw. vierteljährlich „eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach [§ 37] Abs. 7 [SGB XI] anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft“ abzurufen. Sachleistungsempfängerinnen und -empfänger können ebenso jeweils halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen, sind jedoch nicht dazu verpflichtet.

Die Expertinnen und Experten plädieren dafür, dass der Gesetzgeber die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI direkt bei den bereits bestehenden zentralen Beratungsstellen (z. B. Pflegestützpunkten) andockt. Auch die Qualifizierung des Personals, das die Beratung vornimmt, sollte dort koordiniert werden, um dadurch einheitliche

Qualitätsstandards in der Beratung zu garantieren. Aus Sicht der Expertinnen und Experten sollten damit zentrale kommunale Anlaufstellen für die Zielgruppe geschaffen werden, über die ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen aufgebaut werden kann. Die Zentrierung auf die zentralen Beratungsstellen wirke zudem dem Aufbau paralleler Beratungsstrukturen entgegen.

5. Sicherstellung eines adäquaten Entlassmanagements für die Zielgruppe nach einem Krankenhausaufenthalt (Überwindung der Schnittstellenproblematik)

Hinsichtlich der Überwindung der besonders für die Zielgruppe kritischen Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der eigenen Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt, die in Kapitel 4.3.1 beschrieben wurde, besteht ein großer Handlungsdruck. Dies ist sowohl durch wissenschaftliche Untersuchungen als auch durch entsprechende Hinweise der im Rahmen des Projektes befragten Expertinnen und Experten belegt worden.

Seit dem 1. Oktober 2017 ist der gesetzliche Anspruch auf ein Entlassmanagement in Krankenhäusern gültig. Diesen Anspruch gilt es nunmehr auch über entsprechende Kooperationen zwischen den relevanten Akteuren umzusetzen, um insbesondere auch für die Zielgruppe ein adäquates Entlassmanagement zu entwickeln. Zentraler Akteur ist hierbei der Krankenhaus-Sozialdienst, der im Rahmen des Managements der Entlassung von Personen aus der Zielgruppe prüfen sollte, ob in der eigenen Häuslichkeit der Betroffenen die Voraussetzungen für eine Rückkehr erfüllt sind. Ist dies der Fall sollte er die Organisation der Rückkehr der Betroffenen in die eigene Häuslichkeit initiieren und begleiten. Idealerweise sollte das Krankenhaus der Zielgruppe eine Begleitung durch Ehrenamtliche für die erste Zeit direkt nach der Krankenhausentlassung vermitteln. Ebenso wie das Praxisbeispiel „BesTe Genesung zu Hause“ des Vereins buefet e. V. aus Kirchheim unter Teck, das in Box 4-2 vorgestellt wurde, sollte sich die ehrenamtliche Begleitung auf die emotionale Unterstützung der Betroffenen fokussieren (keine pflegerischen Leistungen).

Wie bereits in Kapitel 4.3.1.2 beschrieben, ist für ein adäquates Entlassmanagement für die Zielgruppe eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der relevanten Akteure (Krankenhaus-Sozialdienst, Pflegedienst, Pflegestützpunkt etc.) und die Etablierung eines multiprofessionellen Teams notwendig, das den Pflegeprozess der Betroffenen kontinuierlich über den Krankenhausaufenthalt hinaus begleitet. Ein Beispiel hierfür stellt das in Box 4-3 beschriebene schwedische Modellprojekt zur Erprobung eines kontinuierlichen Entlassmanagements vom Krankenhaus bis in die eigene Häuslichkeit dar. An diesem sollte sich die Praxis in Deutschland bei der Etablierung und Ausgestaltung des neuen

gesetzlichen Anspruchs auf ein Entlassmanagement orientieren und damit die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe berücksichtigen. Eine zentrale Rolle kommt hierbei dem Krankenhaus-Sozialdienst zu, der eine Vernetzung mit den entsprechenden relevanten Akteuren vor Ort anstoßen und aufbauen sollte.[268]

[268] Vergleiche Fußnote 152.

4.5 Literaturverzeichnis

Adolph, H., Ulrich, H. (2015): Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit – fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit. Informationsdienst Altersfragen, 42(5), S. 21–25.

AIDA-Project (2013): Best Practice: Continuum of care for frail older people: from emergency ward to living at home.

Alisch, M., Kümpers, S. (2015): Soziale Ungleichheit in der alternden Gesellschaft - Ein Überblick relevanter Themen und Befunde. Informationsdienst Altersfragen, 42(5), S. 3-11. Berlin.

AWO Stiftung (2013): Aktion Augen auf! Mehr Aufmerksamkeit für Altern in Würde. Eine Aktion der AWO Stiftung „Aktiv für Hamburg“.

Bauer, U., Büscher, A. (2007): Soziale Ungleichheit und Pflege: Konzeptionelle Zugänge. In: Pflege & Gesellschaft, 12(4), S. 304-317.

BMG (Hrsg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von TNS Infratest Sozialforschung, München.

Böger, A., Huxhold, O. (2014): Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. Informationsdienst Altersfragen, 41(1), S. 9–14.

Braeseke, G. (2013): Wie wird Pflege in anderen europäischen Ländern organisiert - was kann Deutschland daraus lernen? Präsentation für die QqP-Fachtagung vom 05.11.2013.

Cabinet Office Japan (2015): Annual Report on the Aging Society. Section 3: Awareness of the Elderly Living Alone.

con_sens (2016): Benchmarking der 16 großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland. Der Bericht wurde für die 16 großen Großstädte der Bundesrepublik Deutschland (Berlin, Freie Hansestadt Bremen, Dortmund, Landeshauptstadt Dresden, Landeshauptstadt Düsseldorf, Duisburg, Essen, Frankfurt am Main, Freie Hansestadt Hamburg, Landeshauptstadt Hannover, Köln, Leipzig, Landeshauptstadt München, Nürnberg, Hansestadt Rostock und Landeshauptstadt Stuttgart) erstellt.

Deutscher Bundestag (2017): Lebenslagen in Deutschland Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Drucksache 18/11980.

Deutscher Verein (2016): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III). Die Stellungnahme (DV 17/16) wurde am 15. Juni 2016 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

Ebel, J. (2013): Konzepte präventiver Hausbesuche in Deutschland. Bachelor-Arbeit. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.

Falk, K., Heusinger, J., Kammerer, K., Khan-Zvornicanin, M., Kümpers, S. und Zander, M. (2011): Arm, alt, pflegebedürftig: Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin.

Geyer, J. (2015): Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland. DIW-Wochenbericht 82(14/15).

GKV-Spitzenverband (2012): Pflegeberatung. Schriftenreihe „Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, Band 10.

Goeble, J., Grabka M. M. (2011): Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. DIW-Wochenbericht 78(25).

Hasseler, M., Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen … Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Evangelische Fachhochschule Berlin. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

Hendriksen, C., Vass, M. (2005): Preventive home visits to elderly people in Denmark. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. September 2005, 38(1), pp 31-33.

Heusinger, J., Klünder, M. (2005): "Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!" Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades „Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)“. Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften II, Politische Wissenschaft der Freien Universität Berlin.

Hirakawa, Y (2016): Care manager as a medical information source for elderly people. Journal of Community Medicine & Health Education, 4(5).

Kirchen-Peters, S., Nock, L. (2016): Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden. In: WISO DISKURS Nr. 7 Pflegestützpunkte in Deutschland – Die Sicht der Mitarbeitenden, der rechtliche Rahmen, die politische Intention. S. 5-36.

Naumann, D. (ZQP), Schulze, E., Geyer, J. und Korfhage, T. (DIW) (2013): Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf. Evaluation - Berichterstattung Pflegequalität. Abschlussbericht.

Nuissl, H., Vollmer, J., Westenberg, D., Willing, J.-N. (2015): Die Konzentration von Altersarmut in der StadtLandschaft – Probleme und Handlungsbedarfe. Raumforschung Raumordnung, 73, S. 107-121.

Otto, L. (2013): Negotiating a healthy body in old age: preventive home visits and biopolitics. International Journal of Ageing and Later Life, Advance Access.

Pawletko, K.-W. (2014): Gegen Einsamkeit und Isolation im Alter: Porträt über den Berliner Verein Freunde älterer Menschen. Informationsdienst Altersfragen, 41(1), S. 17-20. Berlin.

Petrich, D. (2011): Einsamkeit im Alter. Notwendigkeit und (ungenutzte) Möglichkeiten Sozialer Arbeit mit alleinlebenden alten Menschen in unserer Gesellschaft. Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen. Jenaer Schriften zur Sozialwissenschaft Band Nr. 6.

Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMFSFJ. München.

Schwedisches Institut (2007): Altenfürsorge in Schweden.

Simon, M. (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. In: Journal of Public Health, 12, S. 218-228.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012): Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 11. Juli 2012 in Berlin. Wiesbaden.

Takahashi, R. (2014): Integrated community care system: Japan. in: Best Practices in Home Care for Seniors. Synthesis Report from the 2014 International Forum of the Ministry of Health of British Columbia and the Michael Smith Foundation for Health Research.

TNS Emnid (2011). Wohnwünsche im Alter, Grafikreport.

TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Abschlussbericht. München.

Vass, M. (2015): Social innovations for healthy and active life expectancy. Preventative Home Visits to older people in Denmark. Presentation. Bruxelles. October 14th 2015.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., Riis, P. (2007): Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, August 2007, 40(4), pp 209–216.

Wild, F. (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP-Diskussionspapier 2/10.

Zitierte Webseiten und Links:

Artikel über Altenpflege in Schweden auf der offizielle Webseite sweden.se: https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Artikel zu präventiven auf der Webseite des Ageing Horizons Bulletin aus Kanada: http://aginghorizons.com/2014/01/best-practice-home-visits-empower-older-adults-in-denmark/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Artikel zur Altenpflege in Japan auf der kanadischen Webseite healthydebate.ca: http://healthydebate.ca/2015/10/topic/japan-long-term-care-insurance-home-care-elderly (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Link zum Download des Flyers „Gesprächsbedarf …?“ des Seniorensozialdienstes Chemnitz: http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/downloaddateien/PS2/Was_kann_der_Seniorensozialdienst_fuer_Sie_tun.pdf (zuletzt aufgerufen: 09.08.2017).

Link zum Flyer der Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen (KIWA) in Schleswig-Holstein: http://www.kiwa-sh.de/images/KIWA_Flyer_2015_WEB.pdf (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Link zum Newsletter zum Projekt Chemnitz+ (inkl. Beschreibung des Frühwarnsystems des Seniorensozialdienstes Chemnitz): http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/newsletter/Newsletter_2_2015.pdf (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Link zur „Orientierungshilfe zur Situationseinschätzung von Hilfebedürftigkeit älterer Bürger“ des Seniorensozialdienstes: http://www.zukunftsregion-sachsen.de/cms/fileadmin/downloaddateien/PS2/Orientierungshilfe_zur_Situationseinschaetzung_von_Hilfebeduerftigkeit_aelterer_Buerger.pdf (zuletzt abgerufen: 07.09.2017).

Webseite der Mobilitätshilfedienste in Berlin: http://www.berliner-mobilitaetshilfedienste.de/index.html (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Webseite des Angebotes „PflegeNotTelefon“: http://www.pflege-not-telefon.de/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Webseite des Interreg-Programms zwischen Deutschland und Dänemark. Informationen zum Gesamtprogramm: http://www.interreg5a.eu/ueber-uns/interreg-de-dk/ (zuletzt abgerufen: 07.09.2017) und zum Projekt „WIPP“: http://www.interreg5a.eu/projekte-ergebnisse/projektuebersicht/wipp/ (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

Webseite mit Informationen zum Projekt Vifa in den Städtischen Seniorenheimen Krefeld (SSK). https://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/vifa.html (zuletzt aufgerufen: 07.09.2017).

4.6 Anhang

4.6.1 Charakterisierung des erfassten Spektrums an innovativen Angeboten für die Zielgruppe

Kriterien	Teilhabe	Beratung
Leistungsarten	Unterstützungs- und Entlastungsangebote im häuslichen Bereich, sowie Freizeitangebote	Beratung in Pflegestützpunkten oder in sonstigen Anlaufstellen für Beratung und Information
Zielgruppenspezifität	Hohe Zielgruppenspezifität: Über 70 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer gehören der Zielgruppe an.	Niedrige Zielgruppenspezifität: Lediglich 23 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer gehören der Zielgruppe an
Trägerstruktur	Besonders häufig freigemeinnützige Träger.	Die Träger sind in etwa zu gleichen Anteilen freigemeinnützig und öffentlich.
Personalstruktur	Die meisten Mitarbeitenden arbeiten ehrenamtlich.	Hauptsächlich hauptamtliche Mitarbeitende.
Finanzierung	Die meisten Angebote sind nicht Teil der Regelversorgung.	Mehr als die Hälfte der Angebote ist Teil der Regelversorgung.

** Angebote mit Hauptfokus auf die Zielgruppe.*
Quelle: Prognos AG 2017

4.6.2 Beschreibung der identifizierten Best-Practice-Ansätze für die Zielgruppe (Steckbriefe)

Angebots-bezeichnung	Begleitmobil
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger ist der Verein buefet e. V. aus Kirchheim unter Teck. ▪ Kooperation mit der Stadt Kirchheim unter Teck, Stadtmobil (Car-Sharing-Anbieter).
Gründung und Ziele	▪ Das Angebot besteht seit 2013 (schon seit 2010 Erprobung) bis heute. ▪ Ziel ist es die Mobilität von alleinlebenden, finanziell eingeschränkten Personen zu erhöhen.
Leistungs-spektrum	▪ Das Angebot für Einzelpersonen besteht nicht nur aus einem Fahrdienst, sondern umfasst auch die Begleitung der Nutzerinnen und Nutzer durch Ehrenamtliche zum Einkäufen, zu Arztbesuchen und bei Behördengängen. ▪ Der Träger bucht die Autos für die Ehrenamtlichen beim Car-Sharing Anbieter, das stundenweise für den jeweiligen Termin gebucht werden kann.
Zielgruppen-spezifität	▪ Begleitmobil ist ein Angebot für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes auf Begleitung bei alltäglichen Erledigungen wie Einkäufen, Behördengängen und Arztbesuchen angewiesen sind. Es richtet sich zudem an Menschen, die alleine leben und bei denen keine Angehörigen da sind, die die Fahrdienste übernehmen könnten. ▪ Zu den Nutzerinnen und Nutzern zählen wenige bis keine schwerstpflegebedürftigen Personen, sondern eher Personen mit geringem Pflegebedarf. ▪ Das Angebot ist kostenlos, Nutzerinnen und Nutzer können für die Nutzung an den Verein spenden.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 35 Nutzerinnen und Nutzer pro Jahr ▪ Eine hauptamtliche Kraft (5 %-Stelle) und 10 Ehrenamtliche ▪ Es handelt sich um ein Einzelangebot in Kirchheim unter Teck.
Finanzierung	▪ Das Angebot ist Teil der Regelversorgung und wird über den Pflegestützpunkt abgerechnet. ▪ Die Stadt Kirchheim unter Teck übernimmt die monatliche Gebühr für den Car-Sharing-Anbieter.
Weitere Besonderheiten	▪ Es handelt sich um eine ökonomisch und ökologisch sinnvolle Lösung. ▪ Der organisatorische Aufwand ist sehr hoch (abhängig vom Einsatz der Ehrenamtlichen).
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Vor-Ort-Besuch: Gespräch mit Monique Kranz-Jansen und Corina Däuble (Koordinatorinnen) sowie Tilman Walther (Vereinsvorsitzender) ▪ Diverse Unterlagen über den Verein (Flyer, Jahresbericht) ▪ Website: http://www.buefet.de/

Angebots-bezeichnung	BesTe Genesung zu Hause
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger ist der Verein buefet e. V. aus Kirchheim unter Teck ▪ Das Angebot kooperiert mit folgenden Akteuren: Stadt Kirchheim unter Teck, Medius Klinikum Kirchheim, ambulanter Pflegedienst, Agentur „Pflege engagiert“, Pflegestützpunkt, Deutsches Rotes Kreuz
Gründung und Ziele	▪ Das Angebot besteht seit 2013 bis heute. ▪ Ziel ist es, alleinlebenden Menschen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus das nicht vorhandene soziale Netzwerk zu ersetzen. Ein „Drehtür-Effekt“ soll verhindert werden.
Leistungs-spektrum	▪ Das Angebot fokussiert sich auf die Organisation des Alltages, wenn eine alleinlebende Person aus dem Krankenhaus entlassen wird. ▪ Der Erstkontakt mit den Betroffenen findet im Krankenhaus statt (freiwilliges Angebot). ▪ Die Betreuung ist auf die vier Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beschränkt, anschließen übernimmt ggf. der ambulante Pflegedienst. Sie wird von Ehrenamtlichen übernommen und von einer hauptamtlichen Koordinationsstelle organisiert. ▪ Zu den Aufgaben der Ehrenamtlichen gehören: Aufmunterung, Botengänge (kein Ersatz für pflegerische oder hauswirtschaftliche Hilfen).
Zielgruppen-spezifität	▪ Der Fokus des Projektes liegt auf alleinlebenden Menschen aller Altersgruppen. In der Regel sind es Menschen ohne kontinuierlichen Pflegebedarf, nach denen "keiner schaut". Das Angebot ist dennoch als präventiver Ansatz relevant für die Zielgruppe. ▪ Es handelt sich um ein aufsuchendes, kostenloses und unbürokratisches Angebot.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 30 Nutzerinnen und Nutzer in einem Jahr (2016: 42) ▪ Eine hauptamtliche Kraft (10 %-Stelle) und 17 Ehrenamtliche ▪ Regionales Angebot in Kirchheim unter Teck
Finanzierung	▪ Das Projekt erhielt über das Programm „BesT“ 2,5 Jahre Förderung vom Sozialministerium in Baden-Württemberg (April 2013-Oktober 2015) ▪ Nach der Förderphase wurde die Finanzierung vom Altenhilfeverein e. V. übernommen. Er finanziert die Personalkosten in der Organisation und Aufwandskosten für Fahrtkosten sowie die Kosten für Fortbildungen des Personals (auch Fortbildungen für ehrenamtliche Kräfte). ▪ Das Angebot erhält Zuschüsse nach § 45c und d SGB XI. Zudem stellt das Land Baden-Württemberg Gelder bereit. ▪ Der Verein buefet e. V. selbst refinanziert sich über Mitgliedsbeiträge und Spenden.
Weitere Besonderheiten	▪ Die ehrenamtlichen Kräfte müssen sich nur für einen Zeitraum von vier Wochen festlegen, weil die Nutzerinnen und Nutzer spätestens dann in ein anderes Versorgungssetting (z. B. ambulante Pflege) übergehen.
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Vor-Ort-Besuch: Gespräch mit Monique Kranz-Jansen und Corina Däuble (Koordinatorinnen), Tilman Walther (Vereinsvorsitzender) sowie zwei Nutzerinnen und Nutzern ▪ Diverse Unterlagen über den Verein (Flyer, Broschüre, Jahresbericht) ▪ Website: http://www.buefet.de/

Angebots-bezeichnung	Der Kieler Senioren Lotse
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger ist die Karl-Heinz-Howe-Simon-Fiedler-Stiftung in Kiel. ▪ Die Stiftung kooperiert mit 31 Kooperationspartnern (u. a. AWO, DAK, Stadt-Kloster, stationäre Einrichtungen, Pflegedienste, Landesvereinigung für Gesundheit). Außerdem intensive Zusammenarbeit mit der Stadt Kiel (Oberbürgermeister ist Schirmherr der Stiftung). ▪ Eine Lotsenstation befindet sich in Kiel Gaarden (sozialer Brennpunkt), ein zweiter Standort soll demnächst in Kiel Mettenhof eröffnet werden.
Gründung und Ziele	▪ Das Angebot „Der Kieler Senioren Lotse“ gibt es seit Mitte 2015. ▪ Ziel des Angebotes ist es, Lücken in der öffentlichen Versorgung durch die Stiftungsarbeit zu verkleinern.

Leistungs-spektrum	▪ Es liegt ein umfassendes Angebot vor, den betroffenen alten, armen, hilfsbedürftigen Menschen unentgeltlich, unbürokratisch und zeitnah Unterstützung zukommen zu lassen. Vielfältige Projektangebote laden zu Gemeinsamkeit, Spaß und Erhöhung der Lebensqualität ein.
	▪ Der Kieler-Senioren-Lotse:
	  ▪ stellt durch Netzwerkarbeit den Kontakt zur Zielgruppe her,
	  ▪ sucht die Hilfsbedürftigen auf,
	  ▪ ermittelt vor Ort den Unterstützungsbedarf (soziale Diagnostik),
	  ▪ informiert, berät und begleitet (sozialrechtliche Leistungsansprüche, Wohnraumberatung, Hilfen im Alltag, soziale Teilhabe),
	  ▪ arrangiert Hilfen (u. a. schnelle Hilfe und emotionale Unterstützung bei einem Wasserschaden, Vermittlung und Bezahlung einer Fußpflege, Übernahme der Nachtbetreuung einer sterbenden Person),
	  ▪ führt zu den richtigen Beratungs- und Unterstützungsleistungen in Kiel und begleitet zu den Beratungsstellen,
	  ▪ bietet seine zukünftige Hilfe an, sodass der Hilfsbedürftige weiß, an wen er sich in der Krisensituation wenden kann,
	  ▪ unterstützt nach stationärem Krankenhausaufenthalt bei der Rückkehr in den Alltag.
	▪ Ehrenamtliche besuchen Nutzerinnen und Nutzer, begleiten diese im Alltag (Ausflüge etc.), holen diese zuhause ab.
	▪ Durch die Besuche und Angebote können Bedarfe bei den Betroffenen identifiziert und Lösungen angeboten und organisiert werden.

Zielgruppen-spezifität	▪ Das Angebot hat Kieler im Seniorenalter, die (finanziell oder sozial) hilfsbedürftig sind, zur Zielgruppe. ▪ Die Angebote sind kostenlos. Armut ist ein großes Thema bei der Stiftungsarbeit. Ca. 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer erhalten Sozialhilfe.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 75 Nutzerinnen und Nutzer pro Jahr (Tendenz steigend); seit Mitte Juli 2015 bis heute wurde in 150 Fällen geholfen. ▪ Zwei hauptamtliche Kräfte (Voll- und Teilzeitkraft) und fünf Ehrenamtliche ▪ Regionales Angebot in der Stadt Kiel
Finanzierung	▪ Das Angebot ist nicht Teil der Regelversorgung und wird vollständig durch die Stiftung finanziert. Aktuell findet jedoch eine Evaluation mit dem Ziel statt, dass das Angebot in die Regelversorgung aufgenommen wird. ▪ Das Vermögen der Stiftung in Höhe von acht Mio. Euro ist an den Stiftungszweck gebunden (siehe Zielgruppe oben).
Weitere Besonderheiten	▪ Für Begleitdienste werden auch Langzeitarbeitslose eingesetzt (Nähe zur Zielgruppe). Hierbei erfolgt eine Zusammenarbeit mit dem Projekt „Mensch trifft Mensch“ in Kiel. ▪ Die Suche nach geeigneten Ehrenamtlichen, die Zeit mitbringen und sich auch dauerhaft eine Patenschaft vorstellen können ist sehr schwierig.
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Vor-Ort-Besuch: Gespräch mit Gesa Rogowski (Projektleiterin, Koordinatorin der Stiftung), Frau Breg (Koordinatorin des Angebotes), Ernst-Wilhelm Münster (Finanzen, Verwaltung, Erträge der Stiftung), Jürgen Steinbrink (Verteilung der Mittel, operatives Geschäft), sowie mit einer Nutzerin und einer ehrenamtlich Engagierten. ▪ Umfangreiches Informationsmaterial (Flyer, Projektbeschreibung, Projektliste und Fallübersicht) ▪ Website: http://www.howe-fiedler-stiftung.de/kieler-senioren-lotse/person-und-aufgaben

Angebots-bezeichnung	Hochbetagtengruppe „Vergissmeinnicht“
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger des Angebotes ist die Beratungsstelle für Senioren der Stadt Göppingen ▪ Es besteht eine Kooperation mit der Schiller-Realschule (Alt-Jung-Projekt). Außerdem arbeiten die Auszubildenden von unterstützenden Firmen und der Stadt bei der Gruppe mit.
Gründung und Ziele	▪ Das Angebot besteht schon seit 26 Jahren. ▪ Durch die regelmäßigen Treffen soll die Einsamkeit der Zielgruppe überwunden und ihr soziale Kontakte ermöglicht werden. Auch Körper und Geist sollen gefördert und gefordert werden (abwechslungsreiches Programm).
Leistungs-spektrum	▪ Die Hochbetagtengruppe trifft sich einmal in der Woche von 9 bis 11 Uhr im Bürgerhaus in Göppingen. Sie setzt sich aus persönlich eingeladenen Bürgerinnen und Bürgern im Alter von ca. 76 bis 95 Jahren zusammen, die noch zu Hause wohnen können, hierbei aber oft auf Unterstützung in Form von Essen auf Rädern, ambulanten Pflegediensten, Fahrdiensten u. ä. angewiesen sind. ▪ Auf dem Programm stehen neben dem gemeinsamen Frühstück auch Gedächtnistraining, kurze Gymnastik, Singen, Gespräche über Alltagszusammenhänge, Ratespiele u. ä. ▪ Die hauptamtlichen Sozialarbeiterinnen bereiten das Programm für die Gruppentreffen vor und gestalten die Koordination wie auch die Betreuung der Hochbetagten und Ehrenamtlichen. Eine wichtige Grundlage für die Gruppe bilden darüber hinaus die ehrenamtlich Engagierten, die diese regelmäßigen Treffen erst ermöglichen. Von insgesamt elf freiwilligen Helferinnen empfangen in jeder Gruppenstunde vier Ehrenamtliche die Senioren. Sie kaufen Lebensmittel ein, bereiten das Frühstück vor, begleiten Gehbehinderte und Blinde zur Toilette und bieten Unterstützung für die halbseitig Gelähmten und Blinden beim Frühstück sowie beim Programm. ▪ In Kooperation mit der 5. und 7. Klasse der Schiller-Realschule erarbeiteten Schüler bereits mehrmals ein Programm (u. a. Lieder, Schattenspiel) und präsentierten dies der Gruppe (Jung-Alt-Projekt).
Zielgruppen-spezifität	▪ Die Besonderheit der Gruppe besteht in der einzigartigen Zusammenarbeit der Akteure. Unabhängig von Zuschüssen der Pflegeversicherung gelingt es seit vielen Jahren durch die Professionalität der Sozialarbeiter die Zielgruppe zu erreichen. ▪ Die Sozialarbeiter erhalten bei ihren Hausbesuchen Kontakt zu einsamen Menschen, die sich vom Leben zurückgezogen haben und schwächer werden. Sozialarbeiterisch kann ihnen vor Ort zu Hause geholfen werden (Unterstützung bei Anträgen, Einrichtung von pflegerischen Hilfen), dem größten Problem, der Einsamkeit kann auf diese Weise nicht wirkungsvoll begegnet werden. Daher ist eine Folgemaßnahme nach dem Hausbesuch notwendig. ▪ Die persönliche Einladung zur Hochbetagtengruppe beim Hausbesuch bildet die Zugangsberechtigung zu dieser Gruppe. Dies ist wichtig, um die tatsächliche Zielgruppe zu erreichen. ▪ Eine Schlüsselqualität ist die persönliche Beziehung zu den Sozialarbeitern. ▪ Es gibt einen Fahrdienst, der die älteren Menschen zum Treffen bringt.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 20 Nutzende pro Jahr, alle entstammen der Zielgruppe, etwa die Hälfte ist pflegebedürftig. ▪ Zwei hauptamtliche Sozialarbeiter, elf Ehrenamtliche ▪ Es handelt sich um ein Einzelangebot.
Finanzierung	▪ Die Gruppe finanziert sich durch Spenden (u. a. auch Firmen) und einem geringen Teilnehmerbetrag (1,80 Euro pro Person). ▪ Die Gruppe „Vergissmeinnicht“ wird finanziell fest vom Rotary Club Göppingen-Stauferland (Jahresausflug) sowie von der Carl-Hermann-Gaiser Stiftung (Fahrdienst) unterstützt. ▪ Die Stadt Göppingen unterstützt die Gruppe, indem sie die Räumlichkeiten und Hauptamtlichen für Organisation und das einstündige inhaltliche Programm bereitstellt. Zudem gibt es ein kleines städtisches Budget, das im Hintergrund für die Beratungsstelle für Senioren und die Gruppe „Vergissmeinnicht“ zur Verfügung steht.
Weitere Besonderheiten	▪ Viele der ehrenamtlich Tätigen sind selbst schon älter. Durch das ehrenamtliche Engagement werden sie auf ihr eigenes Alter bzw. familiären Regelungsbedarf bei Verwandten vorbereitet.
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Vor-Ort-Besuch: Gespräch mit Susanne Reisch (Sozialarbeiterin, Koordinatorin des Angebotes), Herrn Drechsel (Amtsleiter) sowie mit Nutzerinnen und Nutzern und ehrenamtlich Engagierten.

Angebots-bezeichnung	PflegeNotTelefon Schleswig-Holstein
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Die AWO Schleswig-Holstein koordiniert das Projekt im Auftrag des Sozialministeriums in Schleswig-Holstein federführend. ▪ Alle Trägerverbände, Pflegekassen, Gesundheitsämter, Sozialverbände, der Medizinische Dienst der Krankenkassen etc. in Schleswig-Holstein sind am Angebot beteiligt (jährliches Austauschtreffen). Zudem besteht eine Kooperation mit der Stiftung „Pflegebrücke“.
Gründung und Ziele	▪ Das PflegeNotTelefon gibt es in Schleswig-Holstein seit 1999 (zuerst nur als Pilotprojekt). ▪ Bei der Gründung des Angebotes stand das Thema Gewalt in der Pflege und der Schutz besonders schutzbedürftiger Menschen im Vordergrund. ▪ Ziel des Angebotes ist es, den Betroffenen einen niedrigschwelligen Zugang zu regionalen (Beratungs-)Angeboten zu verschaffen. Darüber hinaus fördert das Angebot die Vernetzung der verantwortlichen Akteure vor Ort und sorgt zudem dafür, dass die pflegerische Infrastruktur vor Ort verbessert wird.
Leistungs-spektrum	▪ Es handelt sich um ein niedrigschwelliges und kostenloses telefonisches Beratungsangebot. ▪ Die Anruferinnen und Anrufer wählen die einheitliche Telefonnummer des Beratungstelefones und werden dann automatisch über ein Verkehrsführungssystem, das die Festnetznummer erkennt, an ein verfügbares Beratungsangebot vor Ort weitergeleitet und beraten. Mittlerweile wird auch eine Online-Beratung im Sinne von Beschwerdeformularen angeboten (wird zunehmend genutzt). ▪ Im Anschluss an die Beratung über das PflegeNotTelefon ist auch eine kostenlose Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch die Pflegestützpunkte bzw. eine Beratung vor Ort in den Pflegestützpunkten möglich. ▪ Das PflegeNotTelefon ist rund um die Uhr erreichbar und eine Beratung entsprechend rund um die Uhr möglich. Ein eigens für das PflegeNotTelefon zuständiges Team in der Stiftung „Pflegebrücke“ sichert die Zeiten ab, die die Pflegestützpunkte nicht anbieten können (Wochenende, Nacht, Feiertage). Einmal in der Woche beraten Juristinnen und Juristen der Sozialverbände die Anruferinnen und Anrufer sozialrechtlich. ▪ Zwischen den Hauptamtlichen gibt es ein gemeinsames Protokollsystem. Die Protokolle werden bei der Übergabe eines Betroffenen an eine andere Beratungseinrichtung weitergegeben. ▪ Bei regionalen Veranstaltungen findet ein Austausch zwischen den am PflegeNotTelefon beteiligten Akteuren statt, bei dem auch immer die Pflegestützpunkte eingebunden sind. Es steht dabei weniger die wissenschaftliche Evaluation im Vordergrund, sondern der Erfahrungsaustausch.
Zielgruppen-spezifität	▪ Die Angebotsstrukturen des PflegeNotTelefones an sich sind sehr zielgruppenspezifisch (kostenlos, telefonisch). ▪ Es findet jedoch keine spezielle Öffentlichkeitsarbeit für eine bestimmte Zielgruppe statt, sondern das Angebot wird allgemein als Krisenberatungs- und Beschwerdetelefon beworben.
Größe und Verbreitung	▪ 10 Prozent der Nutzenden gehören eindeutig der Zielgruppe an (teilweise ist eine Zuordnung jedoch nicht eindeutig möglich). Neben den Pflegebedürftigen selbst werden auch Angehörige und Pflegekräfte beraten, wodurch sich der Anteil der Zielgruppe an den Nutzenden per Definition verringert. ▪ Das PflegeNotTelefon wird hauptsächlich durch Hauptamtliche betreut. Ehrenamtliche werden lediglich bei Sonderfragen bzw. da, wo es keine sonstigen Angebote gibt, hinzugezogen (z. B. Deutsche Alzheimergesellschaft). ▪ Das Angebot PflegeNotTelefon ist auf das Bundesland Schleswig-Holstein beschränkt.
Finanzierung	▪ Das Sozialministerium Schleswig-Holstein bezahlt die Koordination des Angebotes durch die AWO und übernimmt die Kosten für die technische Infrastruktur (Telekom). Seit 1999 wird diese Finanzierung vom Sozialministerium immer wieder neu für ein Jahr festgelegt. ▪ Die Vorhaltung eines Krisentelefones ist seit 1999 im Selbstbestimmungsstärkungsgesetz des Landes Schleswig-Holstein verankert, das das Heimgesetz des Bundes in Schleswig-Holstein abgelöst hat.
Weitere Besonderheiten	▪ Im Gegenzug zur finanziellen Förderung durch das Sozialministerium Schleswig-Holstein werden relevante Fragestellungen, die sich aus den Protokollen der Beratungsgespräche ergeben, in Form von Sachberichten an das Ministerium zurückgemeldet (nach Kreise und Themen). Manche dieser Fragestellungen werden zudem in öffentlichen Veranstaltungsreihen in den Kreisen thematisiert (z. B. Mangelernährung). ▪ Das PflegeNotTelefon setzt die Kooperation aller Akteure voraus, da nicht alles zentral gewusst werden kann. Es besteht keine Konkurrenz, sondern man unterstützt sich gegenseitig mit seinem Know-how und mit den Erfahrungen, was in einer konkreten Situation vor Ort geholfen hat und was nicht.

Quellen	▪ Telefonisches Fachgespräch mit Anke Buhl (Koordinatorin, Referentin für Alten- und Pflegepolitik bei der AWO Schleswig-Holstein) ▪ Website: http://www.pflege-not-telefon.de/

Angebots-bezeichnung	Seniorensozialdienst
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger des Seniorensozialdienstes ist das Sozialamt in Chemnitz.
Gründung und Ziele	▪ Der Seniorensozialdienst ist beim Sozialamt angelegt und bei der örtlichen Betreuungsbehörde angedockt. Rechtliche Grundlage für den Seniorensozialdienst ist der § 71 SGB XII „Altenhilfe“. ▪ Der Seniorensozialdienst ist historisch gewachsen. In der Nachwendezeit hieß der Seniorensozialdienst „spezieller Sozialdienst“. 2008 wurde er im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes umstrukturiert. ▪ Der Seniorensozialdienst verfolgt das Sozialraumprinzip und den individuellen Ansatz vor Ort. Er ist die Anlaufstelle („Kümmerer“), die koordiniert, dass Bürger und Leistungserbringer zusammenfinden.

Leistungs-spektrum	▪ Der Seniorensozialdienst informiert, berät und unterstützt älter werdende Bürger der Stadt Chemnitz sowie Angehörige und Dienstleister, die sich auf die Belange von Senioren spezialisiert haben.
	▪ Die Leistungen des Seniorensozialdienstes sind kostenlos, trägerneutral und individuell. Die Sozialarbeiterinnen des Seniorensozialdienstes beraten und unterstützen Hilfesuchende und deren Angehörige telefonisch, zur Sprechzeit im Sozialamt oder auf Wunsch bei Ihnen zu Hause. Sie gewähren "Hilfen aus einer Hand" nach dem Prinzip des Case Managements.
	▪ In Chemnitz ist es ein sogenanntes „Frühwarnsystem“ eingerichtet, die Bevölkerung und die Verantwortlichen werden über entsprechende Flyer informiert und für die Zielgruppe sensibilisiert. Wenn aufmerksame Nachbarinnen und Nachbarn bzw. Mitbürgerinnen und Mitbürger vermuten oder wahrnehmen, dass ein älterer Mensch im Umfeld Hilfe und Unterstützung benötigt, stehen die Mitarbeiterinnen des Seniorensozialdienstes als Ansprechpartner zur Verfügung.
	▪ Beratungsfelder des Seniorensozialdienstes sind:
	  ▪ Informationen zu Angeboten, Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten für Senioren der Stadt Chemnitz
	  ▪ Informationen zu Kultur, Sport und Freizeit für Senioren, Vereinen, Begegnungsstätten, Selbsthilfegruppen, Verbänden
	  ▪ Wohnen im Alter - z. B. Beratung, Kontaktaufnahme und Vermittlung zu den verschiedenen Wohnmöglichkeiten (Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Wohnen mit Service)
	  ▪ (Pflege)Beratung und Unterstützung bei der Anbahnung von Versorgung und Pflege kranker und hilfsbedürftiger Menschen (Hauswirtschaftshilfe, Mahlzeitendienst, Pflegestufen, Heimunterbringung, etc.)
	  ▪ Beratung zu Möglichkeiten der Betreuung und Versorgung von Menschen, die an Demenz erkrankt sind
	  ▪ Unterstützung z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt
	  ▪ Beratung und Unterstützung bei Behördenangelegenheiten und der Beantragung von Sozialleistungen z. B. Grundsicherung im Alter, Schwerbehindertenausweis, Wohngeld, Rundfunkbetragsbefreiung oder -ermäßigung
	  ▪ Schwierige Alltagssituationen, die nicht allein bewältigt werden können, z. B. Sorge um ältere Angehörige, plötzlich auftretende Pflegebedürftigkeit, Schwierigkeiten mit Schriftstücken, Behörden oder Dienstleistern
	  ▪ Akute Notlagen, die einer schnellen Hilfe bedürfen
	▪ Eine weitere Aufgabe des Fachbereiches ist es, die Begegnungsstätten für Senioren zu fördern. Mit den Begegnungsstätten für Senioren finden regelmäßig Fachgespräche mit den Verantwortlichen statt, um die dortigen Angebote weiterzuentwickeln.
	▪ Seit März 2017 werden in Chemnitz alle ab 80-Jährigen angeschrieben und über die Unterstützungsangebote des Seniorensozialdienstes informiert. Dies geschieht in Kooperation mit dem Einwohnermeldeamt.
	▪ Seit April 2017 bietet der Seniorensozialdienst eine spezielle Beratung zum Thema Demenz an.

Zielgruppen-spezifität	▪ Der Fokus des Seniorensozialdienstes liegt auf alleinlebenden und sozial schwachen Senioren. ▪ Bei den durch den Seniorensozialdienst betreuten Personen handelt es sich oft um sozial schwache Personen, die sich die Zuzahlungen zur Pflege nicht leisten können und deshalb Leistungen vom Sozialamt beziehen. Wenn der Leistungsbedarf geprüft wird, kommen die Sozialarbeiterinnen in Kontakt mit der Zielgruppe und bieten dabei auch schon direkt Unterstützung an. ▪ Nur etwa zwei Prozent der Nutzenden empfangen Grundsicherung im Alter. Zu beobachten ist jedoch, dass es sich außerhalb des Pflegebereichs oft um Personen mit gebrochenen Erwerbsbiografien handelt, die sozial schwach sind. Nicht selten sind es Männer, die alleine leben, eine auskömmliche Rente haben, aber nicht mit dem Geld umgehen können (Schulden) und verwahrlosen.

	▪ Die Beratung durch den Seniorensozialdienst ist kostenlos. ▪ Die Beratung in der eigenen Häuslichkeit ist ein zentraler Bestandteil des Beratungsangebotes. Etwa 70 Prozent der Beratungen im Sozialraum bei den Betroffenen stattfinden. ▪ Der Seniorensozialdienst ist sehr gut vernetzt (Pflegenetz, Demenznetz, Leitungsstammtisch Pflege, Begegnungsstätten für Senioren etc.). Zwischen den verschiedenen Akteuren findet ein regelmäßiger und gut strukturierter Austausch statt. ▪ Die Kooperation mit den Kliniken und den dort verorteten Sozialdiensten funktioniert gut. Beim Übergang in die eigene Häuslichkeit wird der Seniorensozialdienst informiert und übernimmt den Fall.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 500 Nutzende im Jahr, die Mehrheit gehört der Zielgruppe an, etwa die Hälfte ist pflegebedürftig ▪ Sieben hauptamtliche Mitarbeitende, darunter ein Sachbearbeiter (fachliche Leitung/ Fachaufsicht) und sechs Sozialarbeiterinnen. ▪ Die Arbeit des Seniorensozialdienstes erfolgt in Chemnitz stadtteilbezogen. Der Seniorensozialdienst ist in ein Pflegenetz eingebunden und besitzt eine territoriale Kompetenz.
Finanzierung	▪ Das Pflegenetz bzw. die Pflegekoordination in Chemnitz wird u. a. durch die Kommune und den Freistaat Sachsen finanziert. ▪ Die Finanzierung des Seniorensozialdienstes selbst ist in seiner Funktion als kommunaler Sozialdienst gesichert. Er ist fest im Stellenplan verankert. Dies liegt auch daran, dass die Kommune ein Interesse an der Aufrechterhaltung der vorhandenen Strukturen hat.
Weitere Besonderheiten	▪ Der Seniorensozialdienst ist mit den relevanten Akteuren vor Ort vernetzt. In Sachsen ist die Voraussetzung durch die Pflegenetze und die vernetzte Pflegeberatung erfüllt. ▪ Die Gesundheitsregion Chemnitz ist Teil des vom BMWi geförderten Projektes Chemnitz+.
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Vor-Ort-Besuch: Gespräch mit Ina Platzer (Koordinatorin, Abteilungsleiterin im Sozialamt) und Frau Schuffenhauer (Sozialarbeiterin, auch Koordination) ▪ Diverse Informationsmaterialien (Informationsschreiben, Orientierungshilfe, Newsletter)

Angebots-bezeichnung	Soziale Informations-Stelle (SIS)
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger der SIS ist das Magistrat der Stadt Bremerhaven. ▪ Es gibt verschiedene Kooperationspartner, u. a. Gesundheitsamt, Betreuungsbehörde, Pflegestützpunkt. ▪ Die SIS ist an die zwei der sechs städtischen Seniorentreffpunkte angegliedert.
Gründung und Ziele	▪ Die SIS gibt es seit 2011. In der Entstehungsphase haben sich die Verantwortlichen u. a. an den sozialen Dienstleistungszentren in Bremen orientiert und sich dort mit den Verantwortlichen ausgetauscht. Das eigentliche Konzept wurde jedoch eigenständig entwickelt. ▪ Ziel ist es, durch frühzeitige Beratung die Selbstständigkeit im Alter zu erhalten und zu fördern. Dafür wird der Zugang zur Zielgruppe über ihre gewohnte Umgebung (Seniorentreffpunkte) geschaffen.
Leistungs-spektrum	▪ In den städtischen Seniorentreffpunkten in Bremerhaven können sich ältere Menschen treffen, ihre Freizeit verbringen und soziale Kontakte pflegen. Hier ist die SIS angedockt. ▪ Am Anfang der Beratung steht immer eine Bedarfsermittlung, die im Rahmen einer Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch die Sozialpädagoginnen zusammen mit einer bzw. einem Ehrenamtlichen stattfindet. ▪ Die ehrenamtlichen Lotsinnen und Lotsen besuchen die Betroffenen, begleiten sie zu Terminen, Freizeitaktivitäten etc. Auch nach einem Krankenhausaufenthalt sind die Lotsinnen und Lotsen den Betroffenen beim zuhause ankommen behilflich (z. B. Kühlschrank füllen). ▪ Die Ehrenamtlichen weisen die Betroffenen auf die Möglichkeit hin, sich durch die Hauptamtlichen beraten zu lassen, bzw. weisen die Hauptamtlichen auf bestehende Bedarfe hin. Daraus ergeben sich Synergieeffekte („man kennt sich“). ▪ Die Ehrenamtlichen werden nicht nur an die Betroffenen vermittelt, sondern werden alle vier Wochen zu Treffen eingeladen und geschult, damit die Hauptamtlichen darüber im Bild bleiben, wie die Arbeit der Ehrenamtlichen mit den Betroffenen funktioniert und wie es den Betroffenen geht. ▪ Um den Wiedererkennungswert zu erhöhen wurden für die SIS Stofftaschen mit dem SIS-Logo eingeführt, in denen die Ehrenamtlichen Informationsmaterialien etc. transportieren können. ▪ Die Netzwerkpartner der SIS (u. a. Gesundheitsamt, Betreuungsbehörde, Pflegestützpunkt) übermitteln Daten an die SIS, wenn sie Personen mit entsprechenden Bedarfen identifizieren. Ggf. wird dann ein Hausbesuch durch die SIS vermittelt. Es finden zudem halbjährlich Treffen mit den Hauptamtlichen der Kooperationspartnerinnen und -partner statt. Aufgrund der Größe von Bremerhaven haben die Verantwortlichen einen kurzen Draht zueinander („man kennt sich“), sodass auch zwischendurch regelmäßig per Telefon oder E-Mail kommuniziert wird. ▪ Die Vernetzung der SIS innerhalb der Stadt ermöglicht z. B. eine zeitnahe Vermittlung zu den entsprechenden Beratungsstellen. Beim Sortieren der notwendigen Unterlagen für Anträge oder für die Wegbegleitung mit dem ÖPNV zur Beratungsstelle wird auf den Pool der ehrenamtliche SIS-Lotsinnen und Lotsen verwiesen.
Zielgruppen-spezifität	▪ Da es sich um einen präventiven Ansatz handelt, sind die Nutzenden meist noch nicht pflegebedürftig. ▪ Die Besonderheit des Angebotes ist es, dass die Betroffenen nicht unbedingt aufs Amt gehen müssen. Durch die Seniorentreffpunkte als Außenstelle des Sozialamts kann einiges in die Wege geleitet werden bzw. Telefongespräche mit den entsprechenden Sachbearbeitenden des Sozialamtes organisiert werden. Da der Zugang zur SIS über die Seniorentreffpunkte und nicht über die Behörde stattfindet, ist die Hemmschwelle für die Zielgruppe geringer. Durch das gewohnte Umfeld und die bekannten Personen wird das Vertrauen und die Motivation der Betroffenen gestärkt. ▪ An den Treffpunkten können sich die Senioren auch selbst engagieren und einbringen. Zudem können sie dort sehr günstig Kaffeetrinken (50 Cent pro Tasse). Sie müssen dort jedoch nichts konsumieren, wenn sie es sich nicht leisten können. ▪ Für den Einsatz der Lotsinnen und Lotsen leisten die Betroffenen lediglich einen symbolischen Beitrag von fünf Euro pro Einsatz (unabhängig von dessen Dauer). Dieser Beitrag ist eine Art Fahrkostenpauschale, damit die Ehrenamtlichen sich davon ein Busticket kaufen können.
Größe und Verbreitung	▪ Etwa 80 Nutzende pro Jahr. ▪ Zwei hauptamtliche Mitarbeitende in Teilzeit (Personalunion: Treffpunktleitung und SIS-Beraterin), eine hauptamtliche Koordinatorin in Vollzeit; alle Hauptamtlichen sind fest beim Sozialamt angestellt; 27 ehrenamtliche Lotsinnen und Lotsen ▪ Die Seniorentreffpunkte, an die die SIS angegliedert sind, befinden sich in zwei Stadtteilen in Bremerhaven.
Finanzierung	▪ Das Angebot ist nicht Teil der Regelversorgung. Von Anfang 2014 bis Ende 2016 wurde die SIS im Rahmen des Programms „Zuhause im Alter“ vom BMFSFJ gefördert. An der Notwendigkeit des Angebotes besteht jedoch auch nach Auslaufen der Förderung kein Zweifel. Es gilt sich jedoch strategisch neu auszurichten. Es gibt aktuell folgende Überlegungen: die SIS auf weitere

	Seniorentreffpunkte auszuweiten, eine Wohnberatung anzubieten, die ohnehin vorhandenen Sozialarbeiterinnen im Sozialamt in einem Dienst zusammenzufassen, über § 45b SGB XI (niedrigschwellige Betreuungskräfte) finanzielle Mittel beantragen.
Weitere Besonderheiten	▪ Um die Verlässlichkeit zu erhöhen und um die Planung zu vereinfachen setzt die SIS arbeitslose Personen im Rahmen von ABM-Maßnahmen ein. Diese übernehmen dann ggf. die Wegbegleitung der Nutzerinnen und Nutzer zum Arzt oder zu Behörden. Bei den Ehrenamtlichen liegt der Schwerpunkt dagegen auf dem sozialen Kontakt mit den Betroffenen. ▪ Die SIS präsentiert sich regelmäßig bei der Gesundheitswoche in Bremerhaven. Dort findet ein gemeinsamer Vortrag von SIS, Betreuungsbehörde und den Pflegestützpunkten statt, im Rahmen dessen das Netzwerk vorgestellt wird. Eine ehrenamtliche Videogruppe hat das Angebot der SIS filmisch dargestellt. Das Video wird beim Vortrag gezeigt und soll demnächst auch auf der Homepage verlinkt werden.
Quellen	▪ Erste und zweite Online-Befragung ▪ Telefonisches Fachgespräch (anstelle eines Vor-Ort-Besuchs) mit Astrid Henriksen (Leiterin Sozialamt) und Jenny Bertram (Koordinatorin SIS, Mitarbeiterin des Sozialamtes) ▪ Informationsflyer der SIS

5 Los 3: Ältere Menschen mit Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, und Pflegebedürftigkeit

5.1 Einleitung

Das Thema „Älterwerden von Menschen mit Behinderung“ bekommt seit über zehn Jahren im Rahmen sozial- und heilpädagogischer Wissenschaft und Forschung in Deutschland verstärkt Aufmerksamkeit. Der Grund für die noch relative junge Auseinandersetzung mit diesem Themenfeld geht darauf zurück, dass es erst seit einigen Jahren eine merklich zunehmende Anzahl an Menschen gibt, die mit einer Behinderung alt werden. Die demografischen Einschnitte aufgrund der Euthanasieverbrechen des Nationalsozialismus machen sich kaum mehr bemerkbar und der medizinische Fortschritt sowie eine insgesamt bessere Versorgung tragen dazu bei, dass Menschen mit Behinderung immer öfter ein hohes Lebensalter erreichen.

Ältere Menschen mit und ohne Behinderung unterscheiden sich häufig nicht in der gewünschten Lebensgestaltung: sie wollen in Ruhe und sozial eingebunden alt werden und ihre verbliebenen Möglichkeiten zur Selbstständigkeit nutzen. Verschiedene Faktoren tragen jedoch dazu bei, dass ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit eine besonders vulnerable Gruppe sind. Dazu gehören höhere Gesundheitsrisiken, eingeschränkte Zugänge zu Versorgungsangeboten oder geringere soziale und materielle Ressourcen, beispielsweise infolge einer eingeschränkten Teilhabe am Arbeitsleben.

Im Rahmen der Studie werden in Kapitel 5.3 die Besonderheiten der Zielgruppe dargestellt und daraus in Kapitel 5.4 spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe abgeleitet, denen innovative Ansätze zur Deckung zugeordnet werden.

Zuletzt werden aus den Ergebnissen des Berichts Handlungsempfehlungen abgeleitet, die zur Verbesserung der Pflege- und Versorgungssituation älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland beitragen sollen (Kapitel 5.5).

5.2 Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes

5.2.1 Definition der Zielgruppe

Verständnis von Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Das Bild von Menschen mit Beeinträchtigung bzw. Behinderung als abhängig und hilfebedürftig gilt heute als überholt. Ihr menschenrechtlicher Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe ist – besonders durch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) – anerkannt.[269]

Die Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, wurde stark durch die UN-BRK sowie durch die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz: ICF), die im Jahr 2001 von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht wurde, geprägt.[270] Damit gerät verstärkt die Umwelt als Voraussetzung für Inklusion oder als behindernder Faktor in den Fokus.

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) für Menschen mit Behinderung wurde der Forderung vieler deutscher Expertinnen und Experten Rechnung getragen, die deutsche Gesetzgebung in Anlehnung an die UN-BRK und die ICF zu überarbeiten.[271] Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung wurde im Dezember 2016 verabschiedet und sieht folgende neue Definition des Begriffs Behinderung vor: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (Artikel 1 § 2 Abs. 1 BTHG).[272]

Generell wird mit dem BTHG ein entscheidender Systemwechsel vollzogen: Ab 2020 wird die Eingliederungshilfe aus dem Bereich der Sozialhilfe (SGB XII) herausgelöst und in Teil 2 des SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ unter dem

[269] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017).
[270] Vgl. Köhncke (2009).
[271] Vgl. Bundesministerium der Justiz (2016).
[272] Vgl. ebd.

Titel „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen“ in überarbeiteter Fassung eingeordnet. Durch diesen Schritt werden die Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe in Zukunft von den Leistungen zum Lebensunterhalt getrennt und sollen unabhängig vom Wohnort an dem Prinzip der Personzentrierung ausgerichtet werden.[273]

Grundsätzlich weisen die Kategorien „Behinderung“ und „Pflegebedürftigkeit“ einen großen Überschneidungsbereich in dem Sinne auf, dass Pflegebedürftigkeit immer eine Beeinträchtigung bzw. Behinderung darstellt. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Beginn des Jahres 2017 (Pflegestärkungsgesetz II) und der damit erfolgten Abkehr vom Verrichtungsbezug verstärkt sich diese Überschneidung noch weiter. In Übereinstimmung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird in diesem Bericht als pflegebedürftig bezeichnet, wer aufgrund einer beeinträchtigten Selbstständigkeit und/ oder aufgrund beeinträchtigter Fähigkeiten von professioneller Hilfe abhängig ist, und zwar grundsätzlich nicht nur bei der Verrichtung von Grundpflege, sondern in allen relevanten Lebensbereichen.

Definition der Zielgruppe

Um die heterogenen Lebenssituationen und Unterstützungsbedarfe älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit besser abzubilden, wird eine Differenzierung in drei Teilgruppen vorgenommen:

1. ältere Menschen mit einer Behinderung und Pflegebedürftigkeit,

2. ältere Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Teilgruppe von 1.),

3. ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Teilgruppe von 2.).

Die erste Teilgruppe umfasst alle älteren Menschen, die eine Behinderung haben, unabhängig davon, wie lange sie mit dieser Behinderung gelebt haben bzw. ob die Behinderung erst im höheren Lebensalter als alterskorrelierte Beeinträchtigung aufgetreten ist.

Da sich Menschen, deren Behinderung ihr Leben aufgrund des Auftretens in einer früheren Lebensphase in starkem Maße geprägt hat, in ihren Lebensumständen deutlich von Menschen

[273] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016).

unterscheiden, deren Behinderung erst im höheren Lebensalter aufgetreten ist, wird bei der zweiten Teilgruppe differenziert, inwiefern eine sogenannte lebensbegleitende Behinderung vorliegt. Die Teilgruppe der älteren Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung weist zusätzliche Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen auf und ist zudem deutlich mehr Exklusionsrisiken ausgesetzt.[274] Art und Umfang der zusätzlichen Beeinträchtigungen und Exklusionsrisiken hängen von Art und Grad der Behinderung (GdB) sowie dem Lebensalter bei Eintritt der Behinderung ab. Generell ist es nicht möglich, eine exakte Altersgrenze festzulegen, ab welcher das Auftreten einer Behinderung als lebensbegleitend zu bezeichnen ist. Es liegen jedoch vielfältige Erkenntnisse darüber vor, wie eine lebensbegleitende Behinderung die unterschiedlichen Lebensbereiche und Teilhabechancen beeinflussen.[275]

Bei der dritten Teilgruppe wird unterschieden, ob es sich bei der lebensbegleitenden Behinderung um eine kognitive Behinderung handelt. Unabhängig davon, dass es weder in Deutschland noch im internationalen Kontext eine einheitliche und eindeutige Definition von geistiger Behinderung gibt, gehört zu den Merkmalen einer geistigen Behinderung, dass eine beeinträchtigte Intelligenz vorliegt und in diesem Zusammenhang die Leistungsfähigkeit bei verschiedenen Aktivitäten und der Teilhabe deutlich beeinträchtigt wird.[276]

Im Fokus der vorliegenden Studie stehen ausschließlich die zweite und die dritte Teilgruppen, begründet durch die zusätzlichen Beeinträchtigungen und Exklusionsrisiken, die zu einer besonderen Vulnerabilität führen.[277]

Auch in den geführten Fachgesprächen teilten die meisten Expertinnen und Experten die Einschätzung, dass sich Menschen mit einer lebensbegleitenden (geistigen) Behinderung in ihrem Bedarf an Unterstützung deutlich von Menschen mit im Alter erworbener Behinderung unterscheiden. Die Komplexität des Hilfebedarfes sei deutlich höher (u. a. Pflege- und Unterstützungsleistungen, Teilhabeleistungen und medizinische Leistungen). Zudem sei die Regiekompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung häufig weniger ausgeprägt, sodass Unterstützungsleistungen nicht selbst

[274] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013).

[275] Siehe Kapitel 5.3.1.

[276] Vgl. Dieckmann u. Metzler (2013).

[277] Im Folgenden wird zur Vereinfachung das lebensbegleitende Vorliegen einer Behinderung nicht immer explizit erwähnt, sondern von älteren Menschen mit Behinderung gesprochen - von einer lebensbegleitenden Behinderung wird in dieser Teilstudie dabei grundsätzlich ausgegangen.

organisiert werden könnten bzw. eine Anleitung bei der Ausführung benötigt werde.

5.2.2 Zielgruppengröße

Datenlage

Amtliche Statistiken zu Menschen mit (geistiger) Behinderung gibt es in Deutschland, wenn bei diesen eine (Schwer-)Behinderung amtlich anerkannt wurde – die Statistik der schwerbehinderten Menschen bzw. Schwerbehindertenstatistik – oder wenn sie Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen – in diesem Fall als Teil der Sozialhilfestatistik. Insgesamt fehlen jedoch Daten, die eine vollständige Erfassung der Menschen mit (geistiger) Behinderung ermöglichen.[278] Die mangelhafte Datenlage wird auch als Grund angesehen, warum bislang nur wenig Aussagen über den quantitativen Unterstützungsbedarf des Personenkreises möglich sind.[279]

Liegt bei älteren Menschen mit Behinderung zusätzlich eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI vor, dann verschlechtert sich die ohnehin schon schwierige Datenlage. Die Pflegestatistik weist das Merkmal Behinderung nicht aus. Die Erfassung der Gruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit bleibt solange schwierig, wie die statistischen Daten die Merkmale Behinderung und Pflegebedürftigkeit nicht gemeinsam in den Blick nehmen. In Deutschland gibt es mit einer Sondererhebung des Mikrozensus lediglich eine Datenquelle, die zur zahlenmäßigen Verbreitung von Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung Auskunft gibt. Da es sich um eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung und keine Vollerhebung handelt und diese auch nur alle vier Jahre durchgeführt wird, weist sie einige Einschränkungen auf.

Box 5-1: Datengrundlagen und Statistiken zu älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Die **Schwerbehindertenstatistik** ist die Bundesstatistik über Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung und einem anerkannten Behinderungsgrad von 50 oder mehr. Sie teilt die Besitzer eines Schwerbehindertenausweises nach Grad, Art und Ursache der Behinderung ein. Diese Einteilung wird gegenwärtig in Fachkreisen als nicht mehr zeitgemäß und willkürlich diskutiert.[280] Im Rahmen der **Sozialhilfestatistik** wird die Eingliederungshilfe (6. Kapitel SGB XII, §§ 53 bis 60, zukünftig Teil 2 SGB IX n. F.) für Menschen mit Behinderung erfasst. Sie registriert

[278] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017).
[279] Vgl. Tiesmeyer (2015).
[280] Vgl. Köhncke (2009).

zwar die Inanspruchnahme von Leistungen, liefert jedoch keine Informationen darüber, wie viele Menschen tatsächlich täglich Unterstützung bedürfen und ob von einer Hilfeart (z. B. von SGB XII nach SGB XI) zur anderen gewechselt wird.[281] Menschen mit Behinderung, die keine Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, werden nicht erfasst. Die **Pflegestatistik** verweist über die Vergabe von Pflegestufen/ -graden lediglich auf die Höhe des Hilfebedarfes und damit auf den Pflegeaufwand, enthält jedoch keine Angaben zu Behinderungsarten und daher auch keine Informationen über die Anzahl der älteren Menschen mit lebensbegleitender (geistiger) Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Eine **Sondererhebung des Mikrozensus**, die alle vier Jahre durchgeführt wird – zuletzt 2013 – liefert als einzige Datenquelle deutschlandweite Pflegequoten von Menschen mit einer anerkannten Behinderung, differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Grad der Behinderung (20-40 oder 50-100). In der Bevölkerungsstichprobe des Mikrozensus sind Menschen mit Pflegebedürftigkeit allerdings unterrepräsentiert. Das wird an der Gesamtzahl der dort erfassten Menschen mit Pflegebedürftigkeit deutlich: Während sich mit den Pflegequoten aus dem Mikrozensus 2013 übertragen auf die Gesamtbevölkerung eine Anzahl von rund 1,4 Mio. Personen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit ergibt, ist die tatsächliche, in der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2015) ausgewiesene Anzahl mit 2,4 Mio. Pflegebedürftigen deutlich höher.

Die bisherigen Erkenntnisse über Unterstützungs- und Pflegebedarf und die Versorgungssituation älterer Menschen mit (geistiger) Behinderung wurden über die Befragungen im Rahmen des Mikrozensus, des Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) und über wissenschaftliche Einzeluntersuchungen gewonnen.[282] Wie repräsentativ diese Untersuchungen jedoch für das gesamte Bundesgebiet sind, ist fallweise zu beurteilen.

Abschätzungen der Zielgruppengrößen

Im Rahmen der Fachgespräche wurde durchgängig von allen Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Anzahl der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit zunimmt und verstärkt in den jeweiligen Einrichtungen und Diensten in Erscheinung tritt. Letzteres gelte insbesondere für die Eingliederungshilfe, während Menschen mit Behinderung in der Altenpflege immer noch eine vergleichsweise kleine Gruppe seien. Die Zunahme betrifft den Einschätzungen zufolge alle Teilgruppen und alle Beeinträchtigungsarten.

Trotz der unübersichtlichen Daten- und Studienlage soll eine quantitative Abschätzung der Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden. Dabei wird auch versucht,

[281] Vgl. ebd.

[282] Vgl. MUG-Studien 1996/1998, LEQUI-Studien 2010-2013 und MUTIG-Studie 2017.

solche Schätzungen differenziert für die in Kapitel 5.2.1 vorgestellten Zielgruppen vorzunehmen.

1) Ältere Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit

Zur Ermittlung der Zahl pflegebedürftiger Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung auf Basis der Sondererhebung 2013 des Mikrozensus ermittelt. Wie in Box 5-1 beschrieben, sind Menschen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit im Mikrozensus unterrepräsentiert. Unter der Annahme, dass diese Unterrepräsentativität bezüglich pflegebedürftiger Personen im Mikrozensus Menschen mit Behinderung in gleicher Weise betrifft wie Menschen ohne Behinderung, wurden die ermittelten alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung (GdB 50-100) mithilfe eines Korrekturfaktors angeglichen. Die Schätzung führt zu folgenden Ergebnissen:

- Im Jahr 2015 gab es insgesamt 7,6 Mio. Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Wendet man auf diese die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten an, ergibt sich hieraus eine geschätzte Anzahl von **1,55 Mio. Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit**, bei einer Pflegequote von 20,4 Prozent.

- Werden lediglich die Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ab einem Alter von 65 Jahren betrachtet, ergibt sich eine Anzahl von **1,17 Mio. Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren**, bei einer Pflegequote von 27,8 Prozent.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass die verwendeten Statistiken noch nicht die Veränderungen berücksichtigen, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits eingetreten sind bzw. noch eintreten werden. Dieser führt insbesondere durch den Pflegegrad 0 zu einer weiteren Erhöhung der Anzahl an Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind.[283]

2) Ältere Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Um einen Anhaltspunkt zu erhalten, wie viele ältere Menschen eine Behinderung bereits in früheren Lebensjahren erworben

[283] Vgl. Rothgang und Sauer (2013).

haben, wurde in einem ersten Schritt ermittelt, wie groß der Anteil der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung an der Bevölkerung bestimmter Altersklassen ist. Für diese Studie werden die Altersklassen von 0-18 Jahren und von 0-35 Jahren herangezogen. Die so ermittelten Prozentanteile der schwerbehinderten Menschen wurden auf die aktuelle Bevölkerungszahl der 65-Jährigen und älteren Menschen bezogen.

Mit dieser Vorgehensweise sind zwei Einschränkungen verbunden. Zum einen setzt sie voraus, dass sich die Anteilswerte der schwerbehinderten Menschen in den Altersklassen im Zeitverlauf nicht verändern. Zum anderen werden Unterschiede in der Sterblichkeit von Menschen mit und ohne anerkannte Schwerbehinderung außer Acht gelassen. Die tatsächliche Anzahl der älteren Menschen mit lebensbegleitender Behinderung wird daher systematisch überschätzt. Der ermittelte Wert kann allerdings als eine Obergrenze interpretiert werden und dadurch bereits eine ansonsten völlig fehlende Orientierung geben. Die Schätzung führt zu folgenden Ergebnissen:

- Im Jahr 2015 hatten nach der vorgestellten Berechnungsmethode ca. 220.000 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ab 65 Jahren eine lebensbegleitende Behinderung, die bereits vor dem 18. Lebensjahr bestand. Überträgt man die zuvor berechnete Pflegequote für die ab 65-Jährigen auf die Größe dieser Personengruppe, so errechnet sich hierdurch eine Anzahl von **ca. 61.000 pflegebedürftigen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung, deren Behinderung bereits vor dem 18. Lebensjahr bestand**.

- Fasst man den Begriff lebensbegleitend weiter auf und zählt auch noch Behinderungen dazu, die bis zum 35. Lebensjahr eingetreten sind, so erhöht sich die Anzahl auf ca. 370.000 Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ab 65 Jahren und einer lebensbegleitenden Behinderung, die bereits vor dem 35. Lebensjahr bestand. Auf die gleiche Weise wie zuvor errechnet sich für die Personengruppe eine Anzahl **ca. 102.000 pflegebedürftigen Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung, deren Behinderung bereits vor dem 35. Lebensjahr bestand**.

3) Ältere Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Laut Schwerbehindertenstatistik waren 2015 insgesamt rund 25.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung ab einem Alter von 65 Jahren als schwerbehindert anerkannt. Dabei handelt es

sich insofern um eine Mindestanzahl, als die Schwerbehindertenstatistik die Art der schwersten Behinderung erfasst. Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung, deren schwerste Behinderung anderer Art ist, werden nicht bei den Menschen mit geistigen Behinderung mitgezählt, auch wenn eine solche besteht. Die Pflegequote bzw. Pflegefallhäufigkeit dieser Personengruppe ist dem Mikrozensus nicht zu entnehmen.

- Für die Abschätzung der Anzahl älterer Menschen mit einer geistigen Behinderung und Pflegebedürftigkeit wird die Anzahl der älteren Menschen mit geistiger Behinderung mit der Pflegequote der ab 65-jährigen Menschen mit einer Behinderung von 27,8 Prozent multipliziert. Dieses Vorgehen führt zu einer geschätzten Anzahl von **rund 7.000 älteren Menschen mit geistiger Behinderung (anerkannter Schwerbehinderung) und Pflegebedürftigkeit**.

Die Zahl ist sehr klein, was daran liegt, dass die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung mit zunehmendem Alter sehr stark abnimmt. Im Zuge der sich angleichenden Lebenserwartung von Menschen mit geistiger und ohne geistige Behinderung kann davon ausgegangen werden, dass die Gruppe der älteren Menschen mit geistiger Behinderung deutlich zunehmen wird. Das zeigt sich bereits in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik daran, dass die Anzahl der 60- bis 65-jährigen Menschen mit geistiger Behinderung doppelt so groß ist wie die Alterskohorte der 65-70-Jährigen. Langfristig kann angenommen werden, dass sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund zusätzlich altersbedingter Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2030 durchschnittlich um etwa 11 Prozent p. a. erhöhen wird.[284] Vom Ausgangsjahr 2015 aus berechnet würde die Anzahl bis zum Jahr 2025 bereits auf gut 22.100 Personen ansteigen. Dabei ist noch nicht ein zu erwartender Anstieg anspruchsberechtigter Personen mit dem Pflegegrad 0 nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt, da es hierzu noch keine verlässlichen Vorausschätzungen gibt.

Mehrere Expertinnen und Experten, mit denen Fachgespräche geführt wurden, registrieren zudem eine starke Zunahme der Personengruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung und gehen fest davon aus, dass diese sich weiter fortsetzen wird. Sie sehen hier eine große Aufgabe für die Altenpflege und die Eingliederungshilfe.

[284] Vgl. Schäper et al. (2010).

- Laut Schwerbehinderungsstatistik 2015 gibt es ca. 136.000

  ältere Menschen mit einer amtlich anerkannten psychischen Behinderung. Wendet man auf diese Gruppe die allgemeine Pflegequote von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit von 27,8 Prozent an, so ergibt dies für das Jahr 2015 eine rechnerische Gesamtzahl von **rund 38.000 Menschen mit einer psychischen Behinderung (anerkannten Schwerbehinderung) ab einem Alter von 65 Jahren, die pflegebedürftig sind**.

Bei dieser Zahl ist zum einen zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um Menschen mit einer amtlich anerkannten psychischen Behinderung handelt. Zum anderen handelt es sich um die Gruppe der Menschen mit Schwerbehinderung, die mit großem Abstand das dynamischste Wachstum aufweist. Dem aktuellen Teilhabebericht der Bundesregierung ist zu entnehmen, dass die Anzahl der betroffenen Personen allein zwischen 2005 und 2013 um 57 Prozent zugenommen hat.[285]

5.3 Besondere Anforderungen an die Versorgung der Zielgruppe

5.3.1 Lebenslagen

Im Folgenden werden in der Literatur beschriebene zentrale Aspekte aufgeführt, in welchen sich ältere Menschen mit lebensbegleitender Behinderung tendenziell von älteren Menschen ohne Behinderung bzw. ohne lebensbegleitende Behinderung unterscheiden. Dies dient als Grundlage für die anschließende Herleitung spezifischer Pflege- und Unterstützungsbedarfe.

Soziale Beziehungen und Unterstützung

Untersuchungen, die sich mit dem informellen sozialen Netz von Menschen mit Behinderung beschäftigt haben, zeigen, dass die Gründung einer eigenen Familie und damit Partnerschaft/Ehe und Elternschaft für eine Mehrheit der Menschen mit lebensbegleitender (geistiger) Behinderung wesentlich seltener ist als bei Menschen ohne bzw. bei Menschen mit erst im Alter auftretender Behinderung.[286]

Den Befragungsergebnissen einer Studie über die Inanspruchnahme und Etablierung sozialer Netzwerke im Alter (INA-Studie)

[285] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017).
[286] Vgl. Dieckmann et al. (2013), Schäper et al. (2010) und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017).

zufolge leben rund 55 Prozent der Menschen mit Behinderung nicht in einer festen Partnerschaft. 15 Prozent verfügen zudem über kein bzw. ein sehr kleines soziales Netzwerk.[287] Im Vergleich dazu zeigt eine aktuelle Erhebung von TNS-Infratest, dass Pflegebedürftige im Alter von 60 bis- 79 Jahren nur in sechs Prozent der Fälle ledig und in 16 Prozent kinderlos sind.[288]

Stattdessen gelten vor allem die Eltern als die wichtigsten informellen Bezugspersonen. Mit zunehmendem Alter von Menschen mit Behinderung steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Eltern pflegebedürftig werden und schließlich versterben, sodass die familiäre Unterstützung immer schlechter gelingt und häufig mit dem Verlust der wichtigsten Vertrauens- und Unterstützungspersonen einhergeht.[289] Eine Befragung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg kommt zu dem Ergebnis, dass nach dem Tod der Eltern verstärkt die Geschwister die informelle Unterstützung übernehmen, wobei die tägliche Unterstützung meist durch professionelle Angebote abgedeckt wird.[290]

Für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit hat das zur Folge, dass informelle Unterstützungsleistungen in Form von emotionaler und instrumenteller Unterstützung, aber auch durch Informationen, Bestätigung und Anerkennung gerade im Alter nicht in gleichem Umfang zur Verfügung stehen, wie das bei Menschen ohne Behinderung bzw. bei Menschen mit einer im höheren Alter erworbenen Behinderung der Fall ist.[291] Dies führt zudem dazu, dass die Organisations- und Kontrollfunktion (z. B. Qualität) gegenüber formellen, professionellen Dienstleistern – beispielsweise Pflegedienst oder Pflegeeinrichtung - eingeschränkt wird bzw. nicht mehr gegeben ist.[292]

Weiter konnten Untersuchungen aufzeigen, dass sich Freundschaften von Menschen mit Behinderung häufig durch ein gemeinsames Umfeld wie die Wohngruppe, die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder das Tagesangebot entwickeln. Ohne entsprechende Unterstützungsleistungen werden diese Freundschaften nicht aufrechterhalten. Daraus folgt, dass eine Veränderung dieses Kontextes durch die Verrentung oder einen Umzug in

[287] Vgl. Driller et al. (2008).
[288] Vgl. TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017).
[289] Vgl. Dieckmann et al. (2013).
[290] Vgl. ebd.
[291] Vgl. Dieckmann et al. (2013) und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013).
[292] Vgl. Dieckmann et al. (2013).

eine Einrichtung der Altenhilfe zu einem Abbruch der Freundschaft führen kann.[293]

Bildung und Erwerbsleben

In dem erwähnten Forschungsprojekt in Baden-Württemberg wurde festgestellt, dass von den befragten älteren Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer privaten Umgebung wohnen, lediglich 18 Prozent die Schule mit einem regulären Schulabschluss abgeschlossen haben. Wohnen die Befragten in einer Einrichtung der Behindertenhilfe, haben rund fünf Prozentpunkte weniger einen Schulabschluss erworben. Obgleich diese Ergebnisse nicht repräsentativ für Deutschland sind, kann festgehalten werden, dass ältere Menschen mit geistiger Behinderung zum Großteil keinen schulischen oder beruflichen Abschluss erworben haben.[294] Das ist auch aus der Schulstatistik ableitbar: Im Jahr 2014 besuchten demnach 91 Prozent aller Schülerinnen und Schüler mit einer sonderpädagogischen Förderung des Schwerpunkts „geistige Entwicklung“ eine Förderschule. Gleichzeitig verließen 71 Prozent der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen die Schule ohne einen Abschluss.[295]

Gerade ältere Menschen mit (geistiger) Behinderung hatten keine bzw. wenig Möglichkeiten überhaupt schulische Bildung zu erhalten. Dieckmann und Metzler (2013) kommen zu dem Ergebnis, dass ein Fünftel der 65- bis 69-Jährigen mit geistiger Behinderung keine Schule besucht hat. Im Vergleich zwischen den Altersgruppen ist dieser Anteil bei den 65- bis 69-Jährigen am höchsten.[296]

Menschen mit lebensbegleitender Behinderung, insbesondere mit geistiger Behinderung, sind mehrheitlich nach Verlassen der Schule nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Sie sind stattdessen häufig in Werkstätten für behinderte Menschen und damit auf dem geschützten Arbeitsmarkt tätig. Dort erhalten sie ein sehr niedriges Einkommen in Höhe von bundesdurchschnittlich rund 180 Euro im Monat.[297] Niedrige Einkommen in der Erwerbsphase führen nicht nur zu geringen Rentenansprüchen, sondern verhindern auch die Vermögensbildung. Überdies ist die Vermögensbildung für Empfänger von Eingliederungshilfe-Leistungen gesetzlich auf 2.600 Euro vor bzw. 27.600 Euro seit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) beschränkt.[298] Aufgrund der

[293] Vgl. ebd.
[294] Vgl. Dieckmann und Metzler (2013).
[295] Vgl. Kultusministerkonferenz (2016).
[296] Vgl. Dieckmann und Metzler (2013).
[297] Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (2014).
[298] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016).

häufig fehlenden partnerschaftlichen Beziehung unterbleibt i. d. R. auch eine finanzielle Absicherung durch den Lebenspartner.

Auch der Teilhabebericht der Bundesregierung kommt zu dem Ergebnis, dass erwerbstätige Menschen mit Beeinträchtigungen durchschnittlich ein deutlich geringeres monatliches Bruttoentgelt erhalten. Damit geht auch ein geringerer Vermögensaufbau einher: Laut Teilhabebericht können 45 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigungen kein Geld zurücklegen, im Vergleich zu 38 Prozent bei den Menschen ohne Beeinträchtigungen.[299] Diese Angaben betreffen allerdings nicht nur Menschen mit anerkannter Behinderung oder gar einer lebensbegleitenden Behinderung. Deren Einkommens- und Vermögenssituation wird aufgrund der Schwere der Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Erwerbsbiografie nochmals deutlich nachteiliger sein. Die materielle Benachteiligung erschwert ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe im Alter.

Wohnen

Ältere Menschen mit schwerwiegenderer lebensbegleitender Behinderung beziehen oft Leistungen der Eingliederungshilfe; Statistiken der Leistungsträger geben darüber Auskunft, in welcher Wohnform diese Menschen leben.

Im Jahr 2015 erhielten 59.108 Menschen mit Behinderung im Alter von 60 Jahren und älter *Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen*. Von diesen nahmen 20.531 Personen bzw. rund 35 Prozent Leistungen des ambulant betreuten Wohnens und 38.577 Personen bzw. 65 Prozent Leistungen des stationär betreuten Wohnens in Anspruch. Die stationäre Einrichtung ist trotz zunehmender Ambulantisierung nach wie vor der häufigste Lebensort von älteren Menschen mit Behinderung, die Eingliederungshilfeleistungen beziehen.[300]

Unter den Leistungsempfängerinnen und -empfängern des *ambulant betreuten Wohnens* sind gut 11 Prozent 60 Jahre alt oder älter, 70 Jahre alt oder älter sind knapp 22 Prozent. Gut 25 Prozent haben eine geistige Behinderung, während die große Mehrheit von 71 Prozent eine psychische Behinderung aufweist.[301]

Im *stationär betreuten Wohnen* sind rund 18 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner 60 Jahre alt oder älter, 70 Jahre alt oder

[299] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017).
[300] Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (2017).
[301] Vgl. ebd.

älter sind knapp 5 Prozent. Der Anteil der älteren Menschen nimmt unter den Leistungsempfängerinnnen und -empfängern des stationär betreuten Wohnens in den letzten Jahren zu. In Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens überwiegen die Menschen mit einer geistigen Behinderung deutlich. Sie machen dort 64 Prozent aller Leistungsempfängerinnen und -empfänger aus, auf Menschen mit einer psychischen Behinderung entfällt ein Anteil von 28 Prozent.[302]

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Modelle für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter innovativ gestalten“ (MUTIG 2017) wurde untersucht, in welchen Wohnsettings *Menschen mit geistiger Behinderung* im Alter in Westfalen-Lippe leben. Dabei werden SGB XI- und SGB XII-Einrichtungen sowie Selbstständiges Wohnen/ Wohnen in der Familie unterschieden. Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Ca. 60 Prozent die Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung über 65 Jahren wohnt in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe

- Weitere acht Prozent leben in ambulant betreuten Wohnformen und über zehn Prozent selbstständig bzw. mit der eigenen Familie oder in einer Gastfamilie.

- Fast 22 Prozent leben in einer stationären Pflegeeinrichtung – ca. acht Prozent in einer allgemeinen und ca. 14 Prozent in einer zielgruppenspezifischen Pflegeeinrichtung.[303]

Ältere Menschen mit geistiger Behinderung ziehen demnach vergleichsweise oft in eine Pflegeeinrichtung. Allein aufgrund des hohen Anteils des Wohnortes „stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe“ lässt sich schließen, dass die meisten Umzüge in Pflegeeinrichtungen aus dieser Wohnform heraus erfolgen. Thimm et al. haben in einer qualitativen Befragung im Rahmen der MUTIG-Studie Einrichtungsleitungen und Menschen mit geistiger Behinderung bzw. deren Angehörige/ gesetzliche Betreuer nach den Umzugsgründen gefragt. Demnach führen aus Sicht der Einrichtungsleitungen eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung mit steigendem Pflegebedarf, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (WfbM) und in der Folge die fehlende Tagesbetreuung (Tagesstruktur) zu der Wahrnehmung einer Überlastung der Wohneinrichtung. Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Angehörigen geben an, dass ihnen keine Alternativen zum

[302] Vgl. ebd.
[303] Vgl. Thimm et al. (2017).

Umzug in ein Pflegeheim bekannt waren und sie bei der Umzugsentscheidung nur durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung beraten wurden. Den Umzug bewerten sie als kritisches Ereignis, mit dem sie sich jedoch im Nachhinein arrangiert haben. Die Autorinnen und Autoren der MUTIG-Studie werten den Umstand, dass der Umzug in ein Pflegeheim häufig im Alter von 60 und 69 Jahren erfolgt und der Aufenthalt dort dann viele Jahre dauert, als Hinweise darauf, „dass nicht allein eine gravierende Verschärfung des Pflegebedarfs ausschlaggebend für den Umzug in eine spezielle Pflegeeinrichtung ist (...)“.[304]

Zu älteren *Menschen mit geistiger Behinderung, die Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Eingliederungshilfe sind*, liegen detailliertere Daten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe aus dem Jahr 2014 vor, die im Rahmen der MUTIG-Studie ausgewertet wurden:[305]

- Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der in stationären Einrichtungen Wohnenden kontinuierlich an; so wohnen 69 Prozent der 60 bis 69-Jährigen und 87 Prozent der 70 bis 79-Jährigen (ab 80 Jahren: 95 %) in einer stationären Wohneinrichtung.

- Im Vergleich dazu leben 17 Prozent der 60 bis 69-Jährigen in einer ambulant betreuten Wohnform; bei den 70 bis 79-Jährigen lediglich 9 Prozent (ab 80 Jahren 3 %). Auch der Anteil der selbstständig oder bei Angehörigen Wohnenden nimmt mit dem Alter ab: gut 13 Prozent der 60 bis 69-Jährigen wohnen selbstständig oder bei Angehörigen.

- Zudem zeigt sich, dass Menschen mit geistiger Behinderung und niedrigem Hilfebedarf (Hilfebedarfsgruppe – HBG – 1) seltener in stationären Settings leben (Anteil rund 6 %). Im Vergleich dazu hat sich der Anteil der stationär Wohnenden mit höherem Hilfebedarf (HBG 4 und 5) von 2010 bis 2014 deutlich erhöht (Anteil ca. 43 %). Jedoch geht der höhere Hilfebedarf, bemessen an der Hilfebedarfsgruppe, mit dem Alter sogar zurück. Dies kann nach Ansicht der Autorinnen und Autoren der Studie darauf zurückzuführen sein, dass die Lebenserwartung von Menschen mit hohem Hilfebedarf tendenziell niedriger ist oder diese Gruppe häufiger in ein Altenheim umzieht.

[304] Ebd. S. 78.

[305] Die folgenden Ergebnisse sind der Studie von Thimm et al. (2017) entnommen.

Viele *Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen*, sind auch *pflegebedürftig*. In einer Stichproben-Erhebung aus dem Jahr 2013 haben Rothgang et al. festgestellt, dass 43 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen des stationär betreuten Wohnens des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) eine anerkannte Pflegebedürftigkeit hatten und für diese die Leistung nach § 43a SGB XI gezahlt wurde. Die Autoren haben von dieser Basis ausgehend die Anzahl der betroffenen Personen für Deutschland insgesamt hochgerechnet. Dieser Hochrechnung zufolge wurden im Jahr 2013 für rund 82.000 Menschen mit Behinderung, die in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe wohnen, aufgrund von Pflegebedürftigkeit Leistungen nach § 43a SGB XI gezahlt. Hierbei handelt es sich um Bewohnerinnen und Bewohner aller Altersgruppen.[306]

Gesundheit

Nicht zuletzt aufgrund der Fortschritte in der Medizin gleicht sich das Lebensalter der Menschen mit geistiger Behinderung dem der Gesamtbevölkerung an.[307] Ausnahmen gelten nach wie vor für Menschen mit Down-Syndrom und Menschen mit sehr schweren komplexen Behinderungen, deren Lebenserwartung deutlich niedriger ist.[308]

In den Fachgesprächen wurde darauf hingewiesen, dass Menschen mit Behinderung tendenziell anders altern als Menschen ohne Behinderung. So trete Pflegebedürftigkeit bei einigen Teilgruppen bereits in einem früheren Lebensalter auf und betreffe einen längeren Lebensabschnitt.

Der alterskorrelierte zusätzliche Pflegebedarf der Menschen mit (geistiger) Behinderung ist empirisch bisher nicht erhoben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Pflegebedürftigen mindestens in ähnlicher Weise zunimmt wie in der Gesamtbevölkerung, da Menschen mit (geistiger) Behinderung in vielen Bereichen über weniger Ressourcen verfügen, eine hinzutretende Beeinträchtigung oder den Verlust erworbener Selbsthilfekompetenzen zu kompensieren. Ob bei Menschen mit (geistiger) Behinderung im Alter ein zusätzliches Pflegebedürftigkeitsrisiko besteht, muss letztendlich vor dem Hintergrund ihrer individuellen

[306] Vgl. Rothgang, H., Sauer, S. (2013).
[307] Vgl. Dieckmann und Metzler (2010).
[308] Vgl. Ding-Greiner und Kruse (2004).

Geschichte sowie in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Kompensation von Beeinträchtigungen beurteilt werden.[309]

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands weist der Teilhabebericht der Bundesregierung einen ausgesprochen starken Unterschied zwischen älteren Menschen mit und ohne Behinderung auf: Während von den Menschen mit Beeinträchtigungen über 65 Jahren je nach Altersklasse und Geschlecht zwischen 53 und 65 Prozent angeben, ihr Gesundheitszustand sei „weniger gut“ oder „schlecht“, geben das bei den älteren Menschen ohne Behinderung nur zwischen 10 und 20 Prozent an.[310]

Insgesamt sind ältere Menschen mit geistiger Behinderung relativ stark von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) betroffen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass über 80 Prozent der älteren Menschen mit geistiger Behinderung mehrfach erkrankt sind.[311] Menschen mit geistiger Behinderung erleiden im Alter auch öfter psychische Erkrankungen als andere Ältere, vor allem bei schwerer geistiger Behinderung. Psychische und körperliche Erkrankungen können den Krankheitsverlauf z. B. von Demenz zusätzlich beschleunigen. Das Risiko an Demenz zu erkranken, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung schon früh stark erhöht. So haben bei den über 60-Jährigen bereits 56 Prozent demenzielle Symptome.[312] Das sogenannte „diagnostic overshadowing“ erschwert die Diagnosestellung bei Menschen mit Behinderung – viele oft alterskorrelierte Erkrankungen werden der Behinderung zugeschrieben und nicht erkannt.[313] Das gilt auch für Menschen mit psychischer Behinderung, bei denen viele somatische Krankheiten unentdeckt bleiben.

Psychische Erkrankungen treten bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem mit schwerer geistiger Behinderung, häufiger auf als bei älteren Menschen ohne Behinderung. Depressionen oder aggressives Verhalten können eine Reaktion auf die Veränderungen des Körpers sein, die Menschen mit geistiger Behinderung allein nicht verarbeiten können.[314] Psychische und körperliche Erkrankungen können den Krankheitsverlauf z. B. von Demenz zusätzlich beschleunigen.

---

[309] Vgl. Schäper et al. (2010).
[310] Vgl. BMAS (2013).
[311] Vgl. Hermans und Evenhuis (2014).
[312] Vgl. Köhncke (2009).
[313] Vgl. Dieckmann et al. (2013).
[314] Vgl. Köhncke (2009).

Biografische Erfahrungen

Die Biografie von Menschen mit (geistiger) Behinderung ist oft dadurch geprägt, dass sie lange Zeit in Versorgungsinstitutionen verbracht haben, in denen sie nur wenig Möglichkeiten hatten, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und die hierfür notwendigen Fähigkeiten zu entwickeln. Dieckmann (2013) weist darauf hin, dass dies auch für Menschen mit geistiger Behinderung gilt, die zu Hause bei ihren Eltern wohnen bzw. gewohnt haben. Auch hier führt die soziale Abhängigkeit von Hilfe zu Fremdbestimmung und dazu, sich eher den Vorstellungen anderer anzupassen als eigene zu entwickeln und umzusetzen.[315]

Ältere Menschen mit Behinderung haben deutlich seltener „Erfahrungen einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung“ gemacht als Menschen ohne Behinderung. Fehlender Zugang und Information zu Bildungsangeboten und Lernanregungen können zu Kompetenzverlust führen oder diesen beschleunigen. Von besonderen Hemmnissen ist auszugehen, wenn bereits in früheren Lebensphasen wenige Lernerfahrungen gesammelt wurden.[316]

Im Rahmen der Fachgespräche haben einzelne Expertinnen und Experten angeführt, dass sich ein Leben bei den eigenen Eltern durch die enge Bindung und soziale Abschottung negativ auf die soziale Kompetenz auswirken kann. Auch eine langjährige Sozialisation in Einrichtungen der Behindertenhilfe könne bei einem Wechsel der Versorgungssituation Anpassungsschwierigkeiten hervorrufen und habe negative Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Selbstständigkeit.

Die Befragungen aus dem Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusive“ (LEQUI) zeigen, dass sich die langjährige Erfahrung mit der fürsorglichen Fremdbestimmung und damit der Einschränkung der individuellen Autonomie durchaus positiv auf den Umgang mit Veränderungen im Alter auswirken kann. Sie kann als eine Ressource von Menschen mit geistiger Behinderung angesehen werden, auf die sie im Alter zurückgreifen können. Durch ihre Erfahrungen haben sie gelernt, mit Beeinträchtigungen umzugehen und es macht ihnen weniger Schwierigkeiten, Hilfen anzunehmen.[317] Auf der anderen Seite kann ein hohes Maß an Fremdbestimmung auch als ein Leben unter Zwängen empfunden werden. Darüber hinaus haben ältere Menschen mit geistiger Behinderung

[315] Vgl. ebd.
[316] Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013).
[317] Vgl. Dieckmann und Metzler (2013).

häufig traumatisierende Erlebnisse und Erfahrungen, z. B. das Erfahren von Gewalt in Anstalten und Kliniken, machen müssen.[318]

5.3.2 UN-Behindertenrechtskonvention

Das Leitbild der Inklusion findet sich in der UN-BRK bereits bei den Allgemeinen Grundsätzen. Dort heißt es: „Die Allgemeinen Grundsätze sind (...) c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Art. 3 Abschnitt c UN-BRK). Die offizielle Übersetzung des Begriffs „inclusion“ mit „Einbeziehung“ verkürzt den Inhalt des Begriffs, was Kritik u. a. der Selbsthilfeverbände hervorgerufen hat[319]. Bielefeldt (2009) hebt hervor, dass Inklusion und Selbstbestimmung bzw. Autonomie – als allgemeines Prinzip der UN-BRK in Artikel 3 Abschnitt a festgehalten – in einem engen Abhängigkeitsverhältnis zueinanderstehen: „Anders als gelegentlich unterstellt wird, stehen Autonomie und Inklusion nicht nur keineswegs in Widerspruch zueinander. Vielmehr bedingen sie einander wechselseitig: Ohne soziale Inklusion kann Autonomie praktisch nicht gelebt werden, und ohne Autonomie nimmt soziale Inklusion fast zwangsläufig Züge von Bevormundung an.“[320] Er sieht genau darin den innovativen Kern der UN-BRK, dass sie auf ein selbstbestimmtes Leben in sozialen Bezügen zielt, und bezeichnet ihn als „freiheitliche Inklusion“.[321]

Eine Politik für Menschen mit Behinderung, die sich an dem Leitbild der Inklusion orientiert zielt auf einen soziokulturellen Wandel, erkennt die Verschiedenheit der Menschen anstatt sie als defizitäre Abweichungen von Normen aufzufassen und richtet sich auf soziale Prävention aus.[322] Sie hat daher ihren Schwerpunkt auf einer nicht ausgrenzenden Gestaltung der Umwelt und nicht auf der Fremdunterstützung bei individuellen Beeinträchtigungen.

Unter den Artikeln zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten von Menschen mit Behinderung, zu deren Gewährleistung sich die Vertragsstaaten der UN-BRK verpflichtet haben, haben einige Artikel einen besonderen Bezug zu älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Zwei sollen hier besonders hervorgehoben werden.

---

[318] Vgl. Schäper et al. (2010).
[319] Vgl. http://www.netzwerk-artikel-3.de/index.php/vereinte-nationen.
[320] Vgl. Bielefeldt (2009).
[321] Vgl. ebd.
[322] Vgl. Wansing, in Welke (2012).

In Artikel 19 a verpflichtet die UN-BRK die Vertragsstaaten dazu zu gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“ Bei entsprechendem Wunsch soll es daher pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung ebenso wie pflegebedürftigen Menschen ohne Behinderung möglich sein, ihr selbstständiges Wohnen fortzuführen oder auch in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe zu bleiben. Auch von fachwissenschaftlicher Seite und von Verbänden der Menschen mit Behinderung wird auf die besondere Bedeutung der freien Wohnortwahl hingewiesen. Dabei wird das „Ageing in Place“ für Menschen mit geistiger oder komplexer Behinderung als Leitbild vertreten.[323]

In Artikel 25 UN-BRK zur „Gesundheit“ heißt es: „(1) Insbesondere […] b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen […].“ Dies ist eine verpflichtende Aufforderung an die Staaten, Gesundheitsleistungen an die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung und die besonderen Anforderungen an ihre Versorgung anzupassen. Die anderen Ausführungen des Artikels erwähnen nicht speziell ältere Menschen mit Behinderung. Sie heben auf einen gleichberechtigten Zugang und Gesundheitsleistungen aller Arten ab. In Artikel 25d UN-BRK werden die Angehörigen der Gesundheitsberufe angesprochen, die dazu verpflichtet und u. a. durch Schulungen und ethische Normen in die Lage versetzt werden sollen, Menschen mit Behinderung ebenso gut zu versorgen wie Menschen ohne Behinderung. Ältere Menschen mit Behinderung sollen also bei der Wahrnehmung allgemeiner Gesundheitsleistungen nicht benachteiligt werden, gleichzeitig sollen sie auch behinderungsbedingt notwendige Leistungen erhalten, die von entsprechend kompetentem Personal erbracht werden.

5.3.3 Prinzipien der Versorgung

Wenn Orientierung dafür gesucht wird, wie die Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ausgestaltet werden sollte, sind die Prinzipien maßgeblich, die sich in der Behindertenhilfe sowohl national als auch international durchgesetzt haben oder aber aktuelle Entwicklungstrends darstellen. Diese werden nachfolgend vorgestellt. Teilweise ergeben sich

[323] Vgl. Howe (1999).

Überschneidungen mit dem vorangegangenen Kapitel zur UN-BRK.

- **Inklusion:** Das Leitbild der Inklusion wurde bereits im Rahmen der UN-BRK vorgestellt. Es richtet den Fokus auf das Ziel der selbstverständlichen Zugehörigkeit von Menschen mit Behinderung zu allen Lebensbereichen. Diese sollen so gestaltet werden, dass Menschen mit Behinderung von vorneherein dazugehören. Bezogen auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit bedeutet das – zur Veranschaulichung etwas verkürzt –, dass vorrangig Wohnungen, Dienste und Einrichtungen auch ihren Bedürfnissen entsprechend gestaltet und dadurch nutzbar sind.

- **Selbstbestimmung:** Auch dieses Prinzip wurde im vorangegangen Kapitel im Zusammenhang mit der UN-BRK bereits angeführt. Es ist das Ergebnis eines emanzipatorischen Prozesses, den Menschen mit Behinderung angestoßen und entscheidend vorangetrieben haben. Dabei hat das Selbstbestimmungsprinzip das lange Zeit vorherrschende Fürsorgeprinzip abgelöst. Das Wahlrecht beim Wohnort, das in Artikel 19a UN-BRK festgelegt ist, zielt ebenso auf Selbstbestimmung wie die Leistungsform des Persönlichen Budgets und die Aufwertung der Rolle des Menschen mit Behinderung im Teilhabeplanverfahren. Auf einer übergeordneten Ebene bedeutet Selbstbestimmung auch, dass Entscheidungen, die Menschen mit Behinderung und ihre Lebensbedingungen betreffen, nur mit ihrer Beteiligung getroffen werden. Wansing (2012) schreibt hierzu: „Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen in allen Planungs-, Entscheidungs- und Bewertungsprozessen ist unverzichtbar, um ihre spezifischen Bedürfnisse aus ihrer Sicht zu identifizieren und wirksam (...) einzubeziehen.“[324]

- **Personzentrierung:** Personzentrierung bedeutet die Abkehr von der Organisation von Unterstützungsleistungen nach getrennten Leistungsbereichen. Stattdessen sollen sie so koordiniert werden, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung im Mittelpunkt stehen. Auf diese Weise sollen die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben mit bedürfnisgerechten und aufeinander abgestimmten Unterstützungsangeboten verbessert werden.[325] Grundsätzlich setzt Personzentrierung voraus, dass der individuelle Hilfebedarf einer

[324] Wansing, in Welke (2012).

[325] Vgl. Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie et al. (2010).

Person mit dieser gemeinsam umfassend festgestellt wird und auf dieser Basis die passenden Leistungen zusammengestellt werden. Eine gute Koordination und die Gewährung der Leistungen durch einen Leistungsträger sollen dafür sorgen, dass die Leistungen tatsächlich bedürfnisgerecht erbracht werden.

Die Personzentrierung ist auch ein leitendes Prinzip bei der Reform der Eingliederungshilfe. Umgesetzt wird es dort vor allem dadurch, dass die Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen einschließlich des Wohnens getrennt werden. Hierdurch entfällt die Bindung der Eingliederungshilfe-Leistungen an den Wohnort. Auch die Weiterentwicklung des Teilhabeplanverfahrens mit einer intensivierten Abstimmung zwischen den Leistungserbringern trägt zur Umsetzung der Personzentrierung bei.

- **Deinstitutionalisierung:** In der Eingliederungshilfe gibt es einen Trend zur Ambulantisierung der Betreuung. Sowohl aus fachlichen Gründen (Auflösung von Sonderwelten) als auch aus Kostengründen wurde dieser Trend durch die zuständigen Leistungsträger forciert. Die Eingliederungshilfe hat diese Entwicklung, die auch in der Altenpflege angestrebt wird, durch Steuerungsinstrumente wie Zielvorgaben und deren Kopplung mit Refinanzierungsbedingungen angestoßen. Im Jahr 2015 wurden von den Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe zum Wohnen erhalten, rund 70 Prozent ambulant betreut. Diese „Ambulantisierungsquote“ steigt seit Jahren an. Zwischen 2006 und 2015 stieg die Anzahl der ambulant betreut Wohnenden im Jahresdurchschnitt um rund 11 Prozent, im Vergleich zu rund einem Prozent bei den stationär betreut Wohnenden.[326]

- **Sozialraumorientierung:** Das Prinzip der Sozialraumorientierung hat seinen Ursprung in der Sozialarbeit, genauer der Gemeinwesenarbeit in den USA. Der „sozialer Raum“ ist mehr als ein konkreter Ort, beispielsweise ein Quartier oder ein Stadtteil. Er umfasst auch größere funktionale Zusammenhänge, u. a. von Wirtschaft und Verwaltung (Makroebene), ortsspezifische soziale Milieus und soziale Netzwerke (Mesoebene) sowie individuelle und gruppenspezifische Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Deutungsmuster der am Ort lebenden Menschen (Mikroebene). Gefragt sind daher ebenen- und fachübergreifende, raumbezogene Politikansätze, mit denen die Potenziale des Sozialraums durch Vernetzung dort

[326] Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (2017).

aktiver Organisationen und Personen erschlossen werden können. [327]

Für die Erbringung von Unterstützungsleistungen bedeutet Sozialraumorientierung, Hilfen nicht ausschließlich am Einzelnen auszurichten, sondern auch sein Umfeld in den Blick zu nehmen und dessen Ressourcen zur Unterstützung der Menschen in einem Quartier gezielt zu erschließen. Zu den Ressourcen gehören u. a. Nachbarschaften, Vereine, Kirchen, Einrichtungen wie Kindergärten und Schulen, örtliche Geschäfte und Unternehmen. Diese können in die Entwicklung des Quartiers ebenso einbezogen werden wie in die konkrete Unterstützung einzelner Personen. Eine steuernde Rolle kommt der Kommune zu.

5.3.4 Entwicklungen in ausgewählten Ländern

Im Rahmen der Studie wurde nach fachlichen Entwicklungen in anderen Ländern gesucht, die Anregungen für die Versorgung der Zielgruppe in Deutschland geben können. Dabei wurden insbesondere solche Entwicklungen recherchiert, die den geschilderten Anforderungen an die Pflege und Unterstützung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit besonders gerecht werden und dabei aufzeigen, wie fachliche Prinzipien umgesetzt werden können. Die Wahl fiel auf die Länder Schweden und Niederlande.

Schweden

Schweden zeichnet sich durch ein System aus, das den Kommunen eine besonders starke Rolle in der Versorgung von Menschen mit Behinderung zuweist. Die Entwicklung der Versorgungslandschaft ist dort durch einen ausgeprägten Trend zur Deinstitutionalisierung im Sinne der Auflösung großer, stationärer Einrichtungen geprägt. Schweden nimmt aktuell eine Vorreiterrolle in der Sozialraumorientierung und -entwicklung ein.

Die Kommunen haben gerade in den letzten Jahren durch die Weiterentwicklung dezentraler Strukturen mehr Verantwortung übertragen bekommen. Zugleich wurden auch ihre Gestaltungskompetenzen gestärkt. So erfolgt u a. die Finanzierung der Pflege aus den Einnahmen der Kommunen. Die Kommunen bieten ein umfassendes Angebot an ambulanter und stationärer Pflege, wobei Pflegeleistungen auch von privaten Träger erbracht werden können. Die Bedarfsprüfung für Pflegeleistungen liegt ebenfalls im kommunalen Aufgabenbereich. Leistungen werden hauptsächlich

[327] Vgl. Dangschat (2005).

als Sachleistungen gewährt, es gibt aber auch Geldleistungen, beispielsweise einen „Behindertenzuschlag“ (Handikapperstättning), einen Assistentenzuschuss (Assistanserstättning) und einen Pflegezuschuss (Vardbidrag).[328]

Zielsetzung der kommunalen Arbeit ist es, älteren Menschen und Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, ein selbstständiges Leben – möglichst im eigenen Zuhause – führen zu können. Beispielsweise können Menschen mit Behinderung eine nicht gedeckelte Beihilfe zur barrierefreien Wohnraumanpassung beantragen, ohne dass sie hierfür Eigenmittel einsetzen müssen. Auch bei der Planung von neuen Wohnungen/ Wohngebieten durch die Kommunen sowie bei Renovierungen des Wohnungsbestands wird berücksichtigt, dass ältere Menschen und Menschen mit Behinderung dort barrierefrei leben können.[329]

Das Prinzip der Deinstitutionalisierung wurde stark durch die Entwicklungen in Schweden geprägt: Seit Beginn der 50er Jahre erstarkten Protestbewegungen, die auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in institutionalisierten Einrichtungen aufmerksam machten und sich für eine Verbesserung der Verhältnisse einsetzten. Ab Mitte der 70er Jahre wurde damit begonnen, Einrichtung zu schließen und stattdessen neue Wohnformen im Sozialraum zu entwickeln. Im Jahr 1997 wurde per Gesetz festgelegt, dass bis zur Jahrtausendwende alle institutionalisierten Wohnformen geschlossen sein müssen.[330] Während in Deutschland immer noch die Mehrzahl der erwachsenen Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen/ institutionalisierten Wohnformen leben, gibt es diese in Schweden mittlerweile nur noch in Einzelfällen. Menschen mit Behinderung leben in Schweden vor allem selbstständig in Apartments oder in Gruppenhäusern mit vier bis fünf Bewohnerinnen und Bewohnern. Zur Unterstützung dieser Wohnformen gehören sogenannte „local managers“. Das Aufgabenfeld eines local managers umfasst das Organisieren von Unterstützungsleistungen, die Einstellung von Personal sowie die entsprechende Einsatzplanung.[331]

Niederlande

Auch in den Niederlanden übernehmen die Kommunen eine starke Rolle in der Sozialhilfe. Seit 2007 unterliegt ihnen die ambulante und häusliche Pflege. Zudem übernehmen die Kommunen seit 2015 weitere Aufgaben im Bereich der Betreuungsangebote für

[328] Vgl. Wild (2010), S. 19f, Lillja (2003).
[329] Vgl. Schwedisches Institut (2007).
[330] Vgl. Schablon (2009).
[331] Vgl. Behindertenbeirat im Landkreis Gifhorn (2008).

Menschen mit Behinderung u. a. die Schaffung und der Ausbau von Angeboten zur sozialen Teilhabe sowie die Förderung ambulanter Wohn- und Betreuungsformen.

Ein Projekt in den Niederlanden zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung schreibt mittlerweile Erfolgsgeschichte: 2006 wurde das Projekt „Buurtzorg“ (deutsch: „Betreuung in der Nachbarschaft“) ins Leben gerufen, das die Zielsetzung einer ganzheitlichen, wohnortnahen Versorgung für Menschen mit Pflegebedürftigkeit verfolgt. Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sollten im Mittelpunkt stehen und nicht mehr bürokratisch durchorganisierte Arbeitsschritte ihren Alltag sowie den der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestimmen. Die Finanzierung erfolgt aus einem Zweig der niederländischen Sozialversicherung, der „Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten“, kurz AWBZ. Buurtzorg konkurriert auf dem Pflegemarkt mit anderen Anbietern.[332] Hierfür wurden Kleinteams bestehend aus zwölf „Community Nurses“ und Assistentinnen bzw. Assistenten aufgebaut. Durch eine ganzheitliche Erhebung der individuellen Bedarfslagen soll die Selbstständigkeit sowie die soziale Einbindung und Kompetenz der Klientinnen und Klienten gestärkt werden. Die Buurtzorg-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter übernehmen nicht nur pflegerische Aufgaben, sondern kümmern sich auch um eine umfassende Vernetzung der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsangebote. Dazu gehört auch die Kooperation u. a. mit Ärztinnen und Ärzten. Im Pflegeprozess werden Kommunikation und die Zusammenarbeit mit anderen lokalen, professionell und informell Pflegenden und Betreuenden in den Vordergrund gestellt. Das Berufsbild ist in gewisser Weise ein Gegenmodell zu einer auf ihre pflegerischen Kernaufgaben beschränkte Pflegefachkraft. Die Teams arbeiten weitgehend autonom. Dies ermöglicht eine bessere Nutzung der Team-Kompetenzen und die Übernahme von Verantwortung für breiter gefächerte Pflegeaufgaben. Auch können die Teams beispielsweise selbst über ihre Fortbildungsaktivitäten entscheiden. Mittlerweile arbeiten 900 Buurtzorg-Teams in den Kommunen der Niederlande, das Angebot hat sich also sehr gut durchgesetzt. Zu den Erfolgen von Buurtzorg gehören hohe Zufriedenheitswerte sowohl der Klientinnen und Klienten als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sehr guten Ergebnissen bei der nationalen Qualitätserhebung und einer besonders guten Kosteneffizienz.[333]

Auch wenn das Buurtzorg-Modell sich nicht speziell an Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit richtet, so bietet es gute Voraussetzungen, ambulante Pflege inklusiv zu gestalten. Dazu trägt die Autonomie des Teams ebenso bei wie das ganzheitliche

[332] Vgl. Leichsenring (2015)
[333] Vgl. ebd.

Berufsbild sowie die lokale Vernetzung. Hierdurch entsteht eine ausreichende Flexibilität, um auf eher unterschiedliche Bedürfnisse eingehen zu können.

5.4 Pflege und Unterstützung der Zielgruppe

In Kapitel 5.3.1 wurde gezeigt, dass sich ältere Menschen mit lebensbegleitender Behinderung und Pflegebedürftigkeit in einer vulnerablen Situation befinden, weil sie durch ihre Lebenslagen gegenüber Menschen ohne Behinderung tendenziell benachteiligt sind und weil ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe aufgrund ihrer Behinderung oft nur mit adäquaten Unterstützungsleistungen und mit einem nicht behindernden Umfeld gelingen können. Ebenfalls wurde im vorherigen Kapitel dargestellt, dass aufgrund der Vulnerabilität dieser Personengruppe besondere Anforderungen an Pflege- und Unterstützungsleistungen aus menschenrechtlicher Perspektive bestehen. Diese werden in starkem Maße durch die UN-BRK geprägt, aber auch in der Behindertenhilfe allgemein haben sich Prinzipien der Versorgung herausgebildet, die als handlungsleitend aufzugreifen sind.

Ausgehend von diesen besonderen Anforderungen an die Versorgung der Zielgruppe, werden in diesem Kapitel spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit beschrieben. Um diese Bedarfe systematisch zu erschließen, wird das sogenannte „Metzler-Verfahren“ verwendet, das unter der Abkürzung H.M.B.-W. (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Lebensbereich Wohnen) bekannt ist und in der Behindertenhilfe in vielen Varianten eingesetzt wird.[334] Der dabei zur Bedarfsfeststellung verwendete Fragebogen orientiert sich an den Kriterien der ICF[335]. Das Metzler-Verfahren unterteilt den Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung in acht Versorgungsbereiche:

- *Individuelle Basisversorgung*, die u. a. Ernährung, Körperpflege, persönliche Hygiene/ Toilettenbenutzung, Aufstehen/ zu Bett gehen, Baden/ Duschen, Anziehen/ Ausziehen umfasst;
- *Alltägliche Lebensführung*, mit den Aktivitäten Einkaufen, Zubereitung von Zwischen- und Hauptmahlzeiten, Wäschepflege,

334 Vgl. Metzler (2001), Metzler (1998) sowie Rothgang und Sauer (2013).

335 International Classification of Functioning, Disability and Health. Deutsche Übersetzung: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2005).

Ordnung im eigenen Bereich, Geld verwalten, Regeln von finanziellen und (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten;

- *Gestaltung sozialer Beziehungen*, zu denen die Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich, zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, in Freundschaften oder Partnerschaften zählen;

- *Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben* mit den Aktivitäten Gestaltung freier Zeit/ Eigenbeschäftigung, Teilnahme an Freizeitangeboten/ kulturellen Veranstaltungen, Begegnung mit sozialen Gruppen/ fremden Personen, Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche, Entwickeln von Zukunftsperspektiven und Lebensplanung;

- *Kommunikation und Orientierung*, darunter die Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen und Kommunikationsstörungen, Unterstützung der Kulturtechniken, zeitliche Orientierung, sowie räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung;

- *Emotionale und psychische Entwicklung,* hierunter fallen die Bewältigung von Angst, Unruhe und Spannungen;

- *Gesundheitsförderung und -erhaltung* mit den Aktivitäten Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, spezielle pflegerische Erfordernisse, Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustands und Unterstützen eines gesundheitsfördernden Lebensstils.

Die inhaltliche Strukturierung dieses Kapitels erfolgt nach Bedarfslagen, die sich diesen Versorgungsbereichen zuordnen lassen. Dabei spielen einige der Versorgungsbereiche des H.M.B.-W.-Verfahrens eine eher untergeordnete Rolle hinsichtlich der besonderen Pflege- und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit oder können als Querschnittsthemen berücksichtigt werden. Das gilt beispielsweise für die „emotionale und psychische Entwicklung“ oder die „Kommunikation und Orientierung“.

5.4.1 Individuelle Basisversorgung – Wohnen und Pflege

Die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung macht das selbstständige Leben für Menschen mit Behinderung insbesondere außerhalb von Einrichtungen noch voraussetzungsvoller. Dort muss die pflegerische Versorgung oft zusätzlich zu weiteren behinderungsbedingten Unterstützungsleistungen erbracht wer-

den. Auch im stationären Bereich ist der Verbleib in einer betreuten Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe nur möglich, wenn dort die pflegerische Versorgung in ausreichendem Maß gewährleistet wird. Dies bedeutet auch, dass Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe in den einzelnen Wohnformen vorgehalten werden muss. Grundsätzlich ist im Falle einer Pflegebedürftigkeit die selbstbestimmte Wahl des eigenen Wohnorts gefährdet.

Um die vertraute Wohnsituation aufrechterhalten zu können, müssen sowohl Pflegeleistungen als auch weitere Betreuungsleistungen ausreichend und in koordinierter Form am Wohnort erbracht werden. Dabei müssen die Pflege- und weitere Betreuungsleistungen den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe und behinderungsbedingten Anforderungen gerecht werden können.

5.4.1.1 Spezifische Bedarfe

Wohnangebote, die Unterstützungsleistungen aufgrund von Behinderung und Pflegebedürftigkeit kombinieren

Aus der geschilderten Bedarfslage lässt sich ein spezifischer Bedarf an besonderen Wohnangeboten ableiten, die auf die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung abgestimmte Betreuung und Pflege bieten. Idealerweise befinden sich diese am bisherigen Wohnort. Dabei besteht die Herausforderung darin, sowohl soziale Teilhabe in der Qualität und dem Umfang, wie er in der Eingliederungshilfe angestrebt wird, zu unterstützen als auch eine gute Pflegequalität zu erreichen.

Es kann sich um Wohnangebote handeln, die vorrangig durch Leistungen der Eingliederungshilfe geprägt sind (§ 13 Abs. 2 SGB XII) oder um Wohnangebote im Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung (§ 71 Abs. 2 SGB XI), die Versorgungsverträge mit den jeweiligen Leistungsträgern haben. Damit die geschilderten Ansprüche erfüllt werden können, müssen das Zusammenwirken der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeleistungen und eine ausreichende Refinanzierung sichergestellt werden.

Die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts hinsichtlich des eigenen Wohnorts ist ein wichtiger Aspekt der Selbstbestimmung. Viele Menschen mit Behinderung, die in ihrer Biografie nicht die Kompetenz erworben haben, ihr Leben gemäß ihren eigenen Vorstellungen zu gestalten, benötigen bereits bei der Entwicklung solcher Vorstellungen Hilfe. Auch im Expertenworkshop wurde auf diesen Punkt hingewiesen und angemerkt, dass Menschen mit Behinderung bereits frühzeitig dabei unterstützt werden sollten,

Vorstellungen zu entwickeln, wie und wo sie im Alter leben möchten.

Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe

Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit benötigen Unterstützung sowohl durch Fachkräfte aus dem Bereich der Eingliederungshilfe als auch durch Pflegekräfte. Für eine gute Versorgungsqualität ist es erforderlich, dass diese Fachkräfte nicht nur in einem Bereich kompetent sind bzw. in Teams Fachkräfte beider Bereiche arbeiten.

Pflegekräfte können die Besonderheiten, die etwa aus einer geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen herrühren, bei der Pflege nur adäquat berücksichtigen, wenn sie hierfür grundlegend qualifiziert wurden; möglich ist auch die Einstellung pädagogischen Personals. Umgekehrt müssen Fachkräfte, die Betreuungsaufgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe übernehmen, entweder selbst grundlegende Kenntnisse zur Pflege erworben haben oder es müssen pflegekompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Teil des Teams sein. Schließlich muss auch die Sicherstellung der Standards aus beiden Bereichen durch Leitungskräfte sichergestellt werden.

5.4.1.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Einschätzungen zum Grad der Bedarfsdeckung

Grundsätzlich waren sich die Expertinnen und Experten, mit denen Fachgespräche geführt wurden, einig, dass die Hilfebedarfsgruppen und die Leistungstypen der Eingliederungshilfe die altersbedingten Hilfebedarfe abbilden können, jedoch sei das Angebot der Eingliederungshilfe aktuell noch nicht in ausreichendem Maß auf die Anforderungen älterer pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner vorbereitet. Das betreffe bauliche Vorkehrungen wie beispielsweise ein Pflegebad, die Qualifikationen des Personals sowie die Ausarbeitung von Betreuungs- und Pflegekonzepten. Zudem könne in Einrichtungen der Eingliederungshilfe häufig keine medizinische Behandlungspflege angeboten werden. Weiter wurde angegeben, dass es in der Eingliederungshilfe aufgrund des angespannten Arbeitsmarktes Probleme gäbe, das nötige pflegerische Personal zu finden.

Die Altenpflege wiederum hat laut Aussagen einiger Expertinnen und Experten vor allem den alten Menschen ohne Behinderung im Fokus. Nur in seltenen Ausnahmefällen seien Einrichtungen auf die Bedürfnisse von alten Menschen mit Behinderung ausgerichtet. Psychisch oder kognitiv beeinträchtigte Menschen werden aufgrund fehlender Kompetenzen und Kenntnisse in Pflegeheimen

häufig nicht gut versorgt. Das Thema sei in der Altenhilfe kaum präsent und Altenhilfe-Angebote bislang selten inklusiv. Ein grundlegendes Problem bestehe darin, dass der umfassende Anspruch auf Teilhabe am öffentlichen Leben, der für die Eingliederungshilfe typisch ist, dort nicht gelte. Ein anderes Problem sei die Hochaltrigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, denn Menschen mit Behinderung sind oft deutlich jünger, wenn sie pflegebedürftig werden.

Bei der Online-Befragung innovativer Angebote hat sich gezeigt, dass die pflegerische Versorgung am Wohnort im Vergleich zu den anderen abgefragten Bedarfen (z. B. Unterstützung bei der sozialen Teilhabe) am seltensten durch die angegebenen Angebote gedeckt bzw. adressiert wird (Tabelle 5-1).

Tabelle 5-1: Ergebnisse der Online-Befragung zur Bedarfsdeckung im Bereich Pflege am Wohnort (n=48)

Spezifische Bedarfe	in Prozent	absolut
Zielgruppenspezifische stationäre Pflege	27	13
Betreutes Wohnen mit pflegerischer Versorgung	20	10
Zielgruppenspezifische ambulante Pflege	16	8
Unterstützung bei der sozialen Teilhabe	*88*	*43*

Frage: „Welche der folgenden Bedarfe decken Sie mit Ihrem Angebot ab und wie?“
Quelle: Prognos AG 2017

Im Rahmen der Online-Erhebung von innovativen Angeboten wurden nur wenige Ansätze genannt, die sich auf den Bedarf an Pflegeleistungen am Wohnort beziehen. Dies kann als Indiz dafür gelten, dass es in diesem Bereich – und vor allem bei der zielgruppenspezifischen ambulanten Pflege – aktuell noch wenige Ansätze zur Deckung gibt bzw. noch deutlicher Handlungsbedarf besteht.

Ausgewählte Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, die im Rahmen der Literaturrecherche, der Online-Befragung, bei den Fachgesprächen oder den Vor-Ort-Besuchen erfasst wurden, mit deren Hilfe die beschriebenen spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext „Individuelle Basisversorgung – Wohnen und Pflege“ gedeckt werden können. Tabelle 5-2 bietet vorab einen Überblick über die identifizierten Ansätze.

Tabelle 5-2: Überblick über die spezifischen Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich Individuelle Basisversorgung – Wohnen und Pflege

Spezifischer Bedarf	Ansätze zur Deckung des Bedarfs
Wohnangebote, die Unterstützungsleistungen aufgrund von Behinderung und Pflegebedürftigkeit kombinieren	▪ Seniorenwohngruppen in der Eingliederungshilfe ▪ Ambulante Pflegewohngruppen ausgerichtet auf Menschen mit Behinderung ▪ Stationäre Altenpflege ausgerichtet auf Menschen mit Behinderung ▪ Begleitung beim Übergang zwischen Einrichtungsarten
Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe	▪ Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern ▪ Fortbildung/ Schulung pädagogischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Pflege ▪ Fortbildung/ Schulung pflegerischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Behinderung und Teilhabe ▪ Ambulanter Pflegedienst für Menschen mit Behinderung

Quelle: Prognos AG 2017

Ansätze zu Wohnangeboten, die Unterstützungsleistungen aufgrund von Behinderung und Pflegebedürftigkeit kombinieren

Wenn ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe leben, ist die notwendige Unterstützung in der alltäglichen Lebensführung und in der Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben gegeben. Allerdings müssen in diesen Einrichtungen bzw. Angeboten auch Pflegeleistungen in ausreichendem Umfang erbracht werden. Nur dann kann der oft vorhandene, von Verbänden der Selbsthilfe und der Eingliederungshilfe propagierte Wunsch, möglichst lange – auch mit einem höheren Pflegegrad – in der gewohnten Umgebung zu bleiben, erfüllt werden.

Box 5-2: Wohnangebote für Senioren in der Eingliederungshilfe am Beispiel der Lebenshilfe Viersen

Die Lebenshilfe Viersen bietet ein umfangreiches Angebot an Wohnsettings. Senioren bzw. Menschen mit einem höheren Unterstützungs- und Pflegebedarf können je nach Bedarf und Vorlieben an unterschiedlichen Wohnorten ein passendes Zuhause finden. Der Strauß an Angeboten umfasst spezielle Seniorenwohngruppen in stationären Wohneinrichtungen, ambulant betreute Wohngruppen, Pflegewohngruppen sowie Einzel- und Paarwohnungen. Da viele Menschen mit höherem Unterstützungs- und Pflegebedarf eine ständige bzw. ständig verfügbare Aufsicht benötigen, kommen Einzelwohnungen oft nicht infrage, auch wegen fehlender Artikulationsfähigkeiten und Vereinsamungsgefahr. Aus diesem Grund wird das Wohnangebot für Menschen mit höherem Pflege- und Unterstützungsbedarf gerade im ambulant betreuten Bereich beständig weiterentwickelt. Aktuell ist eine neue Pflegewohngruppe mit „Rund um die Uhr"-Versorgung/ -Betreuung/ -Pflege für ältere und/ oder schwerpflegebedürftige Menschen im Quartier für 2018 in Planung. Im gleichen Haus soll eine inklusive Tagespflegeeinrichtung eröffnet werden. Durch die Gründung eines Pflegedienstes Ende des Jahres 2016 kann die Lebenshilfe

Viersen mittlerweile selbst die pflegerische Versorgung der ambulanten Wohngruppen übernehmen.[336]

Grundsätzlich werden in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe grundpflegerische Leistungen erbracht (§ 55 SGB XII), jedoch werden sie nur in begrenztem Umfang durch die Pflegeversicherung refinanziert. Maßgeblich hierfür ist der § 43a SGB XI. Demnach wird im Falle einer anerkannten Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 eine Pauschale für Pflegeleistungen an die Einrichtung gezahlt. Durch diese werden die Kosten für eine umfängliche pflegerische Versorgung jedoch oft nicht ausreichend gedeckt. Die Regelung des § 43a SGB XI wird von Verbänden für Menschen mit Behinderung sowie Fachwissenschaftlerinnen und Fachwissenschaftlern in diesem Zusammenhang überwiegend kritisch betrachtet. Sie sehen darin eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderung, weil für sie in diesen Wohnformen nicht das gleiche Maß von Pflege refinanziert wird wie für Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben. Grundsätzlich ist der Träger der Eingliederungshilfe aber zur Leistung einer entsprechenden Vollversorgung verpflichtet, so dass der gesamte Leistungsumfang für die Pflegebedürftigen durch den § 43a SGB XI nicht eingeschränkt wird.

Ein stationär betreutes Wohnangebot der Eingliederungshilfe kann für viele Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ein passendes Angebot sein, unter der Voraussetzung, dass die Pflege in guter Qualität geleistet und auf ihren altersbedingten Betreuungsbedarf eingegangen wird.Eine solche Maßnahme besteht in der Einrichtung einer **Seniorenwohngruppe**. Der Kerngedanke lautet: Wenn Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen und Versorgungsanforderungen zusammenwohnen und betreut werden, können Personal, bauliche Umgebung, Organisation und Angebote optimal auf diese Personengruppe ausgerichtet werden. Spezielle pflegerische Kompetenzen können vorgehalten werden, beispielsweise durch die Einstellung von Pflegefachkräften. Auf diese Weise können spezielle Betreuungsleistungen effizienter erbracht werden.

Das Aufnahmekriterium für eine Seniorenwohngruppe ist nicht das Lebensalter allein, sondern ähnliche Bedürfnisse und Versorgungsanforderungen, die mit Alterungsprozessen zusammenhängen. Zu berücksichtigen sind dabei auch die beeinträchtigungsbedingt unterschiedlichen Alterungsgeschwindigkeiten. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Seniorengruppen arbeiten in aller Regel nicht mehr in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Aus

[336] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

diesem Grund ist die Betreuung umfassender und der Betreuungsschlüssel entsprechend höher.

Box 5-3: Seniorenwohngruppen in der Eingliederungshilfe am Beispiel des Hauses Anrode der Lebenshilfe Viersen

Haus Anrode der Lebenshilfe Viersen ist ein stationäres Wohnangebot der Eingliederungshilfe für Menschen mit höherem Pflegebedarf. Insgesamt gibt es sechs Wohngruppen, darunter zwei Seniorengruppen. Um den erhöhten pflegerischen Anforderungen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht zu werden, wurden bereits beim Bau des Hauses Pflegeräumlichkeiten und -infrastruktur eingeplant und zudem auf eine altersgerechte Ausstattung für Senioren geachtet. Das stationäre Wohnangebot nutzen aktuell 43 Bewohnerinnen und Bewohner, darunter 14 Personen im Seniorenalter. Der Altersdurchschnitt in den beiden Seniorenwohngruppen liegt bei 61 bzw. 69 Jahren. Die Seniorenwohngruppengruppen haben im Unterschied zu den anderen Wohnbereichen einen höheren Betreuungsschlüssel, entsprechend dem erhöhten Unterstützungs- und Pflegebedarf der Zielgruppe. Zudem wird besonders Rücksicht auf altersbedingte Bedürfnisse gelegt (z. B. Geräuschkulisse) und auch die tagesstrukturierenden Angebote bedarfsgerecht ausgerichtet. Die hauseigene Tagesbetreuung kann von den Bewohnerinnen und Bewohnern von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr besucht werden; der Personalschlüssel ist etwas höher als bei anderen Tagesbetreuungsangeboten.[337]

Seniorenwohngruppen werden jedoch nicht nur befürwortet. Kritisiert wird, dass dadurch eine Personengruppe gesondert wohnt, was dem Leitprinzip der Inklusion widerspricht. Auch wenn jeder Mensch selbst entscheide, ob er in einer solchen Wohngruppe leben möchte, so hätten die Träger der Einrichtung doch ein Interesse daran, einmal eingerichtete Seniorenwohngruppen auch zu besetzen. Dadurch bestände die Gefahr, dass die Träger auf potenzielle Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend einwirken.

Eine andere Maßnahme, die sich zur Deckung des spezifischen Pflege- und Betreuungsbedarfes von Menschen mit Behinderung und einem höheren Pflegegrad eignen kann, ist eine **ambulante Pflegewohngruppe**. In ambulanten Pflegewohngruppen wohnen zwischen drei und zwölf Menschen zusammen, von denen mindestens drei pflegebedürftig sind. Betreuungskräfte kümmern sich um allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten sowie um die hauswirtschaftliche Unterstützung. Pflegeleistungen werden durch ambulante Pflegedienste geleistet. Zusätzlich können – insofern der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Notwendigkeit nachweist – auch Tages- und Nachtpflegeangebote in Anspruch genommen werden. Zur Finanzierung der nichtpflegerischen Leistungen kann ein sogenannter Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI in Anspruch genommen werden, der nicht auf

[337] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

die Hilfe zur Pflege angerechnet wird. Insbesondere in der Kombination mit tagespflegerischen Angeboten kann die ambulante Pflegewohngruppe für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit eine umfassende und sichere pflegerische Betreuung und Versorgung sicherstellen, ohne den Institutionen-Charakter einer stationären Einrichtung aufzuweisen.

Auch Pflegeheime nach SGB XI können Menschen mit Behinderung ein passendes Angebot machen. Grundsätzlich sind zwei Varianten denkbar: Dem Prinzip der Inklusion entspräche es, wenn **allgemeine Pflegeheime** auch Menschen mit Behinderung aufnehmen und diese ihren Bedürfnissen und behinderungsbedingten Anforderungen entsprechend versorgen. Aufgrund der im Vergleich zu den pflegebedürftigen Menschen insgesamt sehr kleinen Anzahl von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit stößt dies jedoch auf besondere Schwierigkeiten. Wie in Kapitel 5.3.1 dargelegt, werden insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung tendenziell in einem früheren Lebensalter pflegebedürftig und leben auch länger mit einer Pflegebedürftigkeit. Sowohl hinsichtlich der sozialen Beziehungen zu den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern als auch was ihre Betreuungsanforderungen betrifft, können sich Probleme für die Versorgung im Pflegeheim ergeben. Das Pflegeheim hat nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung, um sich auf die Besonderheiten kleiner Teilgruppen einzustellen. Möglich und sinnvoll sind allgemeine Schulungsmaßnahmen, in denen Pflegekräfte den Umgang mit weit verbreiteten Beeinträchtigungsarten, z. B. den zunehmenden psychischen Beeinträchtigungen erlernen. Schwieriger wird es, wenn eine Beeinträchtigungsart die Einstellung pädagogischen Personals oder andere Betreuungsangebote erforderlich macht. Auf jeden Fall sollten eine besondere Personalschlüsselzahl und ein sozialer Dienst ausgehandelt werden können. Helfen würde überdies, wenn beispielsweise Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger als Fachkräfte anerkannt würden.

Einen anderen Ansatz stellen Fachpflegeheime dar, die sich speziell an Menschen mit Behinderung richten. Diese haben wesentlich bessere Voraussetzungen dafür, sich in jeglicher Hinsicht auf die Anforderungen der Zielgruppe einzustellen. Dazu gehören die baulichen Gegebenheiten und technische Ausstattungen, Personal, Organisation und diverse Angebote. Grundsätzlich über die Pflegeversicherung finanziert, können Fachpflegeheime mit dem Sozialhilfeträger „Teilhabepauschalen“ oder „Eingliederungshilfezuschläge“ aushandeln, mit deren Hilfe sie den besonderen Anforderungen an die soziale Teilhabe gerecht werden können. Diese Pauschalen sind für vereinbarte Leistungen aus dem Leistungskatalog der Eingliederungshilfe vorgesehen, beispielsweise Betreuung im Freizeitbereich. Damit wird dem Umstand Rechnung

getragen, dass Leistungen zur sozialen Teilhabe in der Pflegeversicherung nicht im gleichen Umfang vorgesehen sind wie in der Eingliederungshilfe. Zu unterscheiden sind bei dieser Variante noch solitäre Pflegeheime und solche, die an Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe angegliedert sind und oft durch Änderung der Trägerschaft entstehen. Fachpflegeheime bergen die Gefahr, durch die Spezialisierung und den weiteren Einzugsbereich ihrer Bewohnerinnen und Bewohner nicht gut in den Sozialraum und das örtliche Hilfesystem eingebunden zu sein. Dieser Gefahr sollte bei der weiteren Entwicklung Beachtung geschenkt werden.

Box 5-4: Spezialisierte Pflegeeinrichtungen nach SGB XI für ältere Menschen mit Behinderung

Fachpflegeeinrichtung St. Vinzenz in Ursberg

Im Jahr 1999 wurde zum ersten Mal eine Wohneinrichtung des Dominikus-Ringeisen-Werkes aus der Eingliederungshilfe herausgelöst und zu einer Pflegeeinrichtung umgestaltet. Durch die Umwandlung sollte eine Fachpflegeeinrichtung geschaffen werden, die speziell Pflege mit fachlichem Anspruch für ältere Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung anbietet. Um in St. Vinzenz wohnen zu können, muss ein Pflegegrad vorliegen, die Bewohnerinnen und Bewohner dürfen keine Werkstatt oder sonstige Förderstätte besuchen und müssen mindestens 50 Jahre alt sein. Anders als bei den anderen Wohnangeboten steht die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Aufgrund ihrer lebensbegleitenden Behinderung erhalten die Betreuten jedoch auch Leistungen über einen eigenen Eingliederungshilfezuschlag. Dieser wird dazu verwendet, Personal mit pädagogischer Qualifizierung in den Wohnstätten und in der Tagesstätte zu finanzieren sowie Begleitdienste zu Ärzten oder ins Krankenhaus zu ermöglichen. Die Fachpflegeeinrichtung ist speziell auf die Besonderheiten von älteren Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung ausgerichtet: Dieses Pflege-Knowhow können Einrichtungen der Eingliederungshilfe so nicht leisten. Im Unterschied zur Regelaltenhilfe kann durch die Kombination von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen den besonderen Bedarfen von älteren Menschen mit Behinderung Rechnung getragen werden.[338]

St. Vitus in Meppen

Aktuell gibt es in der Wohnanlage St. Vitus einen Lebensraum für 22 Menschen mit geistiger Behinderung, die in zwei Seniorengruppen wohnen. Die meisten von ihnen sind berentet oder in Altersteilzeit in der Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt. Dieser Personenkreis weist im Vergleich zu den jüngeren Bewohnern aus dem anderen Bereich des Hauses einen erhöhten Pflegebedarf auf. Um eine bessere Pflegequalität für die Bewohnerinnen und Bewohner gewährleisten zu können, soll die Einrichtung der Eingliederungshilfe in eine Einrichtung nach SGB XI umgewandelt werden. Für die Umwandlung des Seniorenbereichs sind verschiedene Anpassungen vorzunehmen. So bedarf es Personalaufstockungen, z. B. bei der hauswirtschaftlichen Leitung, den Betreuungskräften sowie den zusätzlichen Pflegekräfte, zudem ist eine separate Nachtwache erforderlich. Zukünftig können nur Menschen mit einem Pflegegrad in die Wohnstätte einziehen, die

[338] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

keiner Beschäftigung in einer Werkstatt mehr nachgehen. Die Tagesbetreuung muss außerdem im Haus vorgehalten werden (aktuell: Seniorentagesstätte bzw. in Einzelfällen 24h-Betreuung in der Wohnstätte). Da das Gebäude bereits barrierefrei ist und die Anforderungen der Heimmindestbauverordnung erfüllt (z. B. Pflegebad, Sterilisationsraum, Notrufsystem), müssen hier kaum weitere Anpassungen vorgenommen werden. Im Vorfeld der Umwandlung werden bereits alle Fachkräfte in Expertenstandards und Pflegedokumentation geschult, da es im Pflegebereich insbesondere bei der Dokumentation einen höheren Standard und mehr Kontrollen gibt.[339]

Wenn Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung von stationär bzw. ambulant betreuten Wohnformen der Eingliederungshilfe oder aus der Wohnung ihrer Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen wechseln, stellt das für sie ebenso wie für die Pflegeeinrichtung eine große Herausforderung dar. Damit diese **Übergänge** gelingen, kann eine **Begleitung** sehr hilfreich sein. Diese richtet sich nicht nur an die betroffenen Personen selbst, die von der Begleitperson beim Umzug oder bei der Eingewöhnung unterstützt wird, sondern auch an die neue Einrichtung und ihr Personal. Wissen kann ausgetauscht und das Versorgungssetting besonders gut an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden.

In Vor-Ort-Gesprächen bei stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe wurde darüber berichtet, dass ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner, die wegen ihres höheren Pflegebedarfes in ein Pflegeheim zogen, von dort wieder zurückkamen, weil die Einrichtung mit deren Versorgung überfordert war. Ein Überleitungsmanagement könnte dazu beitragen, dass dies seltener der Fall ist.

Box 5-5: Überleitungsmanagement – Begleitung bei Umzügen von älteren Menschen mit Behinderung

Amalie Sieveking-Gesellschaft in Duisburg

Seit Beginn des Jahres 2014 gibt es bei der Amalie Sieveking-Gesellschaft das „Überleitungsmanagement“, ein vom Landschaftsverband Rheinland finanziertes, trägerneutrales Projekt. Das Angebot richtet sich an ältere Menschen mit einer geistigen und/ oder mehrfachen Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf, die nicht mehr in ihrem bisherigen Zuhause leben können. Sogenannte Überleitungsmanager beraten und begleiten Menschen, die aus dem elterlichen Haushalt oder aus dem Bereich der stationären und ambulanten Eingliederungshilfe in eine Einrichtung der Altenpflege ziehen, vor, während und nach dem Umzug. Die Unterstützung beginnt idealerweise schon einige Wochen vor dem geplanten Umzug, so kann beispielsweise gemeinsam das neue Zuhause besichtigt werden. Die Überleitungsmanager begleiten auch das Eingewöhnen im neuen Umfeld. Gleichfalls findet eine Begleitung der Altenpflegeeinrichtung statt, um den spezifischen

[339] Vgl. ebd.

Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht werden zu können. Das Überleitungsmanagement soll dazu dienen, Umzüge für ältere Menschen mit Behinderung so zu gestalten, dass diese erheblichen Veränderungen im Leben der älteren Menschen möglichst schonend verlaufen.[340]

Lebenshilfe Aachen
Bei der Lebenshilfe Aachen e. V. gibt es seit Ende 2014 das kostenloses Beratungs- und Unterstützungsangebot „Überleitungsmanagement“. Das Angebot inklusive des Beratungsprozesses richtet sich speziell an ältere Menschen (ab ca. 55 Jahren) mit geistiger Behinderung und einem erhöhten Pflegebedarf, die in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe/ bei ihren Angehörigen leben und den Wunsch haben, in eine eigene Wohnung oder in eine Pflegeeinrichtung umzuziehen. Das Angebot richtet sich zudem an die Leistungsanbieter (Schwerpunkt: Behindertenhilfe) in der StädteRegion Aachen. Das Überleitungsmanagement begleitet die Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuer bei der Entscheidung für eine passende Wohnform, bei der Wohnungssuche, dem Umzug und der Eingewöhnung in die neue Umgebung. Das Projekt wurde für drei Jahre vom Landschaftsverband Rheinland über das „Anreizprogramm zur Konversion stationärer Wohnangebote und zur Förderung einer inklusiven Sozialraumentwicklung" gefördert. Zielsetzungen des Anreizprogramms bestehen u. a. darin, mehr Menschen mit (geistiger) Behinderung das Leben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen sowie neue Wohnformen im Alter für Menschen mit (geistiger) Behinderung und zunehmendem Pflegebedarf zu schaffen.[341]

Ansätze zu Personal mit Kompetenzen zu Pflege, Behinderung und Teilhabe

Durch die Alterung ihrer Klientinnen und Klienten wird es für die Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe immer bedeutsamer, sich auf altersbedingte Versorgungsanforderungen, insbesondere die pflegerische Versorgung einzustellen. Sie benötigen hierfür u. a. Personal mit Pflegekompetenzen. Dies können **Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger** oder examinierte Altenpflegerinnen und -pfleger sein. Letztere haben den Vorteil, Pflegeleistungen erbringen zu dürfen, die nach dem SGB XI abgerechnet werden können.

Ein weiterer Ansatz, die Kompetenz der Fachkräfte in der Eingliederungshilfe im Hinblick auf Alterungsprozesse und pflegerische Versorgung zu verbessern, besteht in **Schulungsmaßnahmen und Beratungsangeboten**. Hierdurch kann der Wissensstand in den Teams insgesamt gehoben werden. Die Notwendigkeit hierfür wurde in Fachgesprächen mit Expertinnen und Experten betont.

[340] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung.
[341] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung.

Sie schlugen vor, die Ausbildungsinhalte der Berufe in der Eingliederungshilfe um solche zu den Konsequenzen des Älterwerdens zu ergänzen. Nicht nur an der Erweiterung individueller Kompetenzen könne hierbei angesetzt werden, sondern auch an der Organisation, indem beispielsweise pflegerische Standards eingeführt werden und eine Person die Verantwortung für die Qualität in der pflegerischen Versorgung trägt.

Box 5-6: Pflegerische Beratung und Schulung am Beispiel der Pflege und Assistenz GmbH in Berlin

Die Pflege und Assistenz GmbH ist eine Tochtergesellschaft der Lebenshilfe Berlin, die 2009 u. a. mit der Zielsetzung gegründet wurde, ein Angebot zur Unterstützung der vorwiegend pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich Gesundheit und Pflege zu schaffen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich bei medizinischen oder pflegerischen Fragen intern von der Pflege und Assistenz GmbH beraten lassen. Zudem werden Schulungen/ Fortbildungen im Bereich Gesundheit und Pflege angeboten - beispielsweise Pflegebasiskurse zu diversen Themen wie z. B. Thrombosen, Pneumonie, Körperpflege. Da die Pflege und Assistenz GmbH auch die Bewohnerinnen und Bewohner der Lebenshilfe betreut, können die Beratung sowie die Schulungen/ Fortbildungen gezielt am aktuellen Bedarf ausgerichtet werden.[342]

Grundsätzlich könnte auch Pflegepersonal zu den besonderen Anforderungen der Pflege von Menschen mit Behinderung geschult werden. Entsprechende Ansätze sind im Rahmen dieser Studie allerdings nicht bekannt geworden. Aus Expertinnen- und Expertensicht wurde das Fehlen von entsprechenden Konzepten als Kritikpunkt angeführt und u. a. bemängelt, dass auch das neue Pflegeberufegesetz mit der generalisierten Pflegeausbildung keine Einsätze der Pflegeauszubildenden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorsieht. Ein Lösungsbeitrag könnte in der Anerkennung von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern als Pflegekräfte bestehen.

Box 5-7: Multidisziplinäre Teams in stationären SGB XI Einrichtungen am Beispiel der Fachpflegeeinrichtung St. Vinzenz in Ursberg

In der stationären Wohnstätte St. Vinzenz nach SGB XI für ältere Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten multidisziplinäre Teams bestehend aus Pflegefach- und -hilfskräften (Krankenpflege, Altenpflege) sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit primär pädagogischer Ausbildung (Heilerziehungspflege, pädagogische Hilfskräfte). Die Leitungsaufgaben sowie die Pflegeplanung werden vom Pflegeteam und einer Pflegedienstleitung übernommen. Die Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sind für die Betreuungs- und Teilhabeplanung zu-

[342] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und einem telefonischen Interview. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

ständig. Um die unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nutzen und den interdisziplinären Wissensaustausch zu fördern, werden regelmäßig Inhouse-Schulungen zu Pflege- respektive zu pädagogischen Themen durchgeführt. Zudem finden vierteljährlich Treffen von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern sowie gerontopsychiatrisches Fachkräften statt, bei denen aktuelle Themen besprochen werden und ein Austausch unter den Berufsgruppen stattfindet. Da es sich um eine SGB XI-Einrichtung handelt, wird das pädagogische Personal über den Eingliederungshilfezuschlag finanziert, der mit dem Kostenträger in den Leistungsvereinbarungen festgesetzt wurde.[343]

In der eigenen Wohnung mit oder ohne ambulante Betreuung lebende Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit benötigen professionelle ambulante Pflege. Allgemeine ambulante Pflegedienste haben den befragten Expertinnen und Experten zufolge aber häufig nicht die Kompetenz, um auf die Besonderheiten von Beeinträchtigungsarten in der Pflege ausreichend einzugehen. Dies kann den Umgang mit Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen ebenso betreffen wie die Verständigung mit sinnesbeeinträchtigten Menschen. Auch bei Menschen mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen stehen Pflegedienste vor besonderen Herausforderungen. Expertinnen und Experten zufolge nehmen die Anleitungskompetenzen der Betroffenen mit dem Alter ab, sodass Pflegekräfte umso mehr auf ihre eigenen Kenntnisse angewiesen sind. Schließlich benötigen zuhause lebende Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit oft auch weitere Betreuungsleistungen und ein Unterstützungsnetzwerk, das informelle, auch familiäre Hilfen miteinschließt. Ein ambulanter Pflegedienst muss sich mit diesen Einrichtungen und Diensten verständigen und abstimmen können.

Aus diesen Gründen kann es sinnvoll sein, dass Leistungserbringer der **Eingliederungshilfe** einen **eigenen Pflegedienst gründen**. Dieser kann pflegebedürftige Menschen mit und ohne Behinderung pflegen. Mit einem eigenen Pflegedienst kann auch ein Problem von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe gelöst werden. So schreibt Thimm (2017) zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen, dass „die drei am häufigsten genannten Maßnahmen die Medikamentengabe, das Verabreichen von Injektionen und die PEG-Versorgung sind. (...) Diese Maßnahmen können grundsätzlich auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe durchgeführt werden, setzen allerdings pflegerisch qualifiziertes Personal bzw. die Schulung von Mitarbeiter_innen voraus. Wenn in den bisherigen Wohnsettings ausschließlich pädagogisches

[343] Vgl. ebd.

Personal tätig ist, kann dies eine Hürde darstellen bei der Sicherung der Versorgung und dazu führen, dass Bewohner_innen in eine Pflegeeinrichtung ziehen (müssen).“[344] Eine Schwierigkeit kann darin bestehen, dass Sozialhilfeträger nur die einfachste Behandlungspflege (Leistungsgruppen 1 und 2) über die Eingliederungshilfe finanzieren, hingegen nicht bestimmte, oft notwendige Leistungen wie das Anlegen eines Katheters. Für diese Leistungen ist dann der Einsatz von Krankenpflegepersonal erforderlich und es müssen externe Pflegedienste eingesetzt werden. Wird ein eigener Pflegedienst eingesetzt, können dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die pflegerische Versorgung in der Einrichtung erbringen. Sind sie zugleich in der Wohneinrichtung als Betreuungskräfte tätig, kann die Versorgung aus einer Hand erfolgen.

Box 5-8: Gründung eines Pflegedienstes am Beispiel der Lebenshilfe Viersen

Um Pflege- und Fachleistungen selbst erbringen zu können, hat die Lebenshilfe Viersen Ende des Jahres 2016 einen Pflegedienst gegründet. Grundsätzlich bietet der Pflegedienst seine Leistungen Menschen mit und ohne Behinderung an. Für die Gründung gab es verschiedene Gründe. So hat sich einerseits die Kooperation mit externen Pflegediensten als schwierig herausgestellt, da die Rituale, Zeit und Bedürfnisse vieler Menschen mit Behinderung nicht mit dem herkömmlichen Pflegezeitplan zusammenpasst haben. Häufig können reguläre Pflegedienste eine angemessene Versorgung von Menschen mit bestimmten Behinderungen (z. B. Autismus) nicht gewährleisten. Ein weiterer Grund für die Gründung eines eigenen Pflegedienstes bestand darin, dass seit dem 1. Januar 2017 nur noch einfachste Behandlungspflegeleistungen (Leistungsgruppe 1 und 2, z. B. Stützstrümpfe anziehen) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der EGH-Einrichtungen erbracht werden dürfen. Alle anderen Maßnahmen der Behandlungspflege wie Wundversorgung, Katheter legen etc. müssen von einem Pflegedienst erbracht und über die Krankenkasse als SGB V-Leistung abgerechnet werden. Durch den eigenen Pflegedienst können diese gesetzlichen Einschränkungen bei der Erbringung von SGB V-Leistungen in stationären Wohneinrichtungen umgangen werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnstätte können sogar gleichzeitig bei der stationären Wohnstätte und dem Pflegedienst angestellt werden und erbringen dadurch wirklich Pflege- und Fachleistungen „aus einer Hand“. Außerdem ist der Pflegedienst ein wichtiger Bestandteil für die Versorgung der ambulanten Wohnformen der Lebenshilfe Viersen.[345]

5.4.2 Alltägliche Lebensführung – Begleitung und Betreuung

Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die außerhalb von Einrichtungen leben, benötigen zur Unterstützung des selbstständigen Wohnens neben kompetenter ambulanter Pflege oft

[344] Thimm (2017).

[345] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

weitere Unterstützung, u. a. aufgrund ihrer Beeinträchtigungen. Neben den Beeinträchtigungen begründet auch ihr im Durchschnitt kleineres familiäres bzw. soziales Netzwerk, dass sie ergänzende Hilfen bei der alltäglichen Lebensführung benötigen. Außerdem ist es erforderlich, dass die eigene Wohnung und das Wohnumfeld möglichst barrierefrei sind und Hilfsmittel zur Kompensation von Beeinträchtigungen bei Aktivitäten vorhanden sind. Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen insbesondere geistiger oder psychischer Art können auf eine Tagesbetreuung angewiesen sein. Diese wird entweder familiär oder durch Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe erbracht. Familiäre Betreuungsleistungen können im Alter oft nicht aufrechterhalten werden, wenn beispielsweise betreuende Eltern altersbedingt ihre Leistungsfähigkeit verlieren. Betreuungsleistungen der Eingliederungshilfe können in Form ambulanter Betreuung am Wohnort, auch in einer ambulant betreuten Wohngruppe, oder teilstationär als Tagesbetreuung erfolgen.

Grundsätzlich ist es für die Aufrechterhaltung der Wohnsituation nicht nur erforderlich, dass die benötigten Unterstützungsleistungen vorhanden sind, sondern auch, dass sie gut koordiniert werden.

Menschen mit Behinderung, die in einer Pflegeeinrichtung oder einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe leben, sind hinsichtlich der meisten Aspekte der alltäglichen Lebensführung ausreichend unterstützt. Nur mit Einschränkung gilt dies für die Tagesbetreuung und die Strukturierung des Alltags. So gibt es besondere Betreuungsanforderungen in Pflegeeinrichtungen, weil Menschen mit Behinderung dort nur in begrenztem Maße bei der Gestaltung ihres Alltags unterstützt werden können.

5.4.2.1 Spezifische Bedarfe

Begleitung und Assistenz bei der alltäglichen Lebensführung

Unterstützung bei der Haushaltsführung und Begleitung bei alltäglichen Besorgungen benötigen insbesondere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die außerhalb von Einrichtungen wohnen. Je nach Beeinträchtigungen und Lebenssituationen der zu unterstützenden Personen kann der Bedarf an **Begleitung und Assistenz** sehr umfassend sein und kontinuierlich bestehen oder er kann wiederkehrend zu bestimmten Anlässen auftreten.

Expertinnen und Experten, mit denen Fachgespräche geführt wurden, merkten an, dass Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit aufgrund ihres gefährdeten Anspruchs auf Selbstbestimmung und Teilhabe einen besonderen Bedarf an „befähigender Assistenz“ hätten. Diese wäre immer, wenn dies möglich ist,

einer „kompensierenden Unterstützung“ vorzuziehen. Weil diese Leistungen in der Eingliederungshilfe besser erbracht werden könnten, dürften Menschen mit Behinderung aus ihrer Sicht ihre Leistungsansprüche aus der Eingliederungshilfe nicht vollständig verlieren, wenn sie pflegebedürftig werden.

Tagesbetreuung, angepasst an Pflege- und Unterstützungsbedarf, oder Tagespflege

Für ältere Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung, die aus Altersgründen oder auch wegen nachlassender Kompetenzen aus der Werkstatt für behinderte Menschen ausscheiden, ergibt sich ein besonderer Bedarf an einem strukturierten Tagesablauf mit sozialem Austausch. Der Wegfall dieser zuvor durch die Werkstatt erbrachten Funktionen muss anderweitig kompensiert werden. Laut der bereits genannten INA-Studie aus dem Jahr 2008 halten nur 27,5 Prozent der Einrichtungen der Behindertenhilfe Angebote für Menschen mit Behinderung im Rentenalter vor.[346] Es ist also nicht nur – wie im Kapitel 5.4.1.1 beschrieben – sicherzustellen, dass in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe in ausreichendem Umfang Pflege geleistet werden kann, sondern auch, dass eine **Tagesbetreuung** vorhanden ist. Dies kann am Wohnort selbst geschehen, indem Betreuungspersonal anwesend ist und Angebote zur Strukturierung des Tagesablaufs gemacht werden. Alternativ ist auch der Besuch einer Seniorentagesstätte möglich. Die Ausgestaltung der Leistungstypen, auf deren Grundlage die Betreuungsleistungen durch den Träger der Eingliederungshilfe refinanziert werden, kann den Besuch einer Seniorentagesstätte erschweren, wenn die Fahrten dorthin nicht enthalten sind und sich keine Seniorentagesstätte für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in unmittelbarer Nähe befindet. Es besteht demnach ein Bedarf an refinanzierten Fahrdiensten, um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die außerhalb von Einrichtungen leben, können überdies eine Einrichtung der **Tagespflege** nach dem SGB XI besuchen. Diese übernimmt neben der Pflege auch Betreuungsaufgaben. Einzelne der für diese Studie besuchten Leistungserbringer berichteten davon, dass die Inanspruchnahme allgemeiner Tagespflegeangebote dadurch stark erschwert wird, dass Menschen mit Behinderung, insbesondere geistigen Beeinträchtigungen, von den Tagespflegegästen ohne Behinderung nicht akzeptiert werden. Es werden also Angebote benötigt, die Menschen mit Behinderung tagsüber

[346] Vgl. Driller et al. (2008).

Pflege und Betreuung in der ihren behinderungsbedingten Bedürfnissen entsprechenden Qualität anbieten.

5.4.2.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Einschätzungen zur Bedarfsdeckung

Tagesbetreuung wird im Rahmen der Eingliederungshilfe für ältere Menschen in der Regel geleistet, nicht immer ist das aber bei Pflegeeinrichtungen in ausreichendem Maße der Fall. Ein verbreitetes Problem besteht in einer schlechten Erreichbarkeit von externen Tagesbetreuungseinrichtungen, für die es keinen refinanzierten Fahrdienst gibt.

Bei der Online-Befragung zu innovativen Angeboten hat sich gezeigt, dass über 60 Prozent der genannten Angebote (auch) tagesstrukturierende Leistungen und Unterstützung bei der Lebens- und Haushaltsführung anbieten. Weitere 45 Prozent der genannten Angebote unterstützen das selbstständige Wohnen bei Pflegebedarf. (Tabelle 5-3)

Tabelle 5-3: Ergebnisse der Online-Befragung zur Bedarfsdeckung im Bereich alltägliche Lebensführung (n=48)

Spezifische Bedarfe	in Prozent	absolut
Tagesstrukturierende Angebote	61	30
Unterstützung bei der Lebens- und Haushaltsführung	61	30
Unterstützung des selbstständigen Wohnens bei Pflegebedarf	45	22

Frage: „Welche der folgenden Bedarfe decken Sie mit Ihrem Angebot ab und wie?“
Quelle: Prognos AG 2017

Die Verteilung der Antworten kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Leistungserbringer viele Aktivitäten zur Tagesstrukturierung entfalten und hier auch gute Möglichkeiten bestehen, Angebote zu entwickeln. Das gleiche gilt für die Unterstützung bei der Lebens- und Haushaltsführung. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass diese Leistungen oft neben anderen erbracht werden.

Ausgewählte Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, die im Rahmen der Literaturrecherche, der Online-Befragung, den Fachgesprächen oder den Vor-Ort-Besuche erfasst wurden und mit deren Hilfe die beschriebenen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext der „Alltäglichen Lebensführung – Begleitung und Betreuung“

gedeckt werden können. Tabelle 5-4 bietet vorab einen Überblick über die identifizierten Ansätze.

Tabelle 5-4: Überblick über die spezifischen Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich Alltägliche Lebensführung – Begleitung und Betreuung

Spezifischer Bedarf	Ansätze zur Deckung des Bedarfs
Begleitung und Assistenz	▪ Persönliche Assistenz
Tagesbetreuung und Tagespflege, angepasst an Pflege- und Unterstützungsbedarf	▪ Tagesbetreuungsgruppen angegliedert an stationäres Wohnen ▪ Externe Tagesbetreuung - mit Fahrdienst oder angegliedert an betreute Wohngruppen ▪ Tagespflege

Quelle: Prognos AG 2017

Ansätze zur Begleitung und Assistenz

Persönliche Assistenz ist eine Leistung, die in hohem Maße Selbstbestimmung ermöglichen kann. In Verbindung mit der Leistungsform des Persönlichen Budgets können Menschen mit Behinderung hierdurch weitgehend selbst entscheiden, wie sie unterstützt werden möchten. Ihr Aktionsradius wird hierdurch stark erweitert und die Chancen, auch bei umfassenderem Unterstützungsbedarf in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, steigen.

Box 5-9: Begleitung bei der alltäglichen Lebensführung

Assistenzgenossenschaft Bremen

Die Assistenzgenossenschaft Bremen leistet Persönliche Assistenz für beeinträchtigte Menschen im Bereich Grundpflege, Haushaltshilfe und Freizeitbegleitung. Auch eine Mobile Nachtassistenz ist möglich. Grundsätzlich gibt es bei der Arbeitsplanung keine Tourenpläne, sondern feste Teams. Dadurch soll die Selbstbestimmung der Assistenznehmerinnen und -nehmer unterstützt werden und eine Fremdbestimmung in der eigenen Wohnung beispielsweise durch einen ambulanten Dienst vermieden werden.[347]

mobisaar – Mobilität für alle

Der mobisaar-Lotsenservice bietet Unterstützung bei der Fahrt mit Bus und Bahn für ältere Menschen mit und ohne Behinderung bzw. für alle Fahrgäste mit Mobilitätseinschränkungen. Hierdurch wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, gerade in ländlichen Gegenden im Saarland, unterstützt. Die mobisaar-Lotsen begleiten die Kundinnen und Kunden auf dem Weg beispielsweise zum Einkaufen, zum Arzt, zur Bank, sind beim Umstieg behilflich, unterstützen sie beim Bedienen des Fahrkartenautomaten und bieten Beratung zum Fahrplan. Die Mitarbeiterinnen

[347] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung.

und Mitarbeiter des mobisaar-Lotsenservice werden eigens für diese Tätigkeit geschult.[348]

Ansätze zur Tagesbetreuung und Tagespflege, angepasst an den Pflege- und Unterstützungsbedarf

Ein Ansatz, um dem Bedarf an Tagesbetreuung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe zu begegnen, besteht in der Bereitstellung spezieller **Betreuungsangebote durch die Einrichtungsträger**. Hier kann zwischen Angeboten für ältere Menschen mit Behinderung ohne Pflegebedürftigkeit oder mit nur geringer Pflegebedürftigkeit und Angeboten für Menschen mit höherer Pflegebedürftigkeit unterschieden werden. Während die Angebote für die zuerst genannte Gruppe eher **außerhalb der Wohneinrichtung** situiert sein sollten, findet die Betreuung von Menschen mit stärkerer Pflegebedürftigkeit auch aufgrund der eingeschränkten Mobilität vorzugsweise **innerhalb der Einrichtung** statt.

Box 5-10: Wahlmöglichkeiten bei der Tagesgestaltung am Beispiel der Stiftung Drachensee in Kiel

Speziell für ältere Menschen mit Behinderung unterhält die Stiftung Drachensee eine stationäre Wohnstätte inklusive Tagesbetreuung (zwei altershomogene Gruppen) sowie eine externe Tagesbetreuung („Seniorenhaus"). Beide Angebote richten sich an Menschen nach der Verrentung. Das „Seniorenhaus" besuchen vor allem Menschen, die aufgrund ihres Alters das Arbeitsleben der Werkstatt verlassen und weiterhin in ihrem vertrauten Zuhause wohnen möchten. Die Nutzerinnen und Nutzer können morgens weiterhin mit dem Werkstattbus der Stiftung fahren, der sie zum Seniorenhaus bringt. Grundsätzlich richtet sich dieses Angebot eher an fittere und mobilere Senioren, erhöhter Pflege- und Unterstützungsbedarf kann hier nicht geleistet werden. Demgegenüber kann die stationäre Wohnstätte inkl. Tagesbetreuung durch die Kooperation mit einem externen Pflegedienst auch Menschen mit einem höheren Pflege- und Unterstützungsbedarf gerecht werden. Dementsprechend ist der Betreuungsschlüssel in der stationären Wohnstätte auch höher als im „Seniorenhaus". Durch die verschiedenen altersgerechten Angebote haben die Seniorinnen und Senioren die Wahl, wie sie ihren Ruhestand gestalten wollen bzw. welche Unterstützungsleistungen sie benötigen. Die beiden Angebote sind nicht kombinierbar, da sonst ein doppelter Leistungsbezug vorliegen würde.

Ein Angebot, das sich an Menschen mit Behinderung und stärkerer Pflegebedürftigkeit außerhalb von Einrichtungen richtet, ist eine **Tagespflege-Einrichtung** speziell für Menschen mit Behinderung. Dieses Angebot kann ein wichtiger Baustein sein, der die Versorgung in einer ambulant betreuten Wohngruppe der Eingliederungshilfe oder in einer ambulanten Pflegewohngruppe ergänzt. Eine

[348] Vgl. ebd.

solche Einrichtung kann sich nicht nur an die Menschen mit Behinderung einer Wohneinrichtung richten, sondern muss für weitere Personengruppen, auch Menschen ohne (lebensbegleitende) Behinderung offen sein.

Box 5-11: Einrichtung einer Tagespflege-Einrichtung am Beispiel der Lebenshilfe Viersen

Die Lebenshilfe Viersen plant für 2018 die Eröffnung einer inklusiven Tagespflege-Einrichtung, die von Menschen besucht werden kann die ambulant betreut leben; die Tagesbetreuung in der stationären Wohnstätte darf aufgrund des doppelten Leistungsbezuges nicht besucht werden. Ein weiterer Grund für die Gründung einer eigenen Tagespflege waren zudem Probleme bei der gemeinsamen Nutzung einer bestehenden Tagespflege-Einrichtung zwischen den älteren Menschen mit Behinderung und den Besucherinnen und Besuchern ohne Behinderung. Finanzielle Mittel von der Pflegekasse wurden bereits bewilligt. Die Tagespflege soll zwölf Plätze vorhalten und steht Menschen mit und ohne Behinderung offen, die einen Pflegegrad haben. Pflegegeld bzw. ambulante Pflegesachleistungen und Tagespflege können kombiniert werden, die Tagespflege wird nicht auf das entsprechende Budget angerechnet. Der Entlastungsbetrag kann auch für Tagespflege im Sinne des § 45a SGB XI eingesetzt werden.[349]

5.4.3 Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

Die gleichberechtigte Teilnahme von Menschen mit Behinderung an Freizeit-, Kultur- und Sportangeboten hat mit Artikel 30 einen hohen Stellenwert in der UN-BRK erhalten. Mit einer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ohne Benachteiligungen aufgrund von Beeinträchtigungen wird der Leitgedanke der „Sozialen Inklusion“ als ein „Wandel hin zu einer selbstverständlichen Zugehörigkeit“[350] von Menschen mit Behinderung verwirklicht.[351] Ein besonderer Handlungsbedarf besteht hier, weil Menschen mit Behinderung weniger soziale Kontakte haben, ihre Freizeit häufiger allein verbringen und seltener kulturelle Veranstaltungen besuchen.[352]

Menschen mit Behinderung werden in der Regel in einem früheren Lebensalter pflegebedürftig und sind es über einen deutlich längeren Zeitraum als Menschen ohne Behinderung. Für sie hat daher die Unterstützung bei der sozialen Teilhabe und damit auch die Wahrnehmung von Freizeitangeboten sozialer und kultureller Art tendenziell eine größere Bedeutung. Gerade im Alter und/ oder bei Pflegebedürftigkeit kann davon ausgegangen werden, dass auch

[349] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

[350] Vgl. Bielefeldt (2009).

[351] Vgl. Bielefeldt (2009).

[352] Siehe Kapitel 5.3.1 sowie Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013).

der Unterstützungsbedarf zur Sicherung der sozialen Teilhabe zunimmt.[353] Verschiedene Gründe wie Barrieren und Vorbehalte gegenüber Menschen mit Behinderung in der übrigen Bevölkerung erschweren die Wahrnehmung solcher Angebote.

Notwendig sind aus diesen Gründen Angebote, die Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit wahrnehmen können und ihnen Möglichkeiten des persönlichen Ausdrucks, der Befriedigung von Interessen und der Teilnahme am Gemeinschaftsleben ermöglichen. Zusätzlich bedarf es der Unterstützung bei der Wahrnehmung dieser Angebote, insbesondere durch Fahrdienste und Begleitung.

5.4.3.1 Spezifische Bedarfe

Inklusive kulturelle und gesellschaftliche Angebote

Für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit muss es auch kulturelle und gesellschaftliche Angebote geben, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Ein Bedarf besteht sowohl an inklusiven Angeboten, also solchen, die Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen ansprechen, als auch an Angeboten, die sich an spezielle Zielgruppen richten. Neben der Barrierefreiheit der Angebote – also ihrer Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit – darf es überdies keine finanziellen Hemmnisse geben. Der Bedarf an kulturellen und gesellschaftlichen Angeboten besteht bei Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die innerhalb und außerhalb von Einrichtungen leben, gleichermaßen.

Die Wahrnehmung von kulturellen und gesellschaftlichen Angeboten stößt aufgrund von Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit an Grenzen, die eine Begleitung oder Assistenz erforderlich machen. So ist die eigenständige Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oft nicht möglich oder es bedarf der Hilfe bei der Nutzung von Angeboten.

Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum

Ein Anspruch auf Einbindung in den Sozialraum ergibt sich einerseits aus Artikel 19 b UN-BRK, wonach die Vertragsstaaten gewährleisten, dass „Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen Unterstützungsdiensten haben (...), die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie

[353] Vgl. Grunick und Maier-Michalitsch (2015).

zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist“. Andererseits sind Menschen mit Behinderung oft in besonderem Maße darauf angewiesen, dass Angebote leicht erreichbar sind und darauf, durch das soziale Umfeld unterstützt zu werden. Insofern verstärkt die Einbindung in den Sozialraum auch die Möglichkeit, kulturelle und gesellschaftliche Angebote wahrzunehmen.

5.4.3.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Einschätzungen zur Bedarfsdeckung

Bei der Online-Befragung der innovativen Angebote hat sich gezeigt, dass die Mehrheit (88 %, n=48) der befragten Angebote den Bedarf der sozialen Teilhabe adressiert. Das Befragungsergebnis kann als Indiz dafür gelten, dass es in diesem Bereich bereits zahlreiche Ansätze und Unterstützungsangebote für die Zielgruppe gibt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die soziale Teilhabe als übergeordnetes Ziel der Eingliederungshilfe verstanden wird.

Allerdings ist der Literatur und Fachgesprächen zu entnehmen, dass Altenpflege-Einrichtungen weniger Angebote der sozialen und kulturellen Teilhabe bieten oder die Zielgruppe dabei unterstützen, als dies in Einrichtungen der Eingliederungshilfe der Fall ist. Hier kann also durchaus ein Defizit vermutet werden. Dass kulturelle Angebote vielfach nicht inklusiv sind, kann angenommen werden, ohne dass hier eine quantitative Abschätzung möglich wäre.

Die Ambulantisierung insbesondere in der Eingliederungshilfe begünstigt die Einbindung von Angeboten in den Sozialraum. Das Konzept ist dort schon weiter umgesetzt als in der Altenpflege.
In der Altenpflege bringen Angebotsformen wie die ambulanten Pflegewohngemeinschaften neue Impulse in Richtung Sozialraumorientierung. Es mangelt allerdings an der Finanzierung notwendiger Managementfunktionen.

Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, die im Rahmen der Literaturrecherche, der Online-Befragung, den Fachgesprächen oder den Vor-Ort-Besuchen erfasst wurden, und mit deren Hilfe die beschriebenen spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext „Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben“ gedeckt werden können. Tabelle 5-5 bietet vorab einen Überblick über die identifizierten Ansätze.

Tabelle 5-5: Überblick über die spezifischen Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

Spezifischer Bedarf	Ansätze zur Deckung des Bedarfs
Inklusive kulturelle und gesellschaftliche Angebote	▪ Angebote der Eingliederungshilfe, die sich an Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen richten
Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum	▪ Einbindung von Wohngemeinschaften in zentraler Lage; Kooperationen mit örtlichen Organisationen wie Schulen, Kirchengemeinden und Vereinen

Quelle: Prognos AG 2017

Ansätze für inklusive kulturelle und gesellschaftliche Angebote

Die Schaffung **inklusiver Angebote** ist eine Aufgabe, der sich die Gesellschaft insgesamt annehmen muss. Initiativen gehen jedoch zumeist vom Unterstützungssystem für Menschen mit Behinderung aus. Gestaltungsansätze finden sich daher vor allem dort. So bieten Leistungserbringer der Eingliederungshilfe Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung an, beispielsweise Feste, und kooperieren hierbei auch mit örtlichen Organisationen wie Schulen und Vereinen. Ansätze beispielsweise der Altenhilfe, Angebote explizit für Menschen mit und ohne Behinderung zu konzipieren und möglichen Hindernissen wie fehlender Akzeptanz entgegenzuwirken, sind in der Erhebung zu dieser Studie nicht aufgeführt worden, jedoch wurden entsprechende Ansätze gefordert.

Ansätze zur Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum

Ambulant betreute Wohngruppen ebenso wie ambulante Pflegewohngruppen, die auch von Trägern der Eingliederungshilfe als ein geeigneter Versorgungsansatz für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit erkannt werden (siehe Kapitel 5.4.1.2), verfolgen das Ziel einer Deinstitutionalisierung und Dezentralisierung, um ein höheres Maß an Normalität zu erreichen. Solche Angebote sind oft bewusst sozialräumlich orientiert. Ganz allgemein bedeutet **Sozialraumorientierung**, dass die Unterstützung nicht nur am hilfebedürftigen Menschen ansetzt, sondern auch das Umfeld, seine Ressourcen und Restriktionen adressiert. Es werden beispielsweise Konzepte entwickelt, die Unterstützungsleistungen der Nachbarschaft sowie örtlicher Akteure einbinden und fördern. Voraussetzung hierfür ist ein zentral gelegener Wohnort.

Box 5-12: Sozialräumlich eingebundene ambulante Pflegewohngemeinschaften für psychisch behinderte Menschen mit Pflegebedürftigkeit am Beispiel von „Die Kette“ in Rösrath

„Die Kette“ plant aktuell zwei ambulante Wohngruppen in einem zentral gelegenen Mehrfamilienhaus für ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit für sieben bzw. acht Bewohnerinnen und Bewohner. Die Planung sieht vor, dass diese einen Mietvertrag mit dem Eigentümer, einen Betreuungsvertrag mit „Die Kette“ und einen Pflegevertrag mit einem Pflegedienst schließen. Die Leitung wird einer Pflegedienstleiterin mit Weiterbildung im Bereich der Eingliederungshilfe obliegen. Das Team in den Pflege-WGs soll aus examinierten Pflegekräften und -hilfskräften, einer Sozialarbeiterin und Alltagsbegleiterinnen und -begleitern nach § 87 SGB XI und einer Nachtwache für beide Wohngruppen bestehen. Die Kontinuität der Bezugspersonen soll durch die Gründung eines eigenen Pflegedienstes sichergestellt werden. Die Möglichkeit, ergänzend eine Tagespflege zu nutzen, wird noch diskutiert. Die zentrale Lage sowie Kooperationen mit Kindergärten, Schulen, Kirchen und Vereinen sind Bestandteil eines sozialräumlich ausgerichteten Konzeptes. Es gibt außerdem eine Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Fachärztin. Durch die Kombination von Betreuungsleistungen, Fachleistungen der Eingliederungshilfe und ambulanten (ggf. auch teilstationären) Pflegeleistungen kann umfassend auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen werden. Die gleichen Beeinträchtigungsarten der Bewohnerinnen und Bewohner ermöglichen ein spezialisiertes Konzept inkl. fachärztlicher Betreuung.[354]

Ein typisches Angebot mit sozialräumlicher Orientierung sind Mehrgenerationenhäuser. In diesen findet die nachbarschaftliche Hilfe bereits innerhalb der Wohnform statt. Mehrgenerationenhäuser sind weder Angebote der Eingliederungshilfe noch der Pflegeversicherung, vielmehr sind sie ausschließlich daraufhin konzipiert, die Potenziale unterschiedlicher Bewohnerinnen und Bewohner zur gegenseitigen Unterstützung und für ein Gemeinschaftsleben zu erschließen. Es handelt sich dabei meist nicht um Angebote für Personen mit intensivem Betreuungs- oder Pflegebedarf.

Box 5-13: Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum am Beispiel des Mehrgenerationenhauses Schweizer-Hof in Heidelberg

Das inklusive Mehrgenerationenhaus Schweizer-Hof wird von Habito e. V. betrieben, einem Mitarbeiterverein, der 2006 gegründet wurde. Die Zielsetzung von Habito ist es, das gemeinsame Leben in der Nachbarschaft sowie die Schaffung eine alternativen Versorgungsform für ältere Menschen und auch Menschen mit Behinderung als Gegenentwurf zu Eingliederungshilfe und Altenhilfe zu ermöglichen. Im Schweizer-Hof leben 31 Menschen mit und ohne Behinderung jeglichen Alters. Habito übernimmt die Rolle eines Moderators und dient als Ansprechpartner sowie Koordinator für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner. Aktuell haben 16

[354] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

der Bewohnerinnen und Bewohner des Schweizer-Hofes eine gewisse Beeinträchtigung, die entweder lebensbegleitend vorliegt oder erst im höheren Alter erworben wurde. Hierbei handelt es sich um geistige, körperliche oder psychische Einschränkungen. Für Menschen mit Pflegebedarf gibt es eine Kooperation mit einem Pflegedienst, der SGB V- und SGB XI-Leistungen erbringt. Speziell für ältere Menschen mit Behinderung, die im Mehrgenerationenhaus wohnen und nach der Verrentung nicht mehr in die Werkstatt gehen, wurde 2017 in Absprache mit der Stadt Heidelberg eine Tagesgruppe gegründet, deren Leistungen auch über § 45a und §45b SGB XI finanziert werden können. Durch die unterschiedlichen Hintergründe der Bewohnerinnen und Bewohner bedarf es individueller Lösungen mit den jeweiligen Kostenträgern (öffentliche Kostenträger, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Eingliederungshilfe). Entsprechend der Beeinträchtigungen muss der Hilfebedarf kontinuierlich besprochen und angepasst werden. Aktuell gibt es somit für jeden Nutzer eine andere Finanzierung bzw. Kostenregelung. Neben den Wohnungen werden im Schweizer-Hof Räume der Begegnung für die Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt; es gibt beispielsweise einen offenen Mittagstisch sowie kulturelle Angebote für Jedermann. Somit soll die Nachbarschaft aktiv gefördert und der Anonymisierung im Quartier entgegengewirkt werden.[355]

5.4.4 Förderung und Erhaltung der Gesundheit

Die Gesundheit von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist tendenziell stärker gefährdet als die von Menschen ohne Behinderung.

In jedem Fall müssen präventive wie kurative Angebote auf die Besonderheiten von verschiedenen Behinderungen eingehen, um eine gute Versorgung zu erreichen. Die Barrierefreiheit solcher Angebote kann eine wichtige Voraussetzung dafür sein, dass das selbstständige Wohnen an einem bestimmten Wohnort aufrechterhalten werden kann. Ist sie nicht gegeben, steigt in der Folge die Abhängigkeit von Hilfe- und Unterstützungsleistungen.

Unabhängig davon machen es bestimmte Beeinträchtigungsarten erforderlich, dass Menschen mit Behinderung bei der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten unterstützt werden. Kommunikative Anforderungen kann es auch zwischen dem Personal der verschiedenen Hilfesysteme (Medizin, Eingliederungshilfe, Pflege) geben. Schließlich kann auch persönliche oder organisatorische Unterstützung im medizinischen Versorgungssystem für Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungsarten erforderlich sein.

Die Diagnose von Krankheiten ist bei der Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung erschwert. Es fehlt im deutschsprachigen Raum an Screeningverfahren für die Personengruppe der

[355] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

Menschen mit geistiger Behinderung, sodass viele psychische Erkrankungen bei ihnen unerkannt bleiben.

5.4.4.1 Spezifische Bedarfe

Präventive und gesundheitsfördernde Angebote am Wohnort

Präventive und gesundheitsfördernde Angebote werden wahrgenommen, wenn sie niedrigschwellig zu erreichen und attraktiv sind. Für Menschen mit Behinderung, die oft in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind, ist hierfür die Wohnortnähe ein wichtiges Kriterium. Im Idealfall werden solche Angebote direkt am Wohnort erbracht, beispielsweise durch Personen, die auch Unterstützungsleistungen erbringen und daher persönlich bekannt sind.

Ärztliche Kenntnis von Beeinträchtigungen bei Diagnose und Therapie

Bei verschiedene Beeinträchtigungsarten setzt eine medizinische Diagnose und Therapie von Erkrankungen voraus, dass Ärztinnen und Ärzte Kenntnisse der Beeinträchtigungen haben. So kann u. a. das Problem des „overshadowings“ vermieden werden, bei dem Symptome einer Krankheit als Ausprägungen von Beeinträchtigungen fehlinterpretiert werden. Außerdem können Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen und akuten Erkrankungen inklusive deren z. T. medikamentöser Therapie bestehen.

Begleitung bei Krankenhausaufenthalten und Praxisbesuchen/ Unterstützung bei der Aufnahme und Entlassung aus einem Krankenhaus

Menschen mit bestimmten Beeinträchtigungen müssen bei Krankenhausaufenthalten durch eine Betreuungsperson oder eine Assistenzkraft begleitet werden. Zu den Voraussetzungen für ein solches Angebot zählt, dass das Krankenhaus diese Möglichkeit vorsieht und eine Refinanzierung der entstehenden Ausgaben erfolgt. Begleitung ist häufig auch bei Praxisbesuchen erforderlich. Gründe hierfür können sein, dass die Praxis nicht allein erreicht werden kann oder Unterstützung bei der Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt erforderlich ist.

Bei der Aufnahme und Entlassung aus einem Krankenhaus ist es von besonderer Bedeutung, dass alle wichtigen Informationen aus einem Versorgungssetting in das andere übertragen werden. Hierfür bedarf es besonderer Instrumente und ausreichender Gespräche zwischen den Informationsträgern.

5.4.4.2 Ansätze zur Deckung der Bedarfe

Einschätzungen zur Bedarfsdeckung

Grundsätzlich haben fast alle Expertinnen und Experten der Fachgespräche darauf hingewiesen, dass es in mehrfacher Hinsicht Probleme in der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit gibt. Grundsätzlich sei zudem die freie Arztwahl durch weit verbreitete physische Zugangsbarrieren stark eingeschränkt, sodass eine wohnortnahe medizinische Versorgung häufig nicht gegeben sei. Zudem wurde – bedingt durch die mangelnden Kenntnisse der Ärzte bzgl. Behinderung – auf Probleme bei Prävention und Früherkennung von Krankheiten, sowie bei Diagnose und Therapie hingewiesen. Häufig wurde zudem angemerkt, dass gerade im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung die Kommunikation, Aktivierung und Einbeziehung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht funktioniere. So gäbe es in Krankenhäusern kaum jemanden, der in Gebärdensprache oder leichte Sprache übersetzen könne. Dies führe laut Expertinnen und Experten dazu, dass Eltern oder Betreuungskräfte aus der Eingliederungshilfe mit ins Krankenhaus kämen, um diese Unterstützung zu leisten – obwohl es hierfür keine rechtliche Grundlage bzw. Finanzierung gibt.

Bei der Online-Befragung der innovativen Angebote haben knapp 40 Prozent (n=48) der befragten Angebote angegeben, dass sie den Bedarf der barrierefreien und zielgruppenspezifischen Gesundheitsangebote adressieren. Dennoch wurden hier vor allem auf Ernährungsberatung sowie Therapieformen wie Ergotherapie, Krankengymnastik, Eurythmie eingegangen und seltener auf Ansätze zur ärztlichen Versorgung bzw. Krankenhausaufenthalte.

Ansätze zur Deckung der spezifischen Bedarfe

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze vorgestellt, die im Rahmen der Literaturrecherche, der Online-Befragung, den Fachgesprächen oder den Vor-Ort-Besuche erfasst wurden und mit deren Hilfe die beschriebenen spezifischen Bedarfe der Zielgruppe im Kontext „Förderung und Erhaltung der Gesundheit“ gedeckt werden können. Tabelle 5-6 bietet vorab einen Überblick über die identifizierten Ansätze.

Tabelle 5-6: Überblick über die spezifischen Bedarfe und Ansätze zu deren Deckung im Bereich Förderung und Erhaltung der Gesundheit

Spezifischer Bedarf	Ansätze zur Deckung des Bedarfs
Präventive/gesundheitsfördernde Angebote am Wohnort	▪ Regelmäßige Risikovisite in Wohnstätten durch Pflegepersonal
Verfügbarkeit von ärztlicher Kenntnis von Behinderungen	▪ Kooperationen von Wohneinrichtungen mit Ärzten
Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten und Arztpraxisbesuchen	▪ Begleitung bei Gesprächen mit dem Gesundheitspersonal ▪ Überleitungsmanagement

Quelle: Prognos AG 2017

Ansätze zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten am Wohnort

Ein wichtiges Kriterium für präventive und gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist die Niedrigschwelligkeit, von der entscheidend abhängt, ob die Angebote wahrgenommen werden können. Besonders geeignet sind daher **aufsuchende Angebote**. Im Bereich der Eingliederungshilfe ist es von besonderer Bedeutung, dass das Betreuungspersonal Pflegerisiken erkennt und in den Grundlagen der Gesundheitsförderung geschult ist, um insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung hierbei unterstützen zu können.

Box 5-14: Präventive Gesundheitsangebote in Wohnstätten am Bespiel der Pflege und Assistenz GmbH in Berlin

Die Pflege und Assistenz GmbH ist eine Tochtergesellschaft der Lebenshilfe Berlin, die alle Einrichtungen der Lebenshilfe unterstützt und u. a. Angebote zur Gesundheitserhaltung und -förderung speziell für Menschen mit Behinderung in der Eingliederungshilfe anbietet. Aktuell leistet die Pflege und Assistenz GmbH eine präventive Betreuung von ca. 1200 Menschen mit lebensbegleitender körperlicher oder geistiger Behinderung - darunter 82 Senioren (65 Jahre und älter). Einerseits werden bei Neueinzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners eine Erhebung und Dokumentation der individuellen Pflegerisiken mittels pflegerischer Assessments durchgeführt („Pflegerisikovisitenprotokoll“). Zudem werden die zwölf Wohnstätten der Lebenshilfe Berlin regelmäßig von den Mitarbeiterinnen der Pflege und Assistenz GmbH besucht („Pflegetreffs“) und für die Bewohnerinnen und Bewohner pflegerische Empfehlungen verfasst, deren Umsetzung beim nächsten Besuch überprüft wird. Bewertungskriterien sind beispielsweise Mobilität, Ernährung, Behandlungspflege, Körperpflege und Psyche. Die Erhebung findet dreimal im Jahr statt.[356]

[356] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung und dem Vor-Ort-Besuch. Weitere Informationen zum Angebot sind im umfassenden Angebotssteckbrief im Anhang (Kapitel 5.7.2) zu finden.

Ansätze zur Verfügbarkeit von ärztlicher Kenntnis

Ein grundlegendes Problem der gesundheitlichen Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit liegt darin, dass die Personengruppe klein und sehr divers ist, sodass es eine flächendeckende Verbreitung der notwendigen Kenntnisse in der Ärzteschaft schwierig zu erreichen ist. Hier müssen einerseits mehr Ärztinnen und Ärzte die notwendigen Kenntnisse erwerben, andererseits müssen Methoden entwickelt werden, die diese Kenntnisse besser verfügbar machen. Ein Ansatz hierfür, der öfter Anwendung findet, sind **Kooperationen** zwischen Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen bzw. Ärzten.

Box 5-15: Kooperationsmodelle mit medizinischen Akteuren am Beispiel von Careplus

Dieses Beispiel entstammt der Altenpflege, ließe sich jedoch auf die Eingliederungshilfe übertragen. Careplus ist ein multiprofessionelles Behandlungs- und Betreuungsprogramm der AOK Nordost. Pflegeeinrichtungen und Kostenträger wollen in Berlin und Brandenburg durch den Aufbau einer spezifizierten, kooperativen und aufeinander abgestimmten medizinischen Versorgungsform die Versorgungs- und Lebensqualität der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner verbessern. Ziel ist es u. a., Leistungen gemäß SGB V und gemäß SGB XI optimal aufeinander abzustimmen. Die Einbindung der interessierten Ärzte und Therapeuten geschieht durch die Träger der Pflegeeinrichtungen. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt ist für die Bewohnerinnen und Bewohner und Angehörigen verbindlich ansprechbar, sodass der Einsatz einer beliebigen Ärztin bzw. eines beliebigen Arztes vermieden wird. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kommt wöchentlich zu einem vereinbarten Termin in die Pflegeeinrichtung, sodass die Versorgung mit ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen im vertrauten Umfeld erfolgt; eine Einweisung in ein Krankenhaus kann dadurch auf medizinisch dringende Fälle reduziert werden.[357]

Begleitung bei Krankenhausaufenthalten und Praxisbesuchen

Es ist eine wichtige Forderung der Verbände behinderter Menschen, dass die Möglichkeiten der Begleitung bei Krankenhausaufenthalten umfassend gegeben sind. Die gesetzlichen Beschränkungen bei den Assistenzkräften und die notwendige vorherige Feststellung der medizinischen Notwendigkeit werden kritisiert. Krankenhausaufenthalte könnten auch dadurch erleichtert werden, dass speziell geschulte Kräfte bei der Vorbereitung, bei der Aufnahme und während des Krankenhausaufenthaltes unterstützen. Gleichzeitig können sie dazu beitragen, die **Kommunikation** mit den Ärztinnen und Ärzten zu verbessern.

[357] Die Informationen stammen aus der Online-Befragung.

Box 5-16: Unterstützungsleistungen bei Krankenhausaufenthalten am Beispiel der „liaison nurses“ in Großbritannien

In Großbritannien gibt es sogenannte „liaison nurses“ (auf Deutsch: „Verbindungskrankenschwestern“), die sowohl im Krankenhaus als auch bei Patientinnen und Patienten zuhause zum Einsatz kommen und diese vor und während des Krankenhausaufenthalts unterstützen. Vor der Einweisung ins Krankenhaus können sie z. B. bei der Vorbereitung und Planung des Aufenthaltes helfen. Anschließend können Sie bei der Aufnahme und auch während der Behandlung den Patientinnen und Patienten zur Seite stehen. Wichtige Aufgabe ist dabei die Kommunikationsunterstützung zwischen den Ärztinnen bzw. Ärzten und dem Pflegepersonal auf der einen Seite und den Patientinnen und Patienten/ Betreuerinnen und Betreuern der Behindertenhilfe oder Angehörigen auf der anderen Seite. Die „liaison nurses“ stellen so einen Knotenpunkt zwischen den unterschiedlichen Gruppen dar. Sie können zudem Patientinnen und Patienten gezielt unterstützen, die besondere Bedürfnisse haben – z. B. wenn diese nicht alleine auf die Behandlung warten können oder auch Stressreaktionen auf die Krankenhausatmosphäre zeigen. Um speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung eingehen zu können, werden die „liaison nurses“ gezielt geschult. Diese Maßnahme liegt auch in der Besorgnis begründet, dass die Versorgung und Behandlung im Krankenhaus für diese Zielgruppe nicht bedarfsgerecht geleistet wird.[358]

5.5 Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel werden Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel benannt. Dabei werden die in Kapitel 5.4 geschilderten Ansätze zur Bedarfsdeckung hinsichtlich ihrer Relevanz für die Verbesserung der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit eingestuft. Ein Ansatz wird dann als relevant eingestuft, wenn der von ihm adressierte Bedarf von vorrangiger Bedeutung für die Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten Lebens und sozialer Teilhabe ist, wenn es für den adressierten Bedarf qualitativ und/ oder quantitativ keine ausreichende Versorgung gibt und wenn der Ansatz einen wesentlichen Beitrag zur Bedarfsdeckung leisten kann. In die Bewertung der Relevanz wird auch die Einschätzung berücksichtigt, die von ausgewählten Expertinnen und Experten des Workshops vorgenommen wurden. Die entwickelten Handlungsempfehlungen berühren den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Sie richten sich darüber hinaus aber auch an weitere Adressaten, deren Zuständigkeiten ebenfalls angesprochen werden.

[358] Vgl. Department of Health (2009) und Brown (2011).

1. Handlungsempfehlung: Bedürfnisgerechte Strukturen für Wohnen mit Pflege und Betreuung schaffen

Für die individuelle Basisversorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit werden Wohnangebote benötigt, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung mit pflegerischer Versorgung kombinieren (siehe Kapitel 5.4.1.1). Die besonderen Versorgungsanforderungen resultieren zum einen aus der Pflegebedürftigkeit und zum anderen daraus, dass nach der altersbedingten Beendigung der Beschäftigung in einer WfbM neue tagesstrukturierende Betreuungsleistungen notwendig werden.

Es wurden im Kapitel 5.4.1.2 drei Ansätze vorgestellt, die auf diesen Bedarf ausgerichtet sind und deren primäre Zuständigkeit teilweise bei der Eingliederungshilfe und teilweise bei der Pflegeversicherung liegt.[359] Generell könnten alle vorgestellten Ansätze zu einer Versorgungsstruktur beitragen, die bedürfnisgerechtes Wohnen von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ermöglicht. Es hängt von den unterschiedlichen Voraussetzungen der zu versorgenden Menschen ab, welche Variante deren Bedürfnissen am besten entspricht.

Daher beinhaltet eine Handlungsempfehlung, die Bedingungen für alle Angebotsformen so weiterzuentwickeln, dass sie den besonderen Bedürfnissen der Zielgruppe nach Pflege und Betreuung gerecht werden könnten. Dazu könnte bspw. gehören, dass in stationären Pflegeeinrichtungen, die sich speziell an Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit richten, zusätzliche Pauschalen für Eingliederungshilfe-Leistungen grundsätzlich vorgesehen werden und dies nicht den Verhandlungen einzelner Einrichtungen mit den zuständigen Kostenträgern überlassen ist. Die individuelle Höhe und Ausgestaltung entsprechender vertraglicher Vereinbarungen würde allerdings weiterhin Gegenstand individueller Verhandlungen bleiben.

Mit Verbänden der Leistungsträger und -erbringer könnte unter Einbeziehung der Verbände für Menschen mit Behinderung daran gearbeitet werden, die Zielgruppen für einzelne Angebotsformen zu bestimmen und die notwendigen Voraussetzungen für eine bedürfnisgerechte Ausgestaltung sicherzustellen. Die Entwicklung der Angebotsstrukturen würde zudem voraussetzen, dass die Grundlagen für eine leistungsträgerübergreifende, personenzentrierte Bedarfsplanung weiterentwickelt würden. In diesem

[359] Seniorenwohngruppen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe / Ambulante Pflegewohngruppen im Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung / Stationäre Pflegeeinrichtungen speziell ausgerichtet auf Menschen mit Behinderung.

Zusammenhang wären auch Zuständigkeitsfragen zwischen Leistungsträgern zu klären.

Grundsätzlich handelt es sich um eine Aufgabe, die nur unter Einbeziehung mehrerer Akteure, insbesondere der Verbände von Leistungsträgern, Leistungserbringern und der Selbstvertretungen von Menschen mit Behinderung geleistet werden kann. Die Funktion des Bundesministeriums für Gesundheit könnte hierbei in der Prozessinitiierung und -koordinierung liegen.

2. Handlungsempfehlung: Die Möglichkeiten der ambulanten Pflegewohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit erschließen

Während des Expertenworkshops wurde der Ansatz der ambulanten Pflegewohngemeinschaften als besonders geeignet herausgestellt, um die gegenwärtige Versorgungslage zu verbessern. Als Begründung wurde angeführt, dass es sich um ein Kernthema einer angemessenen Versorgung handele und dass sich gerade infolge der Pflegereformen neue Möglichkeiten eröffnen, die es zu gestalten gelte.

Ambulante Pflegewohngemeinschaften wären aus mehreren Gründen ein bevorzugt zu entwickelndes Versorgungsangebot. Sie könnten spezifischen Versorgungsansprüchen von Menschen mit Behinderung einschließlich umfassender pflegerischer Versorgung gerecht werden und ermöglichten gleichzeitig aufgrund der geringen Gruppengröße eine sozialräumliche Einbettung sowie ein hohes Maß an Normalität. Für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit könnte hierdurch ein für sie problematischer Umzug aus der gewohnten Umgebung – wenn der Standort der Pflegewohngemeinschaft entsprechend gewählt wird – in eine weiter entfernte Fachpflegeeinrichtung oder in ein nicht auf ihre Bedürfnisse eingestelltes Pflegeheim vermieden werden. Die bedürfnisgerechte Pflege und Betreuung könnte auch bei höherem Pflegebedarf im gewohnten Umfeld erfolgen, auch wenn in diesem Zusammenhang ein Leistungsträgerwechsel – von der Eingliederungshilfe zur Pflegeversicherung – erfolgt. Aufgrund der guten Refinanzierungsbedingungen durch die Pflegeversicherung auch für Betreuungsleistungen und der Möglichkeit, mit dem Sozialhilfeträger eine Betreuungspauschale auszuhandeln, die im Bedarfsfall übernommen wird, bieten sich für diese Angebotsform gute Entwicklungsperspektiven.

Empfohlen wird daher, das Angebot der ambulanten Pflegewohngemeinschaften für die Zielgruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit gezielt zu erschließen. Von Seiten der zuständigen Bundesministerien könnte auf die Beseitigung von Unsicherheiten bei rechtlichen Auslegungen hingewirkt

werden, beispielsweise was eine mögliche Anwendung des § 43a SGB XI auf die ambulanten Pflegewohngemeinschaften betrifft oder auch die Frage, unter welchen Voraussetzungen durch Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegewohngemeinschaften zusätzlich Tagespflegeangebote in Anspruch genommen werden können. Dabei ist – wie generell im Falle der ambulanten Pflegewohngemeinschaften – zu beachten, dass kein verdeckter Heimbetrieb stattfindet. Die Klärung solcher und anderer rechtlicher Fragen wurden beim Expertenworkshop als wichtig erachtet, damit dieser Ansatz erfolgreich weiterentwickelt werden kann.

Bei Pflegekassen und bei Veranstaltungen für Leistungserbringer kann für diese Angebotsform geworben werden. Als Initiatoren und Anbieter der Betreuungsleistungen kommen insbesondere auch Leistungserbringer der Eingliederungshilfe infrage. Diese könnten auch ambulante Pflegedienste gründen und auf diese Weise eine besonders zielgruppenspezifische Pflege in den ambulanten Pflegewohngemeinschaften erreichen.

3. Handlungsempfehlung: Den Beruf der Heilerziehungspflegerin bzw. des Heilerziehungspflegers pflegefachlich aufwerten und die Anerkennung als Pflegefachkraft ermöglichen

Ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit benötigen Pflegeleistungen ebenso wie pädagogische Unterstützung in kompetent erbrachter Form. Die beiden Versorgungsbereiche Behindertenhilfe und Pflege nähern sich einander zwar in ihrem fachlichen Selbstverständnis langsam an, nicht zuletzt befördert durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Dennoch bestehen große Unterschiede sowohl in der Definition der zu erbringenden Leistungen als auch in den durch Ausbildung erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten.

Abhängig von ihrer sozialrechtlichen Zuordnung haben Wohn- und Versorgungsformen ihren Schwerpunkt entweder in der Pflege oder in der pädagogischen Betreuung. Rechtlich festgelegte Refinanzierungsbedingungen setzen dabei einer Erweiterung des Leistungsspektrums jeweils enge Grenzen. Einer Erweiterung der Kompetenzen stehen auch Restriktionen bei den Ausbildungen entgegen. So mangelt es an Anschlussqualifikationen, die beispielsweise Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern die Anerkennung als Pflegefachkraft ermöglichen würden. Eingliederungshilfe-Einrichtungen müssen mit Altenpflegeeinrichtungen um die knappen Pflegekräfte konkurrieren, wenn sie beabsichtigen, diese einzustellen, um das notwendige Pflege-Knowhow sicherzustellen. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen wiederum haben oft kein Personal, das sich mit Behinderungen auskennt und die pfle-

gerische Versorgung hierauf ausrichten kann. Das ist beispielsweise dann problematisch, wenn aus den verschiedensten Gründen die Kommunikationsfähigkeit der pflegebedürftigen Person beeinträchtigt ist. Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Expertenworkshops wurde der Bedarf an verbesserten Kompetenzen und entsprechenden Ansätzen zwar gesehen, jedoch nicht priorisiert, da sie bereits teilweise praktiziert werden (z. B. interne Fortbildungen und Schulungen).[360]

In Kapitel 5.4.1.2 wurden drei Ansätze vorgestellt, mit denen die beschriebenen Kompetenzen beim pflegenden und betreuenden Personal verbessert werden können.[361] Von diesen wird der Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern als besonders relevant für die Versorgung eingestuft. Deren Kompetenzen weisen bereits pflegerische Elemente auf. Durch eine Erweiterung der pflegerischen Kompetenzen im Rahmen einer Zusatzausbildung mit einer anschließenden Anerkennung als Pflegefachkraft könnte die pflegerische Versorgung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. in betreuten Wohngruppen ebenso verbessert werden wie in stationären Pflegeeinrichtungen, die sich auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert haben.

Es wird empfohlen, den Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern sowohl in Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe als auch der Pflege gezielt zu fördern. Dies kann durch eine stärkere Verbreitung von Zusatzausbildungen im Bereich der Pflege und eine anschließende Anerkennung als Pflegefachkraft geschehen.

Das BMG kann zusammen mit den zuständigen Behörden in den Bundesländern auf die vorgeschlagenen Aktivitäten hinwirken. Die Ausbildung der Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger ist nicht bundeseinheitlich, sondern in Zuständigkeit der Bundesländer geregelt. Das Gleiche gilt für die Anerkennung als Pflegefachkraft. Das BMG kann allerdings Reformen in diesem Bereich anstoßen, so wie dies auch beim Pflegeberufegesetz der Fall war.

4. Handlungsempfehlung: Ermöglichung eines umfassenden Hilfemixes für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Für die alltägliche Lebensführung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit wurden zwei Bedarfe heraus-

[360] Dies hat auch mit dem Konzept des Expertenworkshops zu tun, das eine Konzentration auf sehr wenige Handlungsoptionen vorsah.

[361] Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern in der EGH / Fortbildung und Schulung zum Thema Pflege bzw. zum Thema Behinderung / Aufbau eines ambulanten Pflegedienstes mit Ausrichtung auf Menschen mit Behinderung.

gestellt (siehe Kapitel 5.4.2.1): Zum einen der Bedarf an Begleitung und Assistenz bei der alltäglichen Lebensführung und zum anderen der Bedarf an Tagesbetreuung und Tagespflege, jeweils angepasst an den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarf.

Ein Bedarf an Begleitung und Assistenz bei der alltäglichen Lebensführung besteht insbesondere bei Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, die selbstständig, mit familiärer oder mit ambulanter Betreuung wohnen. Der zu diesem Bedarf angeführte Ansatz ist die persönliche Assistenz. Die Relevanz dieser Ansätze ist zwar gegeben, allerdings ist das BMG nur in begrenztem Umfang zuständig, etwa in Form der Alltagsbegleitung nach § 45a SGB XI.

Tagesbetreuung und Tagespflege sind grundsätzlich von großer Bedeutung für eine bedürfnisgerechte Versorgung. Während in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bereits Lösungen durch den Besuch von Tagesbetreuungseinrichtungen bzw. Seniorentagesstätten oder eine verbesserte einrichtungsinterne Tagesbetreuung in Seniorengruppen gefunden werden, ist die Erreichbarkeit solcher Angebote für selbstständig bzw. familiär betreut lebende Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit oft nicht gegeben. Das gilt auch für eine den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung entsprechende Tagespflege-Einrichtung. Zu den vorgestellten Ansätzen zählen verschiedene organisatorische Varianten der Tagesbetreuung und Tagespflegeangebote. Die Ansätze zur Tagesbetreuung sind zwar wichtige Versorgungsbausteine, haben jedoch keinen direkten Pflegebezug. Aus diesem Grund und weil sie – mit der Einschränkung praktischer Hindernisse wie einer oft unzureichenden Erreichbarkeit – bereits vielfach umgesetzt werden, wird die Relevanz im Zusammenhang dieser Studie als eher gering eingeschätzt. Eine Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit liegt bei der Tagesbetreuung nicht vor, jedoch bei der Tagespflege.

Bedarfe gibt es auch in Bezug auf die Teilnahme von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit am kulturellen und gesellschaftlichen Leben: Einerseits besteht hier ein Bedarf an inklusiven kulturellen und gesellschaftlichen Angeboten bzw. an Unterstützung bei deren Wahrnehmung. Andererseits gibt es einen Bedarf, durch Einbindung von Wohnangeboten in den Sozialraum günstige Voraussetzungen für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu schaffen.

Während des Expertenworkshops wurde der übergreifenden Planung und Koordinierung von formellen, ehrenamtlichen und familiären Unterstützungsleistungen eine besondere Bedeutung beigemessen. In diesem Sinne sind es nicht die oben geschilder-

ten Einzelansätze, sondern deren aufeinander abgestimmte Planung und koordinierte Erbringung, die zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungslage von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit beitragen können. Anzustreben ist eine personenzentrierte Unterstützung, die zunächst danach fragt, was der oder die Einzelne an Unterstützung benötigt und erst im zweiten Schritt die Leistungen verschiedener Leistungsträger hierfür koordiniert.

Die Handlungsempfehlung besteht darin, die mit dem Bundesteilhabegesetz und dem Pflegestärkungsgesetz III vorgesehene verbindliche Einbindung von Pflegekassen in die Teilhabeplanung aktiv zu gestalten. Dabei können neben den eigentlichen Pflegeleistungen auch niedrigschwellige Betreuungsleistungen sowie andere Unterstützungsleistungen, die in der Pflegeversicherung vorgesehen sind, eingebracht werden. Hierfür könnte geprüft werden, ob diese Angebote eine Weiterentwicklung – beispielsweise in Form von Qualifizierungsmodulen – benötigen, um den besonderen Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit entsprechen zu können. Ziel ist ein Hilfemix mit aufeinander abgestimmten formellen und informellen Leistungen, die bestmögliche Voraussetzungen für ein selbstständiges Leben und weitgehende soziale Teilhabe schaffen. Um die Angebotslandschaft für solche Hilfemixe bedarfsgerecht zu entwickeln, ist es erforderlich, dass sich die Pflegekassen verstärkt in die örtliche Sozialplanung einbringen.

5. Handlungsempfehlung: Die gesundheitliche Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung zielgruppengerecht gestalten und niedrigschwellige Angebote zur Prävention von Pflegebedürftigkeit einführen

Die gesundheitliche Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist von besonderer Bedeutung für die Aufrechterhaltung eines möglichst selbstbestimmten Lebens und für die Lebensqualität. Dabei stellen Behinderungen in allen Bereichen besondere Anforderungen – von der Gesundheitsvorsorge und Prävention, über Screening und Diagnose bis zur Akutbehandlung und Therapie. Die grundlegende Herausforderung für eine zielgruppenspezifische gesundheitliche Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit liegt in der vergleichsweise kleinen Zahl der betroffenen Personen und zusätzlich in den sehr unterschiedlichen Anforderungen einzelner Teilgruppen. Dies wirft die Frage auf, wie eine kompetente und zielgruppenspezifische Versorgung mit den notwendigen Angeboten flächendeckend bzw. erreichbar gestaltet werden kann.

In Kapitel 5.4.4.1 wurden spezifische Bedarfe von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit hinsichtlich der

gesundheitlichen Versorgung dargelegt. Dazu gehört die Verfügbarkeit von ärztlicher Kenntnis zu Behinderung bei Diagnose und Therapie. Diese Kenntnis ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass korrekte Diagnosen erstellt werden und Therapien wirksam sind bzw. behinderungsbedingte Nebenwirkungen vermieden werden. Darüber hinaus besteht ein Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten am Wohnort, die einen möglichst nierdigschwelligen Zugang aufweisen.

Die Handlungsempfehlung besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil knüpft an die in § 119c SGB V vorgesehenen Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) an. Die Regelung des § 119c SGB V hat die gesetzlichen Rahmenbedingungen gesetzt und belässt den Beteiligten bewusst Spielraum. Der derzeit stattfindende Prozess des Aufbaus der MZEB zielt genau auf den weiter oben diagnostizierten Bedarf, die ärztliche Kenntnis zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen auszubauen. Diesem Prozess sollte eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Der zweite Teil der Handlungsempfehlung zielt auf die Schaffung niedrigschwelliger Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Prävention von Pflegebedürftigkeit für ältere Menschen mit Behinderungen. Mögliche Anbieter solcher Leistungen sind die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, diese haben aufgrund ihrer Betreuungsleistungen bereits einen Zugang zu den älteren Menschen mit Behinderungen. Sie könnten pflegerische Assessments durch Pflegekräfte durchführen lassen. Darüber hinaus könnten sie betreuenden Personen Empfehlungen geben, wie Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden kann, was – im Falle einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit – bei der Grundpflege zu beachten sei und welche Hilfsmittel sinnvoll seien. Bei der Entwicklung der entsprechenden Leistungen sollten die Erfahrungen bestehender Angebote ausgewertet werden. Die Möglichkeit einer Refinanzierung durch Kranken- oder Pflegekassen bspw. im Rahmen des Präventionsgesetzes sollte geprüft werden.

5.6 Literaturverzeichnis

Behindertenbeirat im Landkreis Gifhorn (2008): Schweden ein Blick über die Grenze. Abrufbar unter: http://www.behindertenbeirat-lk-gifhorn.de/downloads/2008_12_04-schweden_und_behinderung.pdf (zuletzt aufgerufen: 14.09.2017).

Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention, Essay Nr. 5 des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Berlin.

Brown et al. (2011): Learning Disability Liaison Nursing Services in south-east Scotland: A mixed-methods impact and outcome study. Journal of intellectual disability research.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (2013): Orientierungshilfe der BAGüS. Menschen mit Behinderung im Alter.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (2017): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen (2014): Verdienst in Werkstätten. Stand: 22.01.2014. Verfügbar unter: http://www.bagwfbm.de/page/101 (zuletzt aufgerufen: 16.08.2017).

Bundesministerium der Justiz (2016): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 66, Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigungen – Behinderung.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2017): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigungen – Behinderung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. (Stand: 15.08.2006).

Bundesregierung (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG).

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie / Bundesvereinigung Lebenshilfe / Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit / Bundesverband evangelische Behindertenhilfe / Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (2010): 10 Thesen zur Personzentrierung. Abrufbar unter: http://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2010-10-01-Thesen-zur-Personzentrierung.pdf (zuletzt aufgerufen: 13.09.2017).

Dangschat, J. (2005): Raumkonzept zwischen struktureller Produktion und individueller Konstruktion. In: Ethnolicripts, 9(1).

Department of Health (2009): Valuating people now Valuing People Now: a new three-year strategy for learning disabilities.

Dieckmann, F. et al. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Katholische Hochschule NRW.

Dieckmann, F., Metzler, H. (2013): Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. KVJS-Forschungsvorhaben.

Ding-Greiner, Ch., Kruse, A. (2004): Alternsprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Kruse, A. u. Martin, M (Hrsg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 519-531.

Driller, E. et al. (2008): Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Studie).

Grunick, G., Maier-Michalitsch, N. (Hrsg.) (2015): Leben pur – Alternde Menschen mit Komplexer Behinderung.

Hermans, H., Evenhuis, H. (2014): Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities 4. S. 776-783.

Howe, A. (1999): Where do you live? The Question of Aging in Place. In: National Health Care Journal.

Köhncke, Y. (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.).

Kultusministerkonferenz (2016): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2005 bis 2014, Berlin.

Leichsenring (2015): “Buurtzorg Nederland” – ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. ProCare 20(8), 20-24.

Lillja, M. (2003): Disability Policy in Sweden. Policies Concerning Assistive Technology and home Modification Services. Journal of Disability Policy Studies.

Metzler, H. (2001): Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung. Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich „Wohnen“/ Individuelle Lebensgestaltung – (H.M.B.-W. – Version 5/2001).

Metzler, H. (1998): Ein Modell zur Bildung von „Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf“ gemäß § 93a BSHG - Voraussetzungen und methodische Umsetzung – (Gutachten), Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ (Hrsg.). Tübingen.

Rothgang, H., Sauer, S. (2013): Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik. Aktualisierungsbericht. ZeS Universität Bremen.

Schablon, K. (2009): Community Care - Ein Handlungskonzept zur Sozialraumorientierung. Abrufbar unter: https://freiewohlfahrtspflege-nrw.de/fileadmin/user_data/139-Dokumentation/09/comunity_care_2012.pdf (zuletzt aufgerufen: 14.09.2017).

Schäper, S., Dieckmann, F. (2015): Das Alter als wertvolle Lebensphase erleben – auch mit komplexer Behinderung. In: Maier-Michalitsch, N., Grunick, G. (Hrsg.): Alternde Menschen mit komplexer Behinderung. Düsseldorf.

Schäper, S. et al. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt "Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung" (LEQUI). Katholische Hochschule NRW.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2016): Sozialleistungen – Schwerbehinderte Menschen 2013, Wiesbaden.

Thimm, A. et al. (2017): Wohnsituation Erwachsender mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Modelle für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter innovativ gestalten“ (MUTIG).

Tiesmeyer, K. (2015): Unterstützung von älteren Menschen mit Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf: Wissenschaftliche Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft 20 (3).

TNS Infratest Sozialforschung und Universität Bremen (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.

Welke, A. (Hg., 2012): UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erläuterungen, Berlin.

Weltgesundheitsorganisation (2016), Regionalbüro für Europa, http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability (zuletzt aufgerufen: 19.07.2016).

Wild, F. (2010): Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich. WIP-Diskussionspapier 2/10.

5.7 Anhang

5.7.1 Charakterisierung des erfassten Spektrums an innovativen Angeboten für die Zielgruppe

Leistungsbereiche	Leistungsarten	Zielgruppenspezifität	Trägerstruktur	Personalstruktur	Finanzierung
Pflege	Betreutes Wohnen / Wohngruppe; Stationäre Pflege / Wohnheim	Sehr hohe Zielgruppenspezifität	Privatgewerblich, Freigemeinnützig	Hauptamtliche Mitarbeiter	Regelversorgung
Betreuung	Begleitung und Betreuung im Alltag; Unterstützung häuslicher Pflege und Betreuung; Wohnen/Tagesbetreuung	Hohe Zielgruppenspezifität	Privatgewerblich, Freigemeinnützig	Hauptamtliche Mitarbeiter	Regelversorgung
Teilhabe	Freizeitangebote/soziales Miteinander; Selbsthilfeförderung	Mittlere Zielgruppenspezifität	Freigemeinnützig	Hauptamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter	Nicht in der Regelversorgung
Wohnen	Betreutes Wohnen / Wohngruppe; Stationäre Pflege / Wohnheim	Hohe Zielgruppenspezifität	Privatgewerblich; Freigemeinnützig	Hauptamtliche Mitarbeiter	Regelversorgung
Beratung	Beratungs- und Unterstützungsangebote; Beratung für Angehörige / Einrichtungen	Mittlere Zielgruppenspezifität	Freigemeinnützig	Hauptamtliche Mitarbeiter	Nicht in der Regelversorgung

** Angebote mit Hauptfokus auf die Zielgruppe.*
Quelle: Prognos AG 2016

5.7.2 Beschreibung der identifizierten Best-Practice-Ansätze für die Zielgruppe (Steckbriefe)

Angebots-bezeichnung	**Fachpflegeeinrichtungen St. Vinzenz zur Betreuung von älteren Menschen mit Behinderung**
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger ist das Dominikus-Ringeisen-Werk, eine kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts. Die Stiftung ist an über 30 Orten in Bayern vertreten. ▪ Das Haus St. Vinzenz ist am Gründungsort der Stiftung – in Ursberg - angesiedelt.
Gründung und Ziele	▪ Im Jahr 1999 wurde zum ersten Mal eine Wohneinrichtung des Dominikus-Ringeisen-Werkes aus der Eingliederungshilfe herausgelöst und zu einer Pflegeeinrichtung mit 95 Plätzen umgestaltet. ▪ Durch die Umwandlung sollte eine Fachpflegeeinrichtung geschaffen werden, die Pflege mit fachlichem Anspruch für Menschen mit Behinderung anbietet.
Leistungs spektrum	**Wohnstätten nach SGB XI** ▪ Bei der Wohnstätte St. Vinzenz handelt es sich um eine stationäre Pflegeeinrichtung nach SGB XI für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. ▪ Die Grundvoraussetzungen, um in St. Vinzenz wohnen zu können sind das Vorliegen eines Pflegegrades, kein Besuch einer Werkstatt oder einer sonstigen Förderstätte sowie ein fortgeschrittenes Alter von mindestens 50 Jahren. ▪ Anders als bei Leistungen der Eingliederungshilfe steht die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Aufgrund ihrer lebensbegleitenden Behinderung erhalten die Betreuten jedoch auch Leistungen zur Teilhabe über einen Eingliederungshilfezuschlag. Somit werden Leistungen aus beiden Bereichen kombiniert. ▪ Zur Tagesgestaltung werden verschiedene Aktivitäten angeboten, z. B. Sitztanz, Kuchenbacken, gemeinsames Kochen, Basteln, Singen und Tagesausflüge. **Personal** ▪ Der Eingliederungshilfezuschlag wird dazu verwendet, Personal mit pädagogischer Qualifizierung in den Wohnstätten und in der Tagesstätte zu finanzieren sowie Begleitdienste zu Ärzten oder ins Krankenhaus zu ermöglichen. ▪ In den Wohnstätten arbeiten multidisziplinäre Teams bestehend aus Pflegefach- und -hilfskräften (Krankenpflege, Altenpflege) sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit pädagogischer Ausbildung (Heilerziehungspflege, Hilfskräfte). Die Leitungsaufgaben sowie die Pflegeplanung werden vom Pflegeteam übernommen. Die Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sind für die Betreuungs- und Teilhabeplanung zuständig. ▪ Um die unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nutzen und den interdisziplinären Wissensaustausch zu fördern, werden regelmäßig Inhouse-Schulungen zu Pflege und pädagogischen Themen durchgeführt. Zudem finden regelmäßig Teambesprechungen statt sowie vierteljährlich ein Heilerziehungspfleger- und gerontopsychiatrisches Fachkrafttreffen, bei dem aktuelle Themen besprochen werden und ein Austausch unter den Berufsgruppen stattfindet.
Größenangaben	▪ Insgesamt gibt es in St. Vinzenz 61 Plätze, aufgeteilt auf sechs Gruppen.
Zielgruppen-spezifität	▪ Die Bewohnerinnen und Bewohner der Fachpflegeeinrichtung haben sehr häufig eine Schwer- und Mehrfachbehinderung, dies bedingt einen erhöhten Pflege- und Unterstützungsbedarf. Die Fachpflegeeinrichtung ist speziell auf die Besonderheiten dieser Zielgruppe ausgerichtet. Dieses Pflege-Knowhow können Einrichtungen der Eingliederungshilfe häufig nicht bieten. ▪ Im Unterschied zur Regelaltenhilfe kann durch die Kombination von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen den besonderen Bedürfnissen von älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit Rechnung getragen werden.
Finanzierung	▪ Das Angebot wird hauptsächlich über SGB XI- Leistungen finanziert. ▪ Zusätzlich wird pro Bewohnerin bzw. Bewohner ein Eingliederungshilfezuschlag veranschlagt, der mit dem Kostenträger in Leistungsvereinbarungen festgelegt wurde.
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit dem Einrichtungsleiter von St. Vinzenz (Herr Norbert Baur) im Rahmen eines Praxisbesuches in Ursberg.

Angebots-bezeichnung	**Mehrgenerationenhaus Schweizer Hof - „Leben wie andere auch“**
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger des Mehrgenerationenhauses ist Habito e. V., ein Mitarbeiterverein, der 2006 gegründet wurde. ▪ Das Angebot befindet sich in Heidelberg
Gründung und Ziele	▪ Das inklusives Mehrgenerationenhaus Schweizer Hof gibt es seit 2007. ▪ Zielsetzung ist, gemeinsames Leben in der Nachbarschaft zu ermöglichen, sowie eine alternative Versorgungsform für ältere Menschen und auch Menschen mit Behinderung zu schaffen. Das Mehrgenerationenhaus wird als eine Alternative zu regulären Angeboten der Eingliederungshilfe und Altenhilfe verstanden.
Leistungs spektrum	**Wohnen im Mehrgenerationenhaus Schweizer Hof** ▪ Barrierefreie Wohnungen: Zehn 1-Zimmer-Wohnungen und zwei Wohngemeinschaften mit je drei Personen, vier 2-Zimmer-Wohnungen für Paare und zwei 4-Zimmer-Wohnungen für Familien mit Kindern. ▪ Habito übernimmt die Rolle eines Moderators im Mehrgenerationenhaus. Der Moderator dient als Ansprechpartner sowie Koordinator für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner, Nachbarn, Netzwerkpartner und Ehrenamtlichen. ▪ Für Menschen mit Pflegebedarf gibt es eine Kooperation mit einem Pflegedienst, der Pflegeleistungen nach SGB V und SGB XI erbringt. ▪ Tagesgruppe für Senioren ▪ Speziell für ältere Menschen, die im Mehrgenerationenhaus oder extern wohnen, Eingliederungshilfe-Leistungen erhalten und nach ihrer Verrentung nicht mehr in die Werkstatt gehen, wurde 2017 in Absprache mit der Stadt Heidelberg über das Persönliche Budget eine Tagesgruppe nach SGB XI gegründet. ▪ Pflegeleistungen können ebenfalls in Anspruch genommen werden. **Community Living / Quartiersmanagement** ▪ Neben Wohnungen werden auch Räume der Begegnung für die Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt; so gibt es einen offenen Mittagstisch sowie kulturelle Angebote für Jedermann. ▪ Förderung von aktiven Nachbarschaften durch den Aufbau von Beziehungen und das Entgegenwirken von Anonymisierung durch Öffnung des Hauses. Beispielsweise gibt es ein „Kinderhotel“, das für junge Familien und Alleinerziehende eine Kinderbetreuung über Nacht anbietet, außerdem ein „Nachtcafé“ zur Betreuung für Menschen mit Demenz, um Angehörige zu entlasten.
Größenangaben	▪ Insgesamt wohnen im Mehrgenerationenhaus 31 Bewohnerinnen und Bewohner, davon sind acht im Seniorenalter (52 plus Jahre). Von den acht Senioren haben vier eine lebensbegleitende Behinderung. ▪ Die Tagesgruppe für Senioren besuchen aktuell elf Personen.
Zielgruppen-spezifität	▪ Es ist der Anspruch von Habito, die Angebote so auszurichten, dass sie für Menschen mit und ohne Behinderung und Menschen jeglichen Alters von Interesse sind. ▪ Aktuell haben von den 31 Bewohnerinnen und Bewohner des Schweizer Hofes 16 Personen eine gewisse Beeinträchtigung, die entweder lebensbegleitend vorliegt oder auch erst im höheren Alter erworben wurde. Hier handelt es sich um geistige, körperliche oder psychische Einschränkungen. Die anderen 15 Personen benötigen keinerlei Begleitung und sind an gemeinschaftlichem Wohnen interessiert.
Finanzierung	▪ Für die Bewohnerinnen und Bewohner wurden individuelle Lösungen mit den jeweiligen Kostenträgern vereinbart (u. a. Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Eingliederungshilfe). Hier muss entsprechend den Beeinträchtigungen der Hilfebedarf kontinuierlich besprochen und angepasst werden. Aktuell gibt es für jede Nutzerin/jeden Nutzer eine andere Finanzierung bzw. Kostenregelung. ▪ Mit der Stadt Heidelberg und dem Rhein-Neckar-Kreis wurde eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, mit der die Kostenübernahme von Maßnahmen im Bereich des ambulant betreuten Wohnens geregelt wird. ▪ Die Kulturveranstaltungen werden über Drittmittel z. B. Spenden finanziert.
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit Vorstandsmitgliedern (Frau Emine Yildirim und Herr Fred Hammerschlag) im Rahmen eines Praxisbesuches in Heidelberg.

Angebots-bezeichnung	**Pflege und Assistenz GmbH**
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Die Pflege und Assistenz GmbH ist eine Tochtergesellschaft der Lebenshilfe Berlin gGmbH. ▪ Sie erbringt ihre Leistungen für alle Einrichtungen der Lebenshilfe in Berlin.
Gründung und Ziele	▪ Gegründet wurde die Pflege und Assistenz GmbH im Jahr 2009. ▪ Das Angebot wurde aus demographischen Gründen notwendig, da mit der zunehmenden Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung die Themen Gesundheit und Pflege verstärkt in den Fokus rückten. ▪ Zielsetzung ist es, ein Angebot zur Unterstützung der vorwiegend pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lebenshilfe Berlin im Bereich Gesundheit und Pflege zu schaffen sowie Gesundheitsförderung speziell für Menschen mit Behinderung anbieten zu können.
Leistungs spektrum	**Beratung/Schulungen** ▪ Die Pflege und Assistenz GmbH führt Beratungen zu Ernährung sowie medizinischen und pflegerischen Themen für die (pädagogischen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lebenshilfe sowie Menschen mit Behinderung und deren Angehörige durch. Die Beratung zu Medizin- und Pflegethemen macht dabei den größten Anteil der Beratungsleistungen aus und richtet sich vor allem an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Angehörigen von Menschen mit Behinderung. ▪ Zudem werden gezielte Schulungen / Fortbildungen für die (pädagogischen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Gesundheits- und Pflegethemen angeboten, beispielsweise Pflegebasiskurse zu diversen Themen wie z. B. Thrombosen, Pneumonie, Körperpflege. **Gesundheitsförderung** ▪ Bei Neueinzug einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners werden Pflegerisiken mittels pflegerischer Assessments erfasst („Pflegerisikovisitenprotokoll“). ▪ Im Rahmen sogenannter „Pflegetreffs“ besuchen die Mitarbeiterinnen der Pflege und Assistenz GmbH die zwölf Wohnstätten der Lebenshilfe Berlin und verfassen für die Bewohnerinnen und Bewohner pflegerische Empfehlungen, deren Umsetzung sie beim nächsten Besuch überprüfen. Die Erhebung findet dreimal im Jahr statt; Kriterien sind dabei u. a. Mobilität, Ernährung, Behandlungspflege, Körperpflege und Psyche. ▪ Organisation und Hilfestellung bei der Hilfsmittelversorgung. Beispielsweise: Anschaffung von Pflegebetten, Antidekubitusmatratzen oder Hilfsmittel bei der Ernährung und Körperpflege. **Begleitung** ▪ Auch die Begleitung von Menschen mit Behinderung bei Krankenhausaufenthalten fällt in das Angebot der Pflege und Assistenz GmbH. Hier können die Mitarbeiterinnen bei Bedarf die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzte und Krankenschwestern übernehmen.
Zielgruppen-spezifität	▪ Die Angebote richtet sich an unterschiedliche Zielgruppen: Einerseits an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lebenshilfe Berlin und andererseits an Menschen mit Behinderung sowie deren Angehörige. Ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit machen eine kleine, jedoch wachsende Teilgruppe aus. ▪ Die Angebote für Menschen mit Behinderung werden in leichter Sprache angeboten. ▪ Die Assistenz und Pflege GmbH stärkt das Wissen zu den Themen Gesundheit und Pflege und leistet Gesundheitsfürsorge und Prävention in der Eingliederungshilfe.
Größenangaben	▪ Es werden aktuell 1217 Menschen mit lebensbegleitender, körperlicher oder geistiger Behinderung betreut, darunter 82 „Senioren“ (65 Jahre und älter). ▪ Zurzeit arbeiten bei der Pflege und Assistenz GmbH zwei Mitarbeiterinnen mit langjähriger Berufserfahrung im pflegerischen Bereich.
Finanzierung	▪ Das Angebot wird vollständig durch die Lebenshilfe Berlin gGmbH finanziert.
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit der Geschäftsführerin (Frau Andrea Boss) im Rahmen eines telefonischen Interviews.

Angebots-bezeichnung	Konzeption einer Pflege-Wohngemeinschaft für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Die Kette e. V. ▪ Rösrath
Gründung und Ziele	▪ Die Pflegewohngemeinschaft wurde aus einer Handlungsempfehlung des gerontopsychiatrischen Konzepts des Rhein.-Bergischen Kreises heraus entwickelt. ▪ Die Zahl der älteren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist in den letzten Jahren ständig gestiegen und dadurch auch der Bedarf an Pflegeleistungen. Es sollte ein Angebot entwickelt werden, das speziell auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet ist.
Leistungs spektrum	**Wohnstätte** ▪ Geplant sind zwei kleine ambulante Wohngruppen in einem Mehrfamilienhaus für ältere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit. ▪ Aufnahmekriterien sind außerdem: Wohnberechtigungsschein, Zustimmung des Vermieters sowie eine Bescheinigung des Rhein.-Bergischen Kreises, dass die Wohnform notwendig ist. ▪ Die Bewohnerinnen und Bewohner schließen einen Mietvertrag mit dem Eigentümer, einen Betreuungsvertrag mit „Die Kette“ und einen Pflegevertrag mit einem Pflegedienst, der grundsätzlich frei wählbar ist. ▪ Um die Erfahrungen unterschiedlicher Professionen einfließen zu lassen, erfolgt die Konzeptentwicklung durch eine Sozial-Pädagogin und eine Pflegefachkraft (PDL). Die externe fachliche Beratung erfolgt durch die ehemalige Chefärztin der gerontopsychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Gummersbach. Heimaufsicht und Sozialhilfeträger sind von Beginn an in die Planungen einbezogen worden. ▪ Zum Personal: Die Leitung obliegt einer Pflegedienstleiterin mit Weiterbildung im Bereich der Eingliederungshilfe. Das Team in den Pflege-WGs besteht aus examinierten Pflegekräften und -hilfskräften, einer Sozialarbeiterin und Alltagsbegleiterinnen und -begleiter nach § 87 SGB XI und einer Nachtwache für beide Wohngruppen. ▪ Zum fachlichen Konzept: Die Kontinuität der Bezugspersonen wird durch einen eigenen Pflegedienst sichergestellt. Die Möglichkeit, ergänzend eine Tagespflege zu nutzen, wird noch diskutiert. ▪ Die zentrale Lage sowie Kooperationen mit Kindergärten, Schulen, Kirchen und Vereinen sind Bestandteil eines sozialräumlich ausgerichteten Konzepts. Es gibt außerdem eine Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Fachärztin. ▪ Zum baulichen Konzept: Einzelzimmer (20-23 qm), Wohnküche, behindertengerechte Bäder.
Größenangaben	▪ Die Wohngruppen sollen acht bzw. sieben Bewohnerinnen und Bewohner umfassen.
Zielgruppen-spezifität	▪ Durch die Kombination von Betreuungsleistungen, Fachleistungen der Eingliederungshilfe und ambulanten (ggf. auch teilstationären) Pflegeleistungen kann umfassend auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingegangen werden. Die gleichen Beeinträchtigungsarten der Bewohnerinnen und Bewohner ermöglichen ein spezialisiertes Konzept inkl. fachärztlicher Betreuung.
Finanzierung	▪ Betreuungspauschale (Alltagsbetreuung) i. H. v. 1.152,00 Euro, Hauhaltsgeldpauschale i. H. v. 210 Euro, Pauschale für die Küche i. H. v. 34 Euro, Miete entsprechend sozialem Wohnungsbau. Bei Vorliegen der Voraussetzungen trägt der Sozialhilfeträger die Betreuungspauschale. ▪ Fachleistungsstunden für Betreuung nach § 53 SGB XII werden individuell vereinbart, Pflegeleistungen werden nach Pflegegrad erbracht und mit der Pflegekasse abgerechnet bzw. im Rahmen der Hilfe zur Pflege bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß nach § 61 SGB XII.
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit Vorstandsmitglied (Frau Claudia Seydholdt) im Rahmen eines Praxisgespräches in Bergisch-Gladbach.

Angebots-bezeichnung	Seniorenwohngruppen im Haus Anrode
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Träger des Hauses Anrode ist die Lebenshilfe Kreis Viersen e. V. ▪ Haus Anrode ist eines der zahlreichen Wohnangebote der Lebenshilfe Kreis Viersen und liegt in der Kleinstadt Willich.
Gründung und Ziele	▪ Die Gründung erfolgte aus dem Anliegen heraus, Wohn- und Betreuungsangebote zu schaffen, die sich schwerpunktmäßig an Menschen mit Behinderung und höherem Pflegebedarf richtet (z. B. Senioren, Menschen mit Demenz, Menschen mit Schwerst-Mehrfachbehinderung.
Leistungs spektrum	**Seniorengruppe im Haus Anrode:** ▪ Haus Anrode ist ein stationäres Wohnangebot der Eingliederungshilfe für Menschen häufig mit höherem Pflegebedarf. Insgesamt gibt es sechs Wohngruppen, darunter zwei Seniorenwohngruppen. ▪ Um den erhöhten pflegerischen Anforderungen gerecht zu werden, wurden bereits beim Bau des Hauses Pflegeräumlichkeiten und -infrastruktur eingeplant und auf eine altersgerechte Ausstattung für Senioren geachtet. ▪ Tagesbetreuung im Haus Anrode: ▪ Die hauseigene Tagesbetreuung kann von den Bewohnerinnen und Bewohnern von 8.00 Uhr bis 18.00 besucht werden. Der Personalschlüssel ist etwas höher als bei anderen Tagesbetreuungsangeboten, entsprechend dem erhöhten Unterstützungs- und Pflegebedarfe der Zielgruppe. ▪ Die Tagesbetreuung bietet diverse, wechselnde Angebote an, u. a. eine Theatergruppe, Orchester, Gartenarbeit, Zeichnen und Basteln. **Pflegedienst:** ▪ Seit Ende des Jahres 2016 gibt es einen einrichtungsinternen Pflegedienst. Der Anlass für die Gründung war der Wunsch, Pflegeleistungen und Fachleistungen der Eingliederungshilfe aus einer Hand erbringen zu können. Durch den Pflegedienst, dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch zum festen Personal der Wohnstätte gehören, können gesetzliche Einschränkungen umgangen werden, denen zufolge Pflegeleistungen nach SGB V- nicht von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohnstätte erbracht werden dürfen.
Größenangaben	▪ Das stationäre Wohnangebot nutzen aktuell 43 Bewohnerinnen und Bewohner, darunter sind 14 Personen im Seniorenalter. Altersdurchschnitt aller Bewohner im Haus Anrode liegt bei 44 Jahren, in den Seniorenwohngruppen bei 69 sowie 61 Jahren. ▪ 27 Bewohnerinnen und Bewohner der Seniorenwohngruppen besuchen die Tagesbetreuung.
Zielgruppen-spezifität	▪ Die Pflegeinfrastruktur sowie die Barrierefreiheit schaffen einen optimalen Wohnort für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit. ▪ Die Seniorengruppen haben im Unterschied zu den anderen Wohnbereichen einen höheren Betreuungsschlüssel. Zudem wird besonders Rücksicht auf altersbedingte Bedürfnisse gelegt (z. B. Geräuschkulisse) und auch die tagesstrukturierenden Angebote bedarfsgerecht ausgerichtet.
Finanzierung	▪ Leistungen der Eingliederungshilfe ▪ Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Krankenversicherung
Weitere Besonderheiten	▪ Die Lebenshilfe Viersen bietet ein umfangreiches Angebot an Wohnsettings, sodass individuelle Lösungen für die einzelnen Personen geschaffen werden. ▪ In Planung sind aktuell eine ambulante Pflegewohngruppe und eine Tagespflege. In der Tagespflege sollen Menschen betreut werden, die nicht in einem ambulanten Setting wohnen und nicht (mehr) in die Werkstatt gehen.
Quelle	▪ Angebotsbefragung ▪ Fachgespräch mit der Pädagogischen Leitung der Lebenshilfe Viersen (Frau Marianne Philipzig), dem Leiter der Wohnstätte Anrode (Herr Jörg Marquardt) und der Pädagogischen Leitung des Hauses Anrode (Frau Grazyna Ploch) im Rahmen eines Praxisbesuches in Willich.

Angebots-bezeichnung	Wohnen und Tagesbetreuung für Senioren
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Das Wohnhaus und die Tagesbetreuung („Seniorenhaus“) für ältere Menschen mit Behinderung sind Angebote der Stiftung Drachensee, eine der größten Institutionen für Menschen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. ▪ Beide Angebote befinden sich in Kiel.
Gründung und Ziele	▪ In den 90er Jahren rückte bei der Stiftung Drachensee die Frage nach der Versorgung und Unterstützung von älteren Menschen mit Behinderung verstärkt in den Fokus. Der demographische Wandel erforderte eine Weiterentwicklung der Angebote im Rahmen der Eingliederungshilfe für ältere Menschen mit Behinderung. ▪ Die Angebote wurden mit dem Anspruch gegründet, bedürfnisgerechte Wohn- und Tagesbetreuungsangebote für ältere Menschen mit Behinderung zu schaffen.
Leistungs spektrum	▪ Speziell für ältere Menschen mit Behinderung unterhält die Stiftung Drachensee eine Wohnstätte sowie eine Tagesbetreuung. Die beiden Angebote sind nicht kombinierbar, da sonst ein doppelter Leistungsbezug vorliegen würde. ▪ Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beider Angebote werden zu Pflege- und Gesundheitsthemen geschult, damit sie die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhaus oder Pflegedienst begleiten können. **Wohnen für Senioren:** ▪ In dem Wohnhaus für Senioren gibt es zwei altershomogene Wohngruppen für Personen, die nicht mehr in der Werkstatt arbeiten bzw. sich im Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand befinden. ▪ Das Wohnhaus ist barrierefrei und jedes Zimmer ist mit einem Duschbad ausgestattet. ▪ Grundpflegeleistungen werden von den Mitarbeitern der Stiftung Drachensee erbracht. Weitere Pflegeleistungen werden von einem externen Pflegedienst übernommen. **Tagesbetreuung im Seniorenhaus:** ▪ Personen, die aufgrund ihres Alters das Arbeitsleben der Werkstatt verlassen, haben die Möglichkeit, tagsüber das Seniorenhaus zu besuchen. Dieses Angebot gilt für alle Menschen aus der Region, die in betreuten Wohnformen oder eigenständig leben und einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. ▪ Die Nutzerinnen und Nutzer können morgens weiterhin den Werkstattbus der Stiftung in Anspruch nehmen, der sie zum Seniorenhaus bringt. ▪ Die Angebote im Seniorenhaus reichen von Ausflügen, Einkäufen und Kochen bis hin zu Sportangeboten, Musizieren, kreativem Wirken, Gartenpflege und Versorgung der hauseigenen Kleintiere.
Größenangaben	▪ In der Stiftung Drachensee wohnen ca. 200 Menschen mit Behinderung. ca. 30% befinden sich im Ruhestand oder in der Übergangsphase zu Ruhestand. ▪ Im Wohnhaus für Senioren leben 30 Bewohnerinnen und Bewohner, die zwischen 60 und 83 Jahre alt sind. ▪ Das Seniorenhaus kann von 15 Personen besucht werden, ab einem Alter von ca. 65 Jahren.
Zielgruppen-spezifität	▪ Durch die verschiedenen altersgerechten Angebote haben die Seniorinnen und Senioren mit Behinderung ein tatsächliches Wunsch- und Wahlrecht, wie sie ihren Ruhestand gestalten wollen. ▪ Die Tagesbetreuung im Seniorenhaus richtet sich eher an fittere und mobilere Senioren, erhöhter Pflege- und Unterstützungsbedarf kann hier nicht geleistet werden. Das Angebot Wohnen für Senioren kann durch den externen Pflegedienst einem höheren Pflege- und Unterstützungsbedarf gerecht werden. Zudem können die Bewohnerinnen und Bewohner ihren Tagesrhythmus stärker selbst organisieren, beispielsweise wann sie morgens aufstehen wollen.
Finanzierung	▪ Leistungen der Eingliederungshilfe. ▪ Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung.
Quellen	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräche mit dem Bereichsleiter Wohnen (Herr Wolfgang Assel), dem Leiter des Wohnhauses (Herr Knut Sönnichsen) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuches in Kiel.

Angebots-bezeichnung	**Wohnen für Senioren mit Behinderung, Schwerpunkt Pflege in der Wohnanlage Vitus**
Trägerschaft und Standort(e)	▪ St.-Vitus-Werk GmbH ▪ Meppen
Gründung und Ziele	▪ Die Wohnanlage besteht seit 1988. Im Jahr 2015 wurden aufgrund der zunehmenden Zahl älterer Bewohnerinnen und Bewohner zwei Seniorenwohngruppen eingerichtet. ▪ Aktuell wird die Umwandlung einer der beiden Seniorenwohngruppen in eine SGB XI-Einrichtung angestrebt. Hierdurch soll eine noch bessere Pflegequalität erreicht werden.
Leistungs spektrum	**Wohnanlage Vitus** ▪ Die Wohnanlage Vitus ist in zwei Bereiche mit jeweils zwei Gruppen aufgeteilt. In dem einen Bereich leben 20 Menschen mit kognitiver, teilweise auch psychischer Behinderung, die zum größten Teil zur WfbM gehen. Der zweite Bereich ist Lebensraum für 22 Menschen mit kognitiver Behinderung, die nur noch teilweise zur Arbeit gehen: Die meisten von ihnen sind berentet oder in Altersteilzeit in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt. Dieser Personenkreis weist einen Bedarf an intensiver Pflege auf. ▪ Im ersten Bereich arbeiten hauptsächlich Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger. Im zweiten Bereich werden vor allem Pflegefach- und -hilfskräfte eingesetzt, u. a. examinierte Alten- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger, die durch eine Zusatzausbildung als Pflegefachkräfte anerkannt sind. Bereits seit Mitte 2014 gibt es eine Pflegedienstleitung, die für die gesamte Einrichtung zuständig ist. Die gesamte Wohnanlage profitiert von dem pflegerischen Fachwissen aus dem Schwerpunktbereich Pflege. ▪ Fast alle Bewohner der Seniorengruppen besuchen tagsüber die Seniorentagesstätte von Vitus, alternativ gibt es für einzelne Personen eine 24h-Betreuung in der Wohnstätte. Eine Nachtwache ist für das gesamte Haus zuständig. **In Planung: SGB XI-Umwandlung der Seniorenwohngruppen** ▪ Für die SGB XI-Umwandlung der Seniorenwohngruppen bedarf es einer Personalaufstockung: eine hauswirtschaftliche Leitung, Betreuungskräfte nach § 87 SGB XI sowie mehr Pflegekräfte. Zudem ist eine separate Nachtwache für den SGB XI-Bereich erforderlich. ▪ Alle Fachkräfte werden bereits im Vorfeld der Umwandlung in Expertenstandards und Pflegedokumentation geschult. Es gibt eine bis drei Schulungen pro Monat. Insbesondere bei der Dokumentation gibt es in der Pflege einen höheren Standard und mehr Kontrollen. ▪ Zukünftig können nur Menschen mit einem Pflegegrad in die Seniorenwohngruppen einziehen, die zudem keiner Beschäftigung in einer Werkstatt mehr nachgehen dürfen. ▪ Die Tagesbetreuung muss in Zukunft im Haus vorgehalten werden, weil die Seniorentagesstätte nach der Umwandlung nicht mehr besucht werden kann.
Größenangaben	▪ Im ersten Bereich wohnen 20 und im zweiten Bereich 22 Bewohnerinnen und Bewohner mit Bedarf an intensiver Pflege. Das Alter der Bewohnerinnen und Bewohner liegt zwischen 50 und 83 Jahren.
Zielgruppen-spezifität	▪ Bauliche Gegebenheiten, Ausstattung, vor allem aber Personal und Organisation sind auf die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung und hohem Betreuungs- und Pflegebedarf ausgerichtet (z. B. Pflegebad, Sterilisationsraum, Notrufsystem). ▪ Durch die Zusammensetzung der Bewohnerschaft ist es möglich, auf deren Bedürfnisse vergleichsweise umfangreich einzugehen. ▪ Nach Umwandlung des einen Bereichs in eine Pflegeeinrichtung nach SGB XI ist eine noch bessere Pflegequalität zu erwarten. Auch besonders schwer pflegebedürftige Menschen können dann dort wohnen.
Finanzierung	▪ Leistungen zur Betreuung und Teilhabe werden bisher über die Eingliederungshilfe finanziert, Pflegeleistungen pauschal über § 43 a SGB XI abgegolten. ▪ Die Pflegeleistungen, insbesondere die Behandlungspflege werden über die Pauschale nicht vollständig refinanziert. Daher gibt es in begrenztem Umfang eine Querfinanzierung aus anderen Einrichtungsteilen. ▪ Der Bereich mit den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern wird nach der Umwandlung in eine Pflegeeinrichtung nach SGB XI durch die Pflegeversicherung finanziert.
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit der Haus- und Bereichsleitung (Frau Bettina Bohlen) im Rahmen eines Praxisbesuches in Meppen.

Angebots-bezeichnung	Tagesbetreuung für Senioren mit Behinderung
Trägerschaft und Standort(e)	▪ Lebenshilfe Heidenheim e. V., HWW GmbH ▪ Heidenheim
Gründung und Ziele	▪ Das Angebot wurde aus demographischen Gründen notwendig, da die Gruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit größer wurde. Mit Renteneintritt fiel für viele dieser Menschen die Tagesstruktur in der Werkstatt/Förderstätte weg, dies sollte durch das Angebot aufgefangen werden.
Leistungs spektrum	▪ Tagesbetreuung für Senioren mit Behinderung als tagesstrukturierendes Angebot nach der Berentung. Die Betreuung findet täglich von 8.00 bis 14.00 Uhr statt. ▪ Für das Angebot können die Räumlichkeiten eines der Wohnhäuser der Lebenshilfe genutzt werden, die von vornherein barrierefrei waren. ▪ Das Angebot umfasst einen bunten Mix an Aktivitäten. Hierbei gibt es keine feste Struktur, sondern die Angebote werden nach den Interessen und Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer organisiert. ▪ Grundsätzlich können sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Wohnstätten der Lebenshilfe die Tagesbetreuung besuchen als auch ältere Menschen mit Behinderung, die selbstständig wohnen. ▪ Fachpersonal bestehend aus Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern, Altenpflegerinnen und -pflegern und Krankenpflegerinnen und -pflegern. ▪ Kooperation mit dem nahegelegenen Altenheim: Es werden gegenseitige Besuche und Veranstaltungen organisiert. Auch wenn Menschen mit einem hohen Pflegebedarf in das Altenheim umziehen, werden diese von ihren Freunden und Bekannten aus der Lebenshilfe weiter besucht, um den Sozialkontakt aufrecht zu erhalten.
Größenangaben	▪ Zwei Fachkräfte sind gleichzeitig in der Gruppe. ▪ Aktuell besuche 18 Personen die Tagesbetreuung, die ab dem Renteneintrittsalter besucht werden kann. Im Durchschnitt sind die Nutzerinnen und Nutzer der Gruppe ca. 75 Jahre alt.
Zielgruppen-spezifität	▪ Das Angebot ist speziell auf ältere Menschen mit einer lebensbegleitenden geistigen Behinderung ausgerichtet, die zudem körperliche und psychische Einschränkungen haben. Der Fokus liegt vor allem auf Menschen mit niedrigerem Pflegebedarf, da Pflegeleistungen nur in geringem Maße erbracht werden können. ▪ Es ist angedacht, bei wachsenden Gruppenzahlen unterschiedliche Angebote einerseits für die aktiveren „Senioren“ zu konzipieren sowie andererseits für die Menschen, die mehr Unterstützung benötigen, um den Bedarfen und Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden.
Finanzierung	▪ Zusatzleistung zur stationären Einrichtung, Pauschale über Eingliederungshilfe
Quelle	▪ Online-Befragung ▪ Fachgespräch mit der Leitung der Tagesbetreuung (Frau Regine Gädeke), dem Geschäftsleiter der Lebenshilfe Heidenheim (Herr Kurt Wörrle) im Rahmen eines Vor-Ort-Besuches in Heidenheim.

6 Vergleich der zentralen Studienergebnisse

Die Zahl der älteren pflegebedürftigen Menschen, die einer der drei vulnerablen Gruppen angehören, wird in den nächsten Jahren aufgrund der demografischen sowie gesellschaftlichen Entwicklung weiter ansteigen. Ihre Vulnerabilität führt zu Problematiken in der Versorgung, die in unterschiedlichen Ausprägungen bei allen drei Gruppen auftreten. Als Lösungen für diese Problematiken gibt es ebenfalls vom Grundsatz her vergleichbare Ansätze, die sich in ihren zielgruppenspezifischen Ausgestaltungen jedoch unterscheiden. Diese grundlegend ähnlichen Herausforderungen und Handlungsansätze werden hier mit dem Ziel beschrieben, übergeordnete Muster sichtbar zu machen.

Mängel bei den Kenntnissen über qualitative und quantitative Versorgungsanforderungen

Der wissenschaftliche Kenntnisstand zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie zur Versorgungssituation der drei vulnerablen Zielgruppen ist bisher vergleichsweise gering. Dies ist u. a. darin begründet, dass die verschiedenen Merkmale der jeweiligen Zielgruppe – Migrationshintergrund (Los 1), Armutsgefährdung / Einpersonenhaushalt (Los 2), Behinderung (Los 3) - in den amtlichen Statistiken nicht gemeinsam mit dem Merkmal Pflegebedürftigkeit erfasst werden. Entsprechend ist auf Basis der verfügbaren Statistiken keine vollständige quantitative Beschreibung der Zielgruppen sowie ihrer spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfe möglich.

Hinzu kommt, dass sich gerade die älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1) und die älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) durch eine starke Heterogenität innerhalb der Zielgruppe auszeichnen. Bei den älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund gibt es u. a. Unterschiede hinsichtlich Aufenthaltsdauer, Sprachkompetenz, kultureller Prägung und Religionszugehörigkeit. Auch bei der Zielgruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit gibt es unterschiedliche Teilgruppen, die sich stark in ihren Unterstützungsbedarfen unterscheiden. So führt das Vorliegen einer lebensbegleitenden Behinderung im Vergleich zu einer erst im Alter aufgetretenen Behinderung aus verschiedenen Gründen zu einer höheren Vulnerabilität. Auch bedarf das Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung anderer Angebote und Ansätze als eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung.

Um zielgruppengerechte Angebote (weiter-)entwickeln zu können, sind für alle drei Zielgruppen Verbesserungen der aktuellen Daten- und Wissensbasis insbesondere auf regionaler Ebene erforderlich.

Dies kann durch stichprobenartige (repräsentative) Befragungen erfolgen, die so gestaltet sein sollten, dass sie die Zielgruppen tatsächlich erreichen können (z. B. Befragungen in der jeweiligen Muttersprache). Bei der Angebotsentwicklung sollten die einzelnen Zielgruppen und deren Verbände zudem einbezogen werden, denn nur so kann sichergestellt werden, dass sie passgenau auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind und Akzeptanz erfahren. Für alle drei Zielgruppen nannten die befragten Expertinnen und Experten dies als zentrale Voraussetzung für eine bedürfnisgerechte Angebotsentwicklung.

Informations- und Wissensdefizite der Zielgruppen zum Pflege- und Unterstützungssystem

Als wichtige Problemstellung wurde für die Zielgruppen der älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1) und die Zielgruppe der älteren, armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben (Los 2), der mangelhafte Zugang zum Pflege- und Unterstützungssystem identifiziert. Verantwortlich hierfür sind oftmals Informationsdefizite bzw. Wissenslücken hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sowie Unkenntnis über die eigenen leistungsrechtlichen Ansprüche. Entsprechend schwer sind die beiden Zielgruppen durch die Institutionen, Einrichtungen und Dienste des Altenpflege- und Versorgungssystems zu erreichen.

Eine Möglichkeit, dem Wissensdefizit entgegenzuwirken, ist der Auf- und Ausbau besserer Informations- und Aufklärungsangebote. So können Beratungsangebote wie die Pflegeberatung nur dann in Anspruch genommen werden, wenn sie bekannt sind. Die Information und Aufklärung der Zielgruppen sollte über Informationskanäle erfolgen, über die die Zielgruppen erreicht werden können bzw. die von den Zielgruppen genutzt werden. Für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1) bedarf es tendenziell zugehender, mehrsprachiger und kultursensibler Informations- und Aufklärungsangebote. Für ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben (Los 2), sind niedrigschwellige und zugehende Ansätze bzw. eine Kontaktaufnahme über Bekannte (z. B. Nachbarn) eine Möglichkeit den Zugang zur Zielgruppe zu verbessern.

Niedrigschwelligkeit und Wohnortnähe zielgruppenspezifischer Angebote

Vulnerabilität erfordert, dass Angebote möglichst niedrigschwellig sind, damit sie auch genutzt werden. Dabei spielt die räumliche Entfernung bzw. die Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. Wenn diese nicht ohne weiteres herzustellen ist, sind Unterstützungsleistungen bei der Mobilität notwendig. Wohnangebote und alltägliche

Unterstützungsleistungen sollten nach Möglichkeit im vertrauten Umfeld erbracht werden, damit die Menschen ihr soziales Umfeld, das für die Stabilisierung ihrer Lebenssituation oft wichtig ist, nicht verlassen müssen. Ein anderes Merkmal der Niedrigschwelligkeit ist die Einbindung von Vertrauenspersonen in professionelle Versorgungsleistungen.

Die genannten Aspekte sind für alle drei Zielgruppen von Bedeutung. Die Wohnung ist für ältere Menschen der Ort, an dem das tägliche Leben größtenteils stattfindet und das tägliche Leben organisiert wird. Der Verbleib in der häuslichen Umgebung bis ans Lebensende oder zumindest bis ins hohe Alter ist ein zentrales Ziel der deutschen Altenpolitik. Gerade die Zielgruppen der älteren, armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben (Los 2), und die älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) zeichnen sich häufig durch kein bzw. ein kleines soziales Netz aus.

Entsprechend werden bedürfnisgerechte Unterstützungsleistungen benötigt, damit die vulnerablen Gruppen selbstständig in der eigenen Wohnung leben können. Für ältere, armutsgefährdete pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben (Los2), sowie für ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1) wird u. a. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit als sinnvoller Ansatz angeführt. Die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe erfolgt häufig über etwaige Vertrauenspersonen (z. B. Nachbarn). Für ältere Menschen mit lebensbegleitender Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) ist der Unterstützungsbedarf beim selbstständigen Wohnen (z. B. in einer betreuten Wohngruppe, Pflegewohngruppe) tendenziell höher. Je nach Behinderung müssen umfassende Leistungen zur alltäglichen Lebensführung vorgehalten werden. Dies kann beispielsweise durch eine persönliche Assistenz erfolgen. Grundsätzlich ist die Vernetzung der relevanten Akteure eine der zentralen Voraussetzungen dafür, dass eine Versorgung am Wohnort erfolgen kann (Hilfemix).

Kompetenzen für eine zielgruppenspezifische Versorgung

Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte, den besonderen Anforderungen der Zielgruppen entsprechende Versorgung kann nur gelingen, wenn die beteiligten Berufsgruppen entweder selbst die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben oder wenn sie entsprechende Unterstützung einholen können. Für die Pflege- und Unterstützung der Zielgruppe der älteren, armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben (Los 2), sind neben den pflegefachlichen Qualifikationen auch sozialarbeiterische Kompetenzen von Vorteil. Bei älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund (Los 1) sind überdies tendenziell interkulturelle und sprachliche Kompetenzen beim Personal der

offenen Altenhilfe sowie beim Personal der Einrichtungen und Dienste des Altenpflege- und Versorgungssystems erforderlich. Bei der Zielgruppe der älteren Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) gibt es u. a. deshalb Kompetenzdefizite beim Personal, weil die Zielgruppe gleichzeitig behinderungsbedingte Unterstützungsleistungen und pflegerische Leistungen benötigt. Ausbildungen und Versorgungsaufträge sind historisch getrennt und so mangelt es oft an Wissen aus dem jeweils anderen Versorgungsbereich.

Grundlegende Handlungsansätze, mit denen bestehende Kompetenzdefizite beseitigt werden können, sind Anpassungen von Ausbildungsinhalten oder Zusatzausbildungen, Kooperationen und Wissensaustausch zwischen Berufsgruppen, veränderte Teamzusammensetzungen oder fachliche Unterstützungsdienste.

Rahmenbedingungen für Aufbau und Finanzierung von zielgruppenspezifischen Leistungen

Teilweise stehen dem erfolgreichen Aufbau zielgruppenspezifischer Angebote fehlende Finanzierungen und rechtliche Regelungen entgegen. Sowohl ältere, armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die alleine leben (Los 2), als auch ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) benötigen beispielsweise (kostenlose bzw. kostengünstige) Hol- und Bringdieste, für die es gegenwärtig keine ausreichende Finanzierungsgrundlage gibt. Für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) gibt es die Besonderheit, dass behinderungsbedingt notwendige Unterstützungsleistungen in stationären Einrichtungen der Pflege und umgekehrt pflegerische Leistungen in der Eingliederungshilfe aus rechtlichen und finanziellen Gründen oft nicht in ausreichendem Maße erbracht werden können.

Grundlegende Handlungsansätze, die einen Auf- und Ausbau notwendiger Leistungen unterstützen können, bestehen in der Schaffung von Finanzierungsgrundlagen und in der Beseitigung rechtlicher Einschränkungen. Beispielsweise bedarf es einer verbesserten Finanzierungsgrundlage für den Mehraufwand, der mit der Beratung von älteren pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund bzw. von deren Angehörigen (Los 1) sowie von älteren, armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die alleine leben (Los 2), tendenziell einhergeht. Auch für die Inanspruchnahme professioneller Dolmetscherdienste für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund (Los 1) gibt es bisher keine feste Finanzierungsgrundlage. Weiter sind für ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit (Los 3) Leistungen zur Unterstützung der sozialen Teilhabe auch dann in einem bestimmten Umfang zu finanzieren, wenn sie in Pflegeeinrichtungen leben.

prognos

Basel | Berlin | Bremen | Brüssel
Düsseldorf | Freiburg | München
Stuttgart

Anhang zum Methodenkapitel

Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen

Auftraggeber
Bundesministerium für Gesundheit

Projektteam
Dr. Tobias Hackmann
Gwendolyn Huschik
Jakob Maetzel
Sabrina Schmutz
Laura Sulzer
Janko Vollmer

Freiburg, April 2018

Inhalt

1 Losübergreifender Adressverteiler (erste Befragung) 2

2 Empfehlungsschreiben des BMG 9

2.1 Empfehlungsschreiben erste Befragung (losübergreifend) 10

2.2 Empfehlungsschreiben Fachgespräche (losübergreifend) 12

2.3 Empfehlunggschreiben Forschungsvorhaben insgesamt (losübergreifend) 15

3 Prognos-Anschreiben und Fragebogen (erste Befragung) 17

3.1 Anschreiben erste Befragung (losübergreifend) 18

3.2 Fragebogen erste Befragung (losübergreifend) 22

4 Prognos-Anschreiben und Fragebogen (zweite Befragung) 26

4.1 Anschreiben zweite Befragung (losübergreifend) 27

4.2 Fragebogen zweite Befragung (Los 1) 30

4.3 Fragebogen zweite Befragung (Los 2) 46

4.4 Fragebogen zweite Befragung (Los 3) 63

5 Losübergreifender Gesprächsleitfäden Fachgespräche 81

6 Losübergreifender Gesprächsleitfäden Vor-Ort-Besuche 83

7 Losübergreifendes Konzept Expertenworkshop 85

1 Losübergreifender Adressverteiler (erste Befragung)

1 Länder, Kreise und Kommunen

1.1 Länder

1.1.1 Ministerien mit Abteilungen / Referaten zum Bereich Pflege allgemein

- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland / Abteilung B Soziales, Inklusion und Demografischer Wandel, Referat B 4 Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Politik gegen soziale Ausgrenzung, Freie Wohlfahrtspflege
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg / Abteilung Senioren, Pflege und Rechtliche Betreuung, G22 Pflegerische Versorgungsstruktur
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Sachsen-Anhalt / Abteilung 2 Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat 24 Ambulante medizinische Versorgung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung, Gesundheitsberufe
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg / Abteilung 3 Soziales, Referat 33 Pflege
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern / Abteilung 4 Soziales, Referat 430 Belange pflegebedürftiger Menschen
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburg / Abteilung 2 Frauen, Soziales, Familie, Integration, Referat 23 Seniorenpolitik, Pflege, Heimrecht, Altenpflegeberufe
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Nordrhein-Westfalen / Abteilung 4 Pflege, Alter, demographische Entwicklung, Referat 404 Soziale Pflegeversicherung
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Nordrhein-Westfalen / Abteilung 3: Emanzipation, Referat 303 Geschlechtsbezogene Gesundheits- und Pflegepolitik
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen, Rheinland-Pfalz / Abteilung 75 Frauen, Referat 755 Frauen und Gesundheit, Kranken- und Pflegeversicherung, Steuer- und Familienrecht, politische Partizipation
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Rheinland-Pfalz / Abteilung 64 Soziales und Demografie, Referat 647 – Pflegepolitik
- Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, Niedersachsen / Abteilung 1 Soziales, Pflege, Arbeitsschutz, Referat 104 Pflegeversicherung, Heimaufsicht
- Ministerium für Soziales und Integration, Hessen / Abteilung V Gesundheit, V2 Soziales, Kranken- und Pflegeversicherung, Kammeraufsicht, Berufe des Gesundheitswesens
- Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen / Abteilung 2 Soziales, Frauen und Familie, Referat 24 Pflegepolitik
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein / Abteilung VIII 2 Soziales, Referat 22 Pflegeversicherung, Wohnpflegerecht, Pflegeinfrastruktur
- Senat für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen / Abteilung 3 Soziales, Referat 32 Ältere Menschen
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin / Abteilung II Soziales, Referat D 23
- Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayern / Abteilung 4 Pflege und Prävention
- Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayern / Patienten- und Pflegebeauftragter

- Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Sachsen Abteilung / 4 Jugend, Familie und Teilhabe, Referat 33 Ältere Menschen, Pflegeversicherung

1.1.2 Ministerien mit Abteilungen / Referaten zum Bereich Migration

- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern / Abteilung 4 Soziales, Referat 450 Zuwanderung und Integration
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales Nordrhein-Westfalen / Abteilung IV Integration
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburg / Abteilung 2 Frauen, Soziales, Familie, Integration, Referat 25 Zuwanderung, Integration
- Ministerium für Integration, Baden-Württemberg / Abteilung 3 Grundsatzfragen der Integration
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen, Rheinland-Pfalz / Abteilung 72 Integration und Migration
- Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz, Thüringen / Abteilung 2 Migration und öffentliches Recht
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Niedersachsen / Abteilung 3 Migration und Generationen
- Ministerium für Soziales und Integration, Hessen / Abteilung VI Integration
- Senat für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen / Abteilung 3 Soziales, Referat 31 Zuwandererangelegenheiten
- Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, Bayern / Abteilung V Integration und Migration, Vertriebene, Europapolitik

1.1.3 Ministerien mit Abteilungen / Referaten zum Bereich Behinderung

- Senat für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen / Abteilung 3 Soziales, Referat 30 Koordination Behindertenpolitik UN-BRK, Leistungen für behinderte und pflegebedürftige Menschen, Betreuungsrecht
- Ministerium für Arbeit und Soziales, Sachsen-Anhalt / Referat 31 Menschen mit Behinderungen, Sozialhilfe, gesellschaftliche Teilhabe
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg / Abteilung 3 Soziales, Referat 32 Menschen mit Behinderungen
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern / Abteilung 4 Soziales, Referat 440 Belange von Menschen mit Behinderungen, Soziales Entschädigungsrecht, Geschäftsstelle des Integrationsförderrates
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales, Nordrhein-Westfalen / Abteilung V Soziales
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburg/ Abteilung 2 Frauen, Soziales, Familie, Integration, Referat 24 Behindertenpolitik, Sozialhilfe
- Ministerium für Soziales und Integration, Hessen / Abteilung IV Soziales, IV 4 Teilhabe und Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, Soziales Entschädigungsrecht
- Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen / Referat 23 Behindertenpolitik
- Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Sachsen / Abteilung 4 Jugend, Familie und Teilhabe, Referat 43 Teilhabe behinderter Menschen
- Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, Bayern / Abteilung IV Teilhabe von Menschen mit Behinderung, soziale Hilfen

1.1.4 Integrationsbeauftragte

- Integrationsbeauftragte der Bundesländer (16)

1.1.5 Behindertenbeauftragte

- Behindertenbeauftragte der Bundesländer (16)

1.2 Zwischenebene (zwischen Land und Kreis)

1.2.1 Überörtliche Träger der Sozialhilfe in Trägerschaft der Länder (BAGüS)

- Landesamt für Soziales und Versorgung, Brandenburg
- Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Niedersachsen
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, Rheinland-Pfalz
- Landesamt für Soziales, Saarland
- Landesverwaltungsamt Soziales, Thüringen
- Sozialagentur, Sachsen-Anhalt

1.2.2 Überörtliche Träger der Sozialhilfe in kommunaler Trägerschaft (BAGüS)

- Bezirk Mittelfranken Sozialreferat, Bayern
- Bezirk Niederbayern Sozialverwaltung, Bayern
- Bezirk Oberbayern Bezirksverwaltung, Bayern
- Bezirk Oberfranken Sozialverwaltung, Bayern
- Bezirk Oberpfalz Sozialverwaltung, Bayern
- Bezirk Schwaben Sozialverwaltung, Bayern
- Bezirk Unterfranken Sozialverwaltung, Bayern
- Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern
- Kommunaler Sozialverband Sachsen
- Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg
- Landeswohlfahrtsverband Hessen Überörtlicher Sozialhilfeträger
- Landschaftsverband Rheinland Dezernat Soziales, Integration
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe

1.3 Kreise und Kommunen

1.3.1 Sozialämter

- Sozialämter aus allen Bundesländern (374)

1.3.2 Pflegestützpunkte

- Pflegestützpunkte aus allen Bundesländern (392)

2 Verbände

2.1 Freie Wohlfahrtspflege

2.1.1 Bundesebene

- Arbeiterwohlfahrt e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband e.V.
- Deutsches Rote Kreuz e.V.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
- Volkssolidarität Bundesverband e.V.
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V.

2.1.2 Länderebene

- Arbeiterwohlfahrt Landes- und Regionalverbände (27)
- Caritasverbände der Länder und Diözesen (33)
- Diakonisches Werk auf Landesebene (15)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverbände (14)
- Rotes Kreuz Landesverbände (19)
- Volkssolidarität Landesverbände (6)

2.2 Sozialverbände / Selbsthilfeverbände

2.2.1 Bundesebene

Migrantenselbstorganisationen

- Alevitische Gemeinde Deutschland e.V.
- Amaro Drom e.V.
- BAGIV Bundesarbeitsgemeinschaft der Immigrantenverbände in der BRD e.V.
- Bundesverband der Vietnamesen in Deutschland e.V.
- Bundesverband Deutsch-Arabischer Vereine in Deutschland e.V.
- Bundesverband Griechischer Gemeinden in Deutschland e.V.
- Club Dialog e.V.
- DaMigra Dachverband der Migrantinnenorganisationen e.V.
- DeJaK-Tomonokai e.V. Deutsch-Japanischer Verein für kultursensible Pflege
- Der Paritätische Gesamtverband-Forum der Migrantinnen und Migranten
- Deutsch-Marokkanisches Kompetenznetzwerk e.V.
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Forum für eine kultursensible Altenpflege
- Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe
- Kroatischer Weltkongress in Deutschland e.V.
- Kurdische Gemeinde Deutschland e.V.
- Naschdom e.V.
- NeMO Netzwerke von Migrantenorganisationen

- Polnischer Sozialrat
- Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V.
- Türkische Gemeinde in Deutschland e.V.
- Zentralrat der Muslime in Deutschland e.V.
- Zentralrat der Serben in Deutschland e.V.

Selbstvertretungsverbände im Bereich Inklusion

- Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Selbstvertretungsverbände Pflege

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. Bundesverband
- Sozialverband Deutschland e.V.
- Sozialverband VdK Deutschland e. V.

2.2.2 Länder- und Kreisebene

Migrantenselbstorganisationen

- Arbeitsgemeinschaft MigrantInnen und Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.
- Migranet-MV
- Migrations- und Integrationsrat Land Brandenburg e.V.

Selbstvertretungsverbände im Bereich Inklusion

- Lebenshilfe e.V. Landesverbände (15)

Selbstvertretungsverbände Pflege

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Landesarbeitsgemeinschaften (15)
- Sozialverband Deutschland Landesverbände (14)
- Sozialverband Deutschland Kreisverbände (193)
- Sozialverband VdK e.V. Landesverbände (13)

2.3 Berufs- und Arbeitgeberverbände

2.3.1 Bundesebene

- Arbeitgeberverband Pflege e.V.
- Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e.V.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
- Deutscher Pflegerat e.V.
- Deutscher Pflegeverband e.V.
- Katholischer Pflegeverband e.V.

2.3.2 Länderebene

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Landesgeschäftsstellen (15)

2.4 Weitere Interessensverbände

2.4.1 Bundesebene

- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

2.4.2 Länderebene

- bpa e.V. Landesgruppen (14)

3 Pflegekassen

3.1.1 Bundesebene

- AOK-Bundesverband
- Betriebskrankenkassen Dachverband
- BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
- Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen
- Innungskrankenkasse Bundesverband
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Hauptverwaltung
- Verband der Ersatzkassen

3.1.2 Länderebene

- AOK Ländervertretungen (13)
- Betriebskrankenkassen Landesverbände (5)
- Innungskrankenkassen Ländervertretungen (5)
- Knappschaft-Bahn-See Regionaldirektionen (8)
- Verband der Ersatzkassen Länder (16)

4 Stiftungen

- Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Robert Bosch Stiftung
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration
- Stiftung Wohlfahrtspflege NRW
- Zentrum für Qualität in der Pflege

2 Empfehlungsschreiben des BMG

2.1 Empfehlungsschreiben erste Befragung (losübergreifend)

Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

REFERAT 415
BEARBEITET VON Magnus Kuhn
Referatsleiter

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1215
FAX +49 (0)228 99 441-4917
E-MAIL magnus.kuhn@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Verteiler

Prognos A G

Bonn, den 02. Juni 2016
AZ 415 – 43 164 -1/648

Betr.: Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Jahren ist ein zunehmendes Interesse von Politik, Wissenschaft und Verbänden im Bereich der pflegerischen Versorgung von verschiedenen Zielgruppen, insbesondere

- Älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund,
- älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die allein leben sowie
- älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung

zu beobachten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Prognos AG daher mit der Durchführung einer Untersuchung zum spezifischen Unterstützungsbedarf und der Versorgungslandschaft von Angeboten für diese Gruppen beauftragt.

Wichtige Grundlage ist die Erfassung von bestehenden innovativen Angeboten, die in besonderer Weise auf die Bedürfnisse der oben genannten Zielgruppen zugeschnitten sind. Hierzu wird die Prognos A G zunächst eine Online-Abfrage durchführen.

Die Erkenntnisse aus diesem Projekt sind für das Bundesministerium für Gesundheit von großer Wichtigkeit für die zukünftige Weiterentwicklung einer nachhaltigen Pflegepolitik.

Wir bitten Sie daher sehr herzlich, dieses Forschungsvorhaben zu unterstützen, indem Sie an der Online-Abfrage zu innovativen Angeboten für diese Zielgruppen teilnehmen und/oder die Anfrage an andere Wissensträger weiter leiten.

Bitte übermitteln Sie Ihre etwaige Rückfragen und Anmerkungen zur Abfrage direkt an die Prognos AG.

Für Ihre Unterstützung und Beteiligung danken wir Ihnen sehr.

Mit freundlichen Grüßen

Magnus Kuhn

2.2 Empfehlungsschreiben Fachgespräche (losübergreifend)

Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Verteiler

Prognos A G

REFERAT 415
BEARBEITET VON Magnus Kuhn
Referatsleiter

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1215
FAX +49 (0)228 99 441-4917
E-MAIL magnus.kuhn@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Bonn, den 27. Juni 2016
AZ 415 – 43 164 -1/648

Betr.: Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger
hier: Bitte um Teilnahme an einem Fachgespräch im Rahmen eines Forschungsvorhabens zur pflegerischen Versorgung vulnerabler Gruppen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Jahren ist ein zunehmendes Interesse von Politik, Wissenschaft und Verbänden an Versorgungslagen und -bedarfen im Bereich der pflegerischen Versorgung von besonders vulnerablen Zielgruppen zu beobachten. Dabei handelt es sich insbesondere um

- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund,
- ältere, pflegebedürftige armutsgefährdete Menschen, die allein leben sowie
- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Behinderung.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Prognos AG mit der Durchführung einer Untersuchung zu den spezifischen Unterstützungsbedarfen und innovativen Versorgungsangeboten für die genannten vulnerablen Gruppen beauftragt.

Wichtiger Bestandteil des Forschungsvorhabens ist die Identifikation von Bedarfslagen und Zugangsbarrieren. Hierzu sind aufbauend auf einer ausführlichen Literaturrecherche leitfadengestützte telefonische Interviews mit Expertinnen und Experten vorgesehen.

Die Erkenntnisse sind für uns von großer Wichtigkeit für die zukünftige Weiterentwicklung einer nachhaltigen Pflegepolitik. Wir bitten Sie daher, dieses Forschungsvorhaben mit Ihrer Expertise zu unterstützen und an einem leitfadengestützten telefonischen Fachgespräch teilzunehmen.

Bitte übermitteln Sie Ihre etwaigen Rückfragen und Anmerkungen zum Fachgespräch direkt an die Prognos AG.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Magnus Kuhn

Magnus Kuhn

2.3 Empfehlunggschreiben Forschungsvorhaben insgesamt (losübergreifend)

Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Verteiler Prognos

REFERAT 415
BEARBEITET VON Magnus Kuhn
Referatsleiter

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1215
FAX +49 (0)228 99 441-4917
E-MAIL magnus.kuhn@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Bonn, den 27. Juli 2016
AZ 415 – 43 164 -1/648

Betr.: Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Jahren ist ein zunehmendes Interesse von Politik, Wissenschaft und Verbänden im Bereich der pflegerischen Versorgung von verschiedenen Zielgruppen, insbesondere

- älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund,
- älteren, pflegebedürftigen armutsgefährdeten Menschen, die allein leben sowie
- älteren, pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung

zu beobachten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Prognos AG daher mit der Durchführung einer Untersuchung zum spezifischen Unterstützungsbedarf und der Versorgungslandschaft von Angeboten für diese Gruppen beauftragt.

Für die Informationsgewinnung sind neben der Desktop-Recherche folgende Instrumente vorgesehen:

- Schriftliche Abfrage bei Multiplikatoren zu innovativen Angeboten
- Schriftliche Befragung der Angebote
- Vor-Ort-Besuche von ausgewählten Angeboten
- Fachgespräche mit Experten
- Expertenworkshops

Die Erkenntnisse aus diesem Projekt sind für das Bundesministerium für Gesundheit von großer Wichtigkeit für die zukünftige Weiterentwicklung einer nachhaltigen Pflegepolitik. Wir bitten Sie daher sehr herzlich, dieses Forschungsvorhaben zu unterstützen. Bitte übermitteln Sie Ihre etwaigen Rückfragen und Anmerkungen direkt an die Prognos AG.

Für Ihre Unterstützung und Beteiligung danken wir Ihnen sehr.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Lorenz

3 Prognos-Anschreiben und Fragebogen (erste Befragung)

3.1 Anschreiben erste Befragung (losübergreifend)

Basel | Berlin | Bremen | Brüssel
Düsseldorf | Freiburg | München
Stuttgart

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Straße 23
79100 Freiburg
Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Fax +49 761 7661164-820

www.prognos.com
info@prognos.com

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Berlin HRB 87447 B

Prognos AG | Heinrich-von-Stephan-Straße 23 | 79100 Freiburg

Verteiler
Prognos AG

Freiburg, 15. Juni 2016

Abfrage von innovativen Pflege- und Unterstützungsangeboten für sogenannte „vulnerable Gruppen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Prognos AG mit der Durchführung einer Untersuchung zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie der Versorgungslandschaft innovativer Angebote für drei sogenannte vulnerable Gruppen beauftragt (siehe Empfehlungsschreiben des BMG im Anhang). Bei den vulnerablen Gruppen handelt es sich um

- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund,
- ältere, pflegebedürftige armutsgefährdete Menschen, die allein leben sowie
- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Behinderung.

Die genannten Gruppen sind durch unterschiedliche gesellschaftliche Teilhabechancen, materielle Verhältnisse sowie Zugangschancen im Hilfesystem gekennzeichnet. Mit Blick auf die Weiterentwicklung einer nachhaltigen Pflegepolitik, die darauf abzielt, die Ungleichheit bei den Zugangschancen zu Pflege- und Unterstützungsangeboten zu minimieren und die besonderen Pflege- und Unterstützungsbedarfe dieser Menschen zu berücksichtigen, stellt sich die Frage nach innovativen Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Welche konkreten innovativen Angebote gibt es bereits für die genannten Zielgruppen? Welche Bedarfe werden durch die Angebote aufgegriffen, welche finden bislang noch wenig oder keine Berücksichtigung?

Zur Beantwortung dieser Fragen findet eine **Abfrage von innovativen Pflege- und Unterstützungsangeboten** statt. Ziel der Befragung ist es, über die Ansprache von Multiplikatoren in Ihrer Einrichtung/Institution Kenntnis über eine möglichst große Bandbreite an innovativen Angeboten zu erhalten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich ca. **fünf Minuten** Zeit nehmen könnten, den Fragebogen auszufüllen und uns damit zu unterstützen.

Um was geht es konkret?

Wir bitten Sie, uns

- innovative Angebote und deren Ansprechpartner/innen sowie Kontaktdaten zu benennen,
- dieses Angebot oder die Angebote zu skizzieren sowie
- zu beschreiben, welche Bedarfslagen das Angebot aufgreift.

Wie können Sie sich beteiligen?

- Den Fragebogen können Sie online über folgenden Link ausfüllen: **www.prognos.com/linkzurabfrage.**
- Damit Sie eine Vorstellung vom Umfang und Inhalt der Abfrage haben, stellen wir Ihnen die Fragen vorab zur Verfügung **(siehe Fragebogen im Anhang)**. Sollten Sie es vorziehen, den Fragebogen handschriftlich auszufüllen anstatt sich durch den Online-Fragebogen zu klicken, dann können Sie dies gerne tun. Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen dann bitte per E-Mail oder postalisch an die Prognos AG in Freiburg (siehe Anschrift oben) zurück.
- Die Teilnahme dauert ca. **fünf Minuten.**

Kennen Sie andere mögliche Interessenten?

Den Link zur Abfrage können Sie sehr gerne an Ihnen bekannte Wissensträger weiterleiten, die aus Ihrer Sicht in der Lage sind, weitere innovative und auf die vulnerablen Gruppen abzielenden Pflege- und Unterstützungsangebote zu nennen und zu beschreiben („Schneeballsystem“). Um diesen Prozess zu vereinfachen, werden Sie von uns zusätzlich noch eine E-Mail erhalten, die Sie dann an die entsprechenden Akteure weiterleiten können.

Mit diesem postalischen Anschreiben haben wir bereits folgende Akteure **direkt** kontaktiert:

- Referate mit Zuständigkeit für Pflege, Migration, Behinderung in den Landesministerien
- Integrations- und Behindertenbeauftragte
- Überörtliche Träger der Sozialhilfe in Trägerschaft der Länder / kommunaler Trägerschaft
- Sozialämter und Pflegestützpunkte in Kreisen und Kommunen
- Freie Wohlfahrtspflege auf Bundes- und Länderebene
- Sozial- und Selbsthilfeverbände auf Bundes-, Länder- und Kreisebene
- Berufs- und Arbeitgeberverbände auf Bundes- und Länderebene
- Pflegekassen auf Bundes- und Länderebene
- Stiftungen

Wie geht es nach der Abfrage weiter?

Auf der Basis der aktuellen Abfrage wird im Nachgang ein Adressverteiler an innovativen Angeboten für die drei vulnerablen Zielgruppen erstellt, der Grundlage für eine umfassende Befragung der Angebote darstellt. Weitere Untersuchungsinstrumente sind neben einer umfassenden Literatur- und Länderrecherche Vor-Ort-Besuche von ausgewählten Angeboten sowie begleitende Expertengespräche und -workshops. Aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen werden schließlich Handlungsempfehlungen formuliert. Die Laufzeit des Projekts beträgt 18 Monate (März 2016 bis August 2017).

Haben Sie Fragen?

Wir stehen Ihnen unter untenstehenden Kontaktdaten gerne für Fragen zur Verfügung.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie **bis spätestens 24. Juni 2016** an der Abfrage teilnehmen würden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen



i. A. Laura Sulzer (Tel. +49 761 766 11 64-811, E-Mail: laura.sulzer@prognos.com)

Anlagen:

Empfehlungsschreiben des BMG

Fragebogen zur Abfrage

3.2 Fragebogen erste Befragung (losübergreifend)

Fragebogen: Abfrage zu innovativen Angeboten

Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter „vulnerabler Gruppen“

Allgemeine Informationen zu Angebot, Träger und Ansprechpartner/in

Nennen Sie bitte den vollständigen Namen des Angebots (Hinweis: Relevant sind lediglich Angebote, die sich (auch) an Pflegebedürftige ab 67 Jahren richten)**:**

Nennen Sie bitte den Namen des Trägers des Angebots (Hinweis: Besitzt ein Angebot mehrere Träger, so genügt die Angabe eines auskunftsfähigen Trägers)**:**

Nennen Sie die allgemeinen Kontaktdaten des oben genannten Angebotsträgers:

Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
E-Mailadresse		

Nennen Sie bitte die Kontaktdaten des zentralen Ansprechpartners/ der zentralen Ansprechpartnerin für das Angebot beim obigen Träger:

Herr ◯ Frau ◯

Name und Vorname		
E-Mailadresse		
Telefonnummer	+49 (0)	

Inhaltliche Informationen zu Zielgruppe, Inhalt und Fokus des Angebots

Welche der drei nachfolgenden Zielgruppen[1] werden durch das oben genannte Angebot angesprochen (bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)**?**

- ◯ Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- ◯ Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- ◯ Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung

Welche der drei nachfolgenden Zielgruppen werden durch das oben genannte Angebot **schwerpunktmäßig** angesprochen (bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen sind nicht möglich)**?**

- ◯ Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- ◯ Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- ◯ Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung

Bitte beschreiben Sie das oben genannte Angebot kurz inhaltlich und stellen Sie dabei insbesondere die innovativen Aspekte des Angebots dar:

[1] Auch hier und im Folgenden sind lediglich solche Angebote relevant, die sich (auch) an pflegebedürftigeMenschen ab 67 Jahren richten.

Welche inhaltlichen Fokusthemen werden durch das obige Angebot angesprochen (bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)**?**

- ◯ Fokus Pflege (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- ◯ Fokus Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z. B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- ◯ Fokus Teilhabe (z. B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- ◯ Fokus Wohnen (z. B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- ◯ Fokus Beratung (z. B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)
- ◯ Sonstiges (bitte Fokusthemen benennen):

Welches inhaltliche Fokusthema wird durch das obige Angebot **schwerpunktmäßig** angesprochen (bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen sind nicht möglich)**?**

- ◯ Fokus Pflege
- ◯ Fokus Betreuung
- ◯ Fokus Teilhabe
- ◯ Fokus Wohnen
- ◯ Fokus Beratung
- ◯ Sonstiges (bitte Fokusthema nennen):

Abschlussfrage

Bitte geben Sie Ihre persönlichen Kontaktdaten an (diese Angabe dient lediglich dazu, etwaige Unklarheiten bzgl. Ihrer obigen Angaben im Nachgang mit Ihnen zu klären)**:**

Herr ◯ Frau ◯

Name und Vorname

Institution

E-Mailadresse

Telefonnummer +49 (0)

4 Prognos-Anschreiben und Fragebogen (zweite Befragung)

4.1 Anschreiben zweite Befragung (losübergreifend)

Basel | Berlin | Bremen | Brüssel
Düsseldorf | Freiburg | München
Stuttgart

Prognos AG | Heinrich-von-Stephan-Straße 23 | 79100 Freiburg

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Straße 23
79100 Freiburg
Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Fax +49 761 7661164-820

www.prognos.com
info@prognos.com

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Berlin HRB 87447 B

Freiburg, 22. August 2016

Befragung von innovativen Pflege- und Unterstützungsangeboten für sogenannte „vulnerable Gruppen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Prognos AG mit der Durchführung einer Untersuchung zu den spezifischen Pflege- und Unterstützungsbedarfen sowie der Versorgungslandschaft innovativer Angebote für drei sogenannte vulnerable Gruppen beauftragt (siehe Empfehlungsschreiben des BMG im Anhang). Bei den vulnerablen Gruppen handelt es sich um

- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund,
- ältere, pflegebedürftige armutsgefährdete Menschen, die allein leben sowie
- ältere, pflegebedürftige Menschen mit Behinderung.

Die genannten Gruppen sind durch unterschiedliche gesellschaftliche Teilhabechancen, materielle Verhältnisse sowie Zugangschancen im Hilfesystem gekennzeichnet. Mit Blick auf die Weiterentwicklung einer nachhaltigen Pflegepolitik, die darauf abzielt, die Ungleichheit bei den Zugangschancen zu Pflege- und Unterstützungsangeboten zu minimieren und die besonderen Pflege- und Unterstützungsbedarfe dieser Menschen zu berücksichtigen, stellt sich die Frage nach innovativen Unterstützungs- und Pflegeangeboten. Welche konkreten innovativen Angebote gibt es bereits für die genannten Zielgruppen? Welche Bedarfe werden durch die Angebote aufgegriffen, welche finden bislang noch wenig oder keine Berücksichtigung?

Die **Zielsetzung des Projekts** besteht darin, einen ersten Überblick zu den Bedarfslagen und der Angebotslandschaft für die beschriebenen vulnerablen Gruppen zu generieren. In diesem Zusammenhang wird auch untersucht, inwieweit die bestehenden Angebote die spezifischen Bedarfslagen der vulnerablen Gruppen bereits abdecken oder wo gegebenenfalls Zugangsbarrieren existieren, welche die Inanspruchnahme der Leistungen behindern. Auf Grund der geringen Informationslage zu den oben genannten Fragestellungen ist dieses Projekt im Bereich der Grundlagenforschung zu verorten. Es hat nicht den Anspruch, abschließende Erkenntnisse zu generieren.

In einer ersten Abfrage (u. a. bei den Sozialämtern und Pflegestützpunkten, der Freien Wohlfahrtspflege und den Pflegekassen) wurde ihr Angebot uns als innovatives[1] Angebot für mindestens eine der oben genannten Zielgruppen genannt (teilweise haben Sie, als Träger eines Angebots, auch schon selbst an besagter Abfrage teilgenommen). In der nun erfolgenden Befragung wollen wir genauere Informationen über ihr Angebot erhalten.

Wir würden uns daher sehr freuen, wenn Sie sich ca. **20 Minuten** Zeit nehmen könnten, den Fragebogen auszufüllen und uns damit zu unterstützen.

Um was geht es konkret?

Wir bitten Sie, uns Angaben zu übermitteln

- zur Struktur ihres Angebots,
- zu den Bedarfslagen und Bedarfen, die ihr Angebot aufgreift, sowie
- zu den Zugangsbarrieren für die relevante(n) Zielgruppe(n), die durch das Angebot überwunden werden oder weiterhin bestehen.

Wie geht es nach der Abfrage weiter?

Basierend auf dieser Befragung werden von uns besonders innovative und zielgruppenspezifische Angebote ausgewählt und nach Rücksprache mit den entsprechenden Trägern vor Ort besucht. Darüber hinaus werden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Befragung in begleitenden Fachgesprächen mit Experten und Expertenworkshops diskutiert. Aufbauend auf den Untersuchungsergebnissen – generiert über die Vielzahl der genannten Untersuchungsinstrumente – werden abschließend im Rahmen der Expertenworkshops Handlungsempfehlungen formuliert. In den Expertenworkshops werden alle Akteure beteiligt, deren Vorreiterrolle im Zuge der Untersuchung sichtbar wurden. Die Laufzeit des Projekts beträgt 18 Monate (März 2016 bis August 2017).

Haben Sie Fragen?

Wir stehen Ihnen unter untenstehenden Kontaktdaten gerne für Fragen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen



i. A. Laura Sulzer (Tel. +49 761 766 11 64-811, E-Mail: laura.sulzer@prognos.com)

[1] Die Bewertung, ob es sich um ein innovatives Angebot handelt, sollte von den Einrichtungen/Institutionen selbst vorgenommen werden. Grundsätzlich wurden Angebote gesucht, die besondere noch nicht ausreichend gedeckte Bedarfe der vulnerablen Gruppen adressieren oder dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren der vulnerablen Gruppen zu allgemeinen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu überwinden. Von besonderem Interesse waren dabei Angebote, die sich bislang noch nicht in der Breite durchgesetzt haben.

4.2 Fragebogen zweite Befragung (Los 1)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Folgenden stellen wir Ihnen ein paar Fragen, um Ihr Angebot besser kennenzulernen. Der Fokus liegt dabei auf Angeboten, die sich an Menschen mit Pflegebedarf richten. Die Befragung dauert ungefähr 20 Minuten. Die gewonnenen Daten fließen in zusammengefasster Form in einen Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit ein, wobei keine namentliche oder örtliche Nennung der Angebote erfolgt.

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

0%

Zielgruppe(n)

Welche der drei nachfolgenden Zielgruppen nutzen Ihr Angebot?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- [ ] Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung
- [ ] Keine der genannten Gruppen

Welche der nachfolgenden Zielgruppen nutzt Ihr Angebot schwerpunktmäßig bzw. am häufigsten?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- ( ) Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-311 | laura.sulzer@prognos.com

7%

Allgemeine Angaben

Nennen Sie bitte den vollständigen Namen Ihres Angebots.

Nennen Sie bitte den Namen des Angebotsträgers bzw. der Angebotsträger.

Angebotsträger (1):

Angebotsträger (2):

Angebotsträger (3):

Nennen Sie bitte Ihre Kontaktdaten bzw. die des zentralen Ansprechpartners oder der zentralen Ansprechpartnerin des Angebots.

Anrede:

Vorname:

Name:

Email:

Telefonnumer:

Inwieweit ist das Angebot verbreitet?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- Regional
- Überregional
- Es handelt sich um ein Einzelangebot.

Bitte geben Sie bis zu drei PLZ an, an denen das Angebot verortet ist.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

PLZ:

PLZ:

PLZ:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

15%

Leistungsbereich

Welche Leistungsbereiche werden durch Ihr Angebot abgedeckt?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- [ ] Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- [ ] Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- [ ] Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- [ ] Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)

Gibt es weitere Leistungsbereiche?

Leistungsbereich (1):

Leistungsbereich (2):

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

23%

Leistungsbereich (Schwerpunkt)

Welcher Leistungsbereich wird durch Ihr Angebot schwerpunktmäßig abgedeckt?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- ( ) Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- ( ) Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- ( ) Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- ( ) Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- ( ) Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

30%

Strukturdaten

Ist Ihr Angebot Teil der Regelversorgung im Sinne der Sozialgesetzgebung (SGB)?

Bitte wählen Sie maximal eine Antwort.

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Teilweise, nämlich:

Wie viele Personen (Haupt- und Ehrenamt) sind im Rahmen Ihres Angebots insgesamt tätig?

Und wie verteilen sich die Mitarbeitenden anteilig auf Haupt- und Ehrenamt?

Die Summe muss gleich 100 sein.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

hauptamtlich Mitarbeitende: Prozent

ehrenamtlich Mitarbeitende: Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

Bitte schätzen Sie die Anteile in Prozent.

Wurde Ihr Angebot bzw. das zugrunde liegende Konzept (wissenschaftlich) evaluiert oder zertifiziert?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Wurde (wissenschaftlich) evaluiert
- [ ] Ist zertifiziert
- [ ] Beides trifft nicht zu

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

38%

Nutzerdaten I

Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl an Nutzerinnen und Nutzer, welche Ihr Angebot in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben.

Wie viele ältere pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund, nutzen Ihr Angebot?

Beziehen Sie sich bitte dabei auf die letzten 12 Monate.

► Bei Angeboten, die nicht von den Pflegebedürftigen selbst, sondern von deren Angehörigen genutzt werden (z.B. Beratungsangebot der Pflegestützpunkte), bitten wir Sie, Ihre Angaben auf die Pflegebedürftigen zu beziehen.

Bitte schätzen Sie nachfolgend den jeweiligen Anteil an Nutzerinnen und Nutzern.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Frauen:		Prozent
Menschen mit Demenz:		Prozent
Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die deutliche Schwierigkeiten haben, sich in deutscher Sprache auszudrücken und die deutsche Sprache zu verstehen:		Prozent
Menschen mit einem *Migrationshintergrund*, d. h. Personen, die selbst nach 1949 ins heutige Bundesgebiet zugewandert sind oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen:		Prozent

Bitte schätzen Sie die Anteile in Prozent

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

46%

Nutzerdaten II

Wie viele Pflegebedürftige nutzen Ihr Angebot?

Und wie verteilen sich diese auf die einzelnen Pflegestufen?

Die Summe muss gleich 100 sein

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Pflegestufe 0:		Prozent
Pflegestufe 1:		Prozent
Pflegestufe 2:		Prozent
Pflegestufe 3 (inkl. Härtefälle):		Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

Bitte schätzen Sie die Anteile in Prozent

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

53%

Innovationscharakter

Bitte beschreiben Sie Ihr Angebot kurz inhaltlich und stellen Sie dabei insbesondere die innovativen Aspekte Ihres Angebots dar:

Die Bewertung, ob es sich um ein innovatives Angebot handelt, soll von Ihnen selbst vorgenommen werden. An dieser Stelle soll lediglich der Hinweis erfolgen, dass grundsätzlich Angebote gesucht werden, die besondere und noch nicht ausreichend gedeckte Bedarfe vulnerabler Gruppen adressieren oder dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren vulnerabler Gruppen zu allgemeinen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu überwinden. Von besonderem Interesse sind Angebote, die sich bislang noch nicht in der Breite durchgesetzt haben.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

61%

Bedarfe

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] (Zielgruppenspezifische) Pflege und Unterstützung im häuslichen Umfeld
- [ ] Zielgruppenspezifische stationäre Pflege
- [ ] Zielgruppenspezifische niedrigschwellige Betreuung
- [ ] Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit
- [ ] (Aufsuchende) zielgruppenspezifische persönliche Information und Beratung
- [ ] Unterstützung bei der Organisation von Hilfe
- [ ] Berücksichtigung kultureller und/oder religiöser Unterschiede
- [ ] Berücksichtigung sprachlicher Unterschiede

Gibt es weitere spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe?

1:

2:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

69%

Bedarfsdeckung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

(Zielgruppenspezifische) Pflege und Unterstützung im häuslichen Umfeld

Zielgruppenspezifische stationäre Pflege

Zielgruppenspezifische niedrigschwellige Betreuung

Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit

(Aufsuchende) zielgruppenspezifische persönliche Information und Beratung

Unterstützung bei der Organisation von Hilfe

Berücksichtigung kultureller und/oder religiöser Unterschiede

Berücksichtigung sprachlicher Unterschiede

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

76%

Zugangsbarrieren

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund spezifische Zugangsbarrieren haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Bekanntheit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Öffentlichkeitsarbeit nutzt die falschen Kanäle/Medien
- [ ] Fehlende Kooperation mit Migrantenorganisationen
- [ ] Mangelnde aufsuchende Information

Verständlichkeit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Mangelnde muttersprachliche/mehrsprachige sowie kultursensible Öffentlichkeitsarbeit
- [ ] Geringe Sprach- und Kommunikationskompetenz der Zielgruppe
- [ ] Wissensdefizite der Zielgruppe bezüglich des Versorgungssystems

Zugänglichkeit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Mangelnde Unterstützung/Begleitung bei der Beantragung
- [ ] Mangel an kultursensiblen Angeboten
- [ ] Mangelnde Partizipation der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung

Personal

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zu wenig mutter-/mehrsprachiges Personal
- [ ] Zu wenig interkulturell geschultes Personal
- [ ] Zu wenig Personal mit gleichem kulturellen oder religiösen Hintergrund

Finanzierung

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten
- [ ] Nichtabrechenbarkeit spezifischer Leistungen über den Leistungskatalog der Regelversorgung

Persönliche Motive

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Vorbehalte der Zielgruppe gegenüber deutschen Institutionen (u.a. aufgrund diskriminierender Erfahrungen)
- [ ] Zielgruppe sieht Pflege und Unterstützung als Familienaufgabe
- [ ] Besondere religiös und kulturell bedingte Pflegeerwartungen
- [ ] Zielgruppe befürchtet einen Wegfall des Pflegegelds

Gibt es weitere Zugangsbarrieren?

1:

2:

3:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

84%

Überbrückung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Öffentlichkeitsarbeit nutzt die falschen Kanäle/Medien

Fehlende Kooperation mit Migrantenorganisationen

Mangelnde aufsuchende Information

Mangelnde muttersprachliche/mehrsprachige sowie kultursensible Öffentlichkeitsarbeit

Geringe Sprach- und Kommunikationskompetenz der Zielgruppe

Wissensdefizite der Zielgruppe bezüglich des Versorgungssystems

Mangelnde Unterstützung/Begleitung bei der Beantragung

Mangel an kultursensiblen Angeboten

Mangelnde Partizipation der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung

Zu wenig mutter-/mehrsprachiges Personal

Zu wenig interkulturell geschultes Personal

Zu wenig Personal mit gleichem kulturellen oder religiösen Hintergrund

Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten

Nichtabrechenbarkeit spezifischer Leistungen über den Leistungskatalog der Regelversorgung

Vorbehalte der Zielgruppe gegenüber deutschen Institutionen (u.a. aufgrund diskriminierender Erfahrungen)

Zielgruppe sieht Pflege und Unterstützung als Familienaufgabe

Besondere religiös und kulturell bedingte Pflegeerwartungen

Zielgruppe befürchtet einen Wegfall des Pflegegelds

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

92%

Handlungsempfehlungen

Welche (übergreifenden) Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um eine fachgerechte Versorgung der Zielgruppe zu gewährleisten?

4.3 Fragebogen zweite Befragung (Los 2)

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Folgenden stellen wir Ihnen ein paar Fragen, um Ihr Angebot besser kennenzulernen. Der Fokus liegt dabei auf Angeboten, die sich an Menschen mit Pflegebedarf richten. Die Befragung dauert ungefähr 20 Minuten. Die gewonnenen Daten fließen in zusammengefasster Form in einen Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit ein, wobei keine namentliche oder örtliche Nennung der Angebote erfolgt.

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

0%

Zielgruppe(n)

Welche der drei nachfolgenden Zielgruppen nutzen Ihr Angebot?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- [ ] Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung
- [ ] Keine der genannten Gruppen

Welche der nachfolgenden Zielgruppen nutzt Ihr Angebot schwerpunktmäßig bzw. am häufigsten?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- ( ) Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

7%

Allgemeine Angaben

Nennen Sie bitte den vollständigen Namen Ihres Angebots.

Nennen Sie bitte den Namen des Angebotsträgers bzw. der Angebotsträger.

Angebotsträger (1):

Angebotsträger (2):

Angebotsträger (3):

Nennen Sie bitte Ihre Kontaktdaten bzw. die des zentralen Ansprechpartners oder der zentralen Ansprechpartnerin des Angebots.

Anrede:

Vorname:

Name:

Email:

Telefonnumer:

Inwieweit ist das Angebot verbreitet?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- Regional
- Überregional
- Es handelt sich um ein Einzelangebot.

Bitte geben Sie bis zu drei PLZ an, an denen das Angebot verortet ist.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

PLZ:

PLZ:

PLZ:

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

15%

Leistungsbereich

Welche Leistungsbereiche werden durch Ihr Angebot abgedeckt?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- [ ] Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- [ ] Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- [ ] Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- [ ] Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)

Gibt es weitere Leistungsbereiche?

Leistungsbereich (1):

Leistungsbereich (2):

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

23%

Leistungsbereich (Schwerpunkt)

Welcher Leistungsbereich wird durch Ihr Angebot schwerpunktmäßig abgedeckt?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

30%

Strukturdaten

Ist Ihr Angebot Teil der Regelversorgung im Sinne der Sozialgesetzgebung (SGB)?

Bitte wählen Sie maximal eine Antwort.

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Teilweise, nämlich:

Wie viele Personen (Haupt- und Ehrenamt) sind im Rahmen Ihres Angebots insgesamt tätig?

Und wie verteilen sich die Mitarbeitenden anteilig auf Haupt- und Ehrenamt?

Die Summe muss gleich 100 sein.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

hauptamtlich Mitarbeitende:		Prozent
ehrenamtlich Mitarbeitende:		Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

*Bitte schätzen Sie die Anteile in **Prozent**.*

Wurde Ihr Angebot bzw. das zugrunde liegende Konzept (wissenschaftlich) evaluiert oder zertifiziert?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Wurde (wissenschaftlich) evaluiert
- [ ] Ist zertifiziert
- [ ] Beides trifft nicht zu

Von wem und wann wurde das Angebot bzw. das zugrunde liegende Konzept evaluiert?

Institution:

Jahr:

In welchem Rahmen und wann wurde das Angebot zertifiziert?

Zertifizierung:

Jahr:

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

38%

Nutzerdaten I

Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl an Nutzerinnen und Nutzer, welche Ihr Angebot in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben.

Wie viele ältere armutsgefährdeten pflegebedürftigen Menschen, die allein leben, nutzen Ihr Angebot?

Beziehen Sie sich bitte dabei auf die letzten 12 Monate.

► Bei Angeboten, die nicht von den Pflegebedürftigen selbst, sondern von deren Angehörigen genutzt werden (z.B. Beratungsangebot der Pflegestützpunkte), bitten wir Sie, Ihre Angaben auf die Pflegebedürftigen zu beziehen.

Bitte schätzen Sie nachfolgend den jeweiligen Anteil an Nutzerinnen und Nutzern.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Frauen:		Prozent
Menschen mit Demenz:		Prozent
Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die deutliche Schwierigkeiten haben, sich in deutscher Sprache auszudrücken und die deutsche Sprache zu verstehen:		Prozent
Menschen mit einem *Migrationshintergrund*, d. h. Personen, die selbst nach 1949 ins heutige Bundesgebiet zugewandert sind oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen:		Prozent

*Bitte schätzen Sie die Anteile in **Prozent***

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

46%

Nutzerdaten II

Wie viele Pflegebedürftige nutzen Ihr Angebot?

Und wie verteilen sich diese auf die einzelnen Pflegestufen?

Die Summe muss gleich 100 sein

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Pflegestufe 0:		Prozent
Pflegestufe 1:		Prozent
Pflegestufe 2:		Prozent
Pflegestufe 3 (inkl. Härtefälle):		Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

53%

Innovationscharakter

Bitte beschreiben Sie Ihr Angebot kurz inhaltlich und stellen Sie dabei insbesondere die innovativen Aspekte Ihres Angebots dar:

Die Bewertung, ob es sich um ein innovatives Angebot handelt, soll von Ihnen selbst vorgenommen werden. An dieser Stelle soll lediglich der Hinweis erfolgen, dass grundsätzlich Angebote gesucht werden, die besondere und noch nicht ausreichend gedeckte Bedarfe vulnerabler Gruppen adressieren oder dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren vulnerabler Gruppen zu allgemeinen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu überwinden. Von besonderem Interesse sind Angebote, die sich bislang noch nicht in der Breite durchgesetzt haben.

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

61%

Bedarfe

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben, spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] (Niedrigschwellige) Versorgung (auch) bei geringem Versorgungsbedarf
- [ ] Sicherstellung der geriatrischen Versorgungsqualität (Medikamentenversorgung, Arztbesuche)
- [ ] Beziehungspflege/-arbeit
- [ ] Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte (z. B. Besuchsdienst)
- [ ] Aufsuchende Beratung zur pflegerischen Versorgung
- [ ] Zielgruppenspezifisches Beratungsangebot zur pflegerischen Versorgung, Case Management
- [ ] Erhöhung der Mobilität in der eigenen Wohnung (z.B. barrierefreies Wohnen)
- [ ] Erhöhung der Mobilität in der Wohnumgebung (z.B. Hol- und Bringdienste)

Gibt es weitere spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe?

1:

2:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

69%

Bedarfsdeckung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

(Niedrigschwellige) Versorgung (auch) bei geringem Versorgungsbedarf

Sicherstellung der geriatrischen Versorgungsqualität (Medikamentenversorgung, Arztbesuche)

Beziehungspflege/-arbeit

Unterstützung bei der Pflege sozialer Kontakte (z. B. Besuchsdienst)

Aufsuchende Beratung zur pflegerischen Versorgung

Zielgruppenspezifisches Beratungsangebot zur pflegerischen Versorgung, Case Management

Erhöhung der Mobilität in der eigenen Wohnung (z.B. barrierefreies Wohnen)

Erhöhung der Mobilität in der Wohnumgebung (z.B. Hol- und Bringdienste)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

76%

Zugangsbarrieren

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben, spezifische Zugangsbarrieren haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Bekanntheit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Das Angebot ist der Zielgruppe nicht bekannt
- [ ] Öffentlichkeitsarbeit nutzt die falschen Kanäle/Medien
- [ ] Es gibt keine aufsuchende Beratung

Verständlichkeit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Die Informationen zum Angebot sind für die Zielgruppe nur schwer verständlich
- [ ] Wissensdefizite der Zielgruppe bezüglich des Versorgungssystems

Zugänglichkeit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Eingeschränkte Mobilität
- [ ] Keine ausreichende Unterstützung (auch privat, familiär) bei der Beantragung/beim Antragsprozess
- [ ] Mangelnde Partizipation der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung

Personal

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zu wenig Mitarbeiter insgesamt
- [ ] Zu wenig hauptamtliche Mitarbeiter

Finanzierung

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten
- [ ] Nichtabrechenbarkeit spezifischer Leistungen über den Leistungskatalog der Regelversorgung

Persönliche Motive

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Scham/Hemmungen vor der Inanspruchnahme externer Hilfen
- [ ] Resignation

Schnittstellen

- [ ] Mangelhafte Verknüpfung der Primärversorgung (z.B. Hausarzt, Krankenhausaufenthalt) und der Langzeitversorgung

Gibt es weitere Zugangsbarrieren?

1:

2:

3:

4:

5:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

84%

Überbrückung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Das Angebot ist der Zielgruppe nicht bekannt

Öffentlichkeitsarbeit nutzt die falschen Kanäle/Medien

Es gibt keine aufsuchende Beratung

Die Informationen zum Angebot sind für die Zielgruppe nur schwer verständlich

Wissensdefizite der Zielgruppe bezüglich des Versorgungssystems

Eingeschränkte Mobilität

Keine ausreichende Unterstützung (auch privat, familiär) bei der Beantragung/beim Antragsprozess

Mangelnde Partizipation der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung

Zu wenig Mitarbeiter insgesamt

Zu wenig hauptamtliche Mitarbeiter

Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten

Nichtabrechenbarkeit spezifischer Leistungen über den Leistungskatalog der Regelversorgung

Scham/Hemmungen vor der Inanspruchnahme externer Hilfen

Resignation

Mangelhafte Verknüpfung der Primärversorgung (z.B. Hausarzt, Krankenhausaufenthalt) und der Langzeitversorgung

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

92%

Handlungsempfehlungen

Welche (übergreifenden) Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um eine fachgerechte Versorgung der Zielgruppe zu gewährleisten?

4.4 Fragebogen zweite Befragung (Los 3)

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

im Folgenden stellen wir Ihnen ein paar Fragen, um Ihr Angebot besser kennenzulernen. Der Fokus liegt dabei auf Angeboten, die sich an Menschen mit Pflegebedarf richten. Die Befragung dauert ungefähr 20 Minuten. Die gewonnenen Daten fließen in zusammengefasster Form in einen Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit ein, wobei keine namentliche oder örtliche Nennung der Angebote erfolgt.

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

0%

Zielgruppe(n)

Welche der drei nachfolgenden Zielgruppen nutzen Ihr Angebot?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- [ ] Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- [ ] Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung
- [ ] Keine der genannten Gruppen

Welche der nachfolgenden Zielgruppen nutzt Ihr Angebot schwerpunktmäßig bzw. am häufigsten?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund
- ( ) Ältere armutsgefährdete pflegebedürftige Menschen, die allein leben
- ( ) Ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

7%

Allgemeine Angaben

Nennen Sie bitte den vollständigen Namen Ihres Angebots.

Nennen Sie bitte den Namen des Angebotsträgers bzw. der Angebotsträger.

Angebotsträger (1):

Angebotsträger (2):

Angebotsträger (3):

Nennen Sie bitte Ihre Kontaktdaten bzw. die des zentralen Ansprechpartners oder der zentralen Ansprechpartnerin des Angebots.

Anrede:

Vorname:

Name:

Email:

Telefonnumer:

Inwieweit ist das Angebot verbreitet?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- Regional
- Überregional
- Es handelt sich um ein Einzelangebot.

Bitte geben Sie bis zu drei PLZ an, an denen das Angebot verortet ist.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

PLZ:

PLZ:

PLZ:

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

15%

Leistungsbereich

Welche Leistungsbereiche werden durch Ihr Angebot abgedeckt?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- [ ] Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- [ ] Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- [ ] Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- [ ] Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Beratungsangebote)

Gibt es weitere Leistungsbereiche?

Leistungsbereich (1):

Leistungsbereich (2):

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

23%

Leistungsbereich (Schwerpunkt)

Welcher Leistungsbereich wird durch Ihr Angebot schwerpunktmäßig abgedeckt?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

- Pflege (z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft, kultursensible Pflege, Qualifizierung)
- Betreuung (alltagsunterstützende Maßnahmen, z.B. Begleitung zu Terminen, 24h-Betreuung)
- Teilhabe (z.B. am kulturellen/gemeinschaftlichen Leben, Freizeitgestaltung)
- Wohnen (z.B. Wohnformen, bauliche Anpassungen, Maßnahmen im Wohnumfeld/Quartier)
- Beratung (z.B. auch mehrsprachige oder barrierefreie (etwa leichte Sprache) Berstungsangebote)

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

30%

Strukturdaten

Ist Ihr Angebot Teil der Regelversorgung im Sinne der Sozialgesetzgebung (SGB)?

Bitte wählen Sie maximal eine Antwort.

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Teilweise, nämlich:

Wie viele Personen (Haupt- und Ehrenamt) sind im Rahmen Ihres Angebots insgesamt tätig?

Und wie verteilen sich die Mitarbeitenden anteilig auf Haupt- und Ehrenamt?

Die Summe muss gleich 100 sein.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

hauptamtlich Mitarbeitende: Prozent

ehrenamtlich Mitarbeitende: Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

*Bitte schätzen Sie die Anteile in **Prozent**.*

Wurde Ihr Angebot bzw. das zugrunde liegende Konzept (wissenschaftlich) evaluiert oder zertifiziert?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Wurde (wissenschaftlich) evaluiert
- [ ] Ist zertifiziert
- [ ] Beides trifft nicht zu

Von wem und wann wurde das Angebot bzw. das zugrunde liegende Konzept evaluiert?

Institution:

Jahr:

In welchem Rahmen und wann wurde das Angebot zertifiziert?

Zertifizierung:

Jahr:

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

38%

Nutzerdaten I

Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl an Nutzerinnen und Nutzer, welche Ihr Angebot in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben.

Wie viele ältere pflegebedürftigen Menschen mit (geistiger) Behinderung, nutzen Ihr Angebot?

Beziehen Sie sich bitte dabei auf die letzten 12 Monate.

► Bei Angeboten, die nicht von den Pflegebedürftigen selbst, sondern von deren Angehörigen genutzt werden (z.B. Beratungsangebot der Pflegestützpunkte), bitten wir Sie, Ihre Angaben auf die Pflegebedürftigen zu beziehen.

Bitte schätzen Sie nachfolgend den jeweiligen Anteil an Nutzerinnen und Nutzern.

Nur Zahlen dürfen in diese Felder eingegeben werden.

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Frauen:	Prozent
Menschen mit Demenz:	Prozent
Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist und die deutliche Schwierigkeiten haben, sich in deutscher Sprache auszudrücken und die deutsche Sprache zu verstehen:	Prozent
Menschen mit *lebensbegleitender Behinderung*:	Prozent
Menschen mit einem *Migrationshintergrund*, d. h. Personen, die selbst nach 1949 ins heutige Bundesgebiet zugewandert sind oder eine nichtdeutsche Staatsangehörigkeit besitzen:	Prozent

*Bitte schätzen Sie die Anteile in **Prozent***

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

46%

Nutzerdaten II

Wie viele Pflegebedürftige nutzen Ihr Angebot?

Und wie verteilen sich diese auf die einzelnen Pflegestufen?

Die Summe muss gleich 100 sein

Jede Antwort muss zwischen 0 und 100 sein

Nur ganzzahlige Werte können in diese Felder eingegeben werden.

Pflegestufe 0:		Prozent
Pflegestufe 1:		Prozent
Pflegestufe 2:		Prozent
Pflegestufe 3 (inkl. Härtefälle):		Prozent

Verbleibend: 100 Prozent

Gesamt: 0 Prozent

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

53%

Innovationscharakter

Bitte beschreiben Sie Ihr Angebot kurz inhaltlich und stellen Sie dabei insbesondere die innovativen Aspekte Ihres Angebots dar:

Die Bewertung, ob es sich um ein innovatives Angebot handelt, soll von Ihnen selbst vorgenommen werden. An dieser Stelle soll lediglich der Hinweis erfolgen, dass grundsätzlich Angebote gesucht werden, die besondere und noch nicht ausreichend gedeckte Bedarfe vulnerabler Gruppen adressieren oder dazu beitragen, bestehende Zugangsbarrieren vulnerabler Gruppen zu allgemeinen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu überwinden. Von besonderem Interesse sind Angebote, die sich bislang noch nicht in der Breite durchgesetzt haben.

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

61%

Bedarfe

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Barrierefreies Wohnen/Wohnumfeld
- [ ] Unterstützung bei der Lebens- und Haushaltsführung
- [ ] Tagesstrukturierendes Angebot
- [ ] Unterstützung bei der sozialen Teilhabe
- [ ] Zielgruppenspezifische Informationen und Beratung
- [ ] Zielgruppenspezifische ambulante Pflege
- [ ] Zielgruppenspezifische stationäre Pflege
- [ ] Ermöglichung des Alterns in einer bedürfnisgerechten Umgebung
- [ ] Barrierefreie und zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote
- [ ] Betreutes Wohnen mit pflegerischer Versorgung
- [ ] Unterstützung der familiären Pflege und Betreuung
- [ ] Unterstützung des selbstständigen Wohnens bei Pflegebedarf

Gibt es weitere spezifische Pflege- und Unterstützungsbedarfe?

1:

2:

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

69%

Bedarfsdeckung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Bedarfe durch Ihr Angebot gedeckt werden.

Barrierefreies Wohnen/Wohnumfeld

Unterstützung bei der Lebens- und Haushaltsführung

Tagesstrukturierendes Angebot

Unterstützung bei der sozialen Teilhabe

Zielgruppenspezifische Informationen und Beratung

Zielgruppenspezifische ambulante Pflege

Zielgruppenspezifische stationäre Pflege

Ermöglichung des Alterns in einer bedürfnisgerechten Umgebung

Barrierefreie und zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote

Betreutes Wohnen mit pflegerischer Versorgung

Unterstützung der familiären Pflege und Betreuung

Unterstützung des selbstständigen Wohnens bei Pflegebedarf

prognos

PFLEGE- UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARF VULNERABLER GRUPPEN

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

76%

Zugangsbarrieren

Unsere Recherche hat ergeben, dass ältere pflegebedürftige Menschen mit (geistiger) Behinderung spezifische Zugangsbarrieren haben. Diese sind im Folgenden aufgeführt. Bitte geben Sie an, welche Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Bekanntheit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Fehlende Information und Beratung
- [ ] Behindertenhilfe und Altenhilfe wissen zu wenig voneinander

Verständlichkeit

- [ ] Keine verständliche, barrierefreie Information und Beratung

Zugänglichkeit

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Keine Barrierefreiheit (Gebäude, Verkehrsmittel, Ausstattung)
- [ ] Angebote werden Bedürfnissen der Zielgruppe nicht gerecht
- [ ] Angebote sind schwer erreichbar
- [ ] Fehlendes Unterstützungsnetz zur Ergänzung professioneller Unterstützungsleistungen

Personal

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zu wenig Mitarbeiter insgesamt
- [ ] Fehlendes Bewusstsein der Mitarbeiter für altersspezifische Beeinträchtigungen/Erkrankungen
- [ ] Fehlende Kompetenzen zu Pflege und Alter (aufgrund der gegebenen Personalstruktur/Qualifikationen)
- [ ] Fehlende Kompetenzen von Pflegepersonal zu Behinderungen

Finanzierung

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten
- [ ] Keine ausreichende Finanzierung von Pflegeleistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- [ ] Keine ausreichende Finanzierung von tagesstrukturierenden Angeboten bzw. sozialer Teilhabe in Einrichtungen der Altenpflege

Persönliche Voraussetzungen und Motive

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- [ ] Körperlich, geistig und psychische bedingte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten
- [ ] Beeinträchtigungen bei der sozialen Teilhabe

Schnittstellen

- [ ] Probleme bei der Abstimmung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung

Gibt es weitere Zugangsbarrieren?

1:

2:

3:

4:

5:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

84%

Überbrückung

Bitte geben Sie an, wie die genannten Zugangsbarrieren durch Ihr Angebot überbrückt werden.

Fehlende Information und Beratung

Behindertenhilfe und Altenhilfe wissen zu wenig voneinander

Keine verständliche, barrierefreie Information und Beratung

Keine Barrierefreiheit (Gebäude, Verkehrsmittel, Ausstattung)

Angebote werden Bedürfnissen der Zielgruppe nicht gerecht

Angebote sind schwer erreichbar

Fehlendes Unterstützungsnetz zur Ergänzung professioneller Unterstützungsleistungen

Zu wenig Mitarbeiter insgesamt

Fehlendes Bewusstsein der Mitarbeiter für altersspezifische Beeinträchtigungen/Erkrankungen

Fehlende Kompetenzen der Mitarbeiter zu Pflege und Alter (aufgrund der gegebenen Personalstruktur/Qualifikationen)

Fehlende Kompetenzen von Pflegepersonal zu Behinderungen

Zielgruppe kann sich das Angebot nicht leisten

Keine ausreichende Finanzierung von Pflegeleistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Keine ausreichende Finanzierung von tagesstrukturierenden Angeboten bzw. sozialer Teilhabe in Einrichtungen der Altenpflege

Körperlich, geistig und psychische bedingte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten

Beeinträchtigungeb bei der sozialen Teilhabe

Probleme bei der Abstimmung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Laura Sulzer | Tel: +49 761 7661164-811 | laura.sulzer@prognos.com

92%

Handlungsempfehlungen

Welche (übergreifenden) Maßnahmen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um eine fachgerechte Versorgung der Zielgruppe zu gewährleisten?

5 Losübergreifender Gesprächsleitfäden Fachgespräche

Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter „vulnerabler Gruppen“

Leitfaden Fachgespräch

Informationen zum Gesprächspartner

Welche fachlichen Schnittstellen haben Sie mit innovativen Pflege- und Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe?

Allgemeine Bedarfslagen und spezifische Bedarfe der Zielgruppe

Was sind die zentralen Bedarfslagen der Zielgruppe allgemein / spezieller Personengruppen innerhalb der Zielgruppe und warum sind diese relevant? Was sind konkrete Bedarfe?

Bedarfsdeckung

Welche Bedarfe werden in den bestehenden Pflege- und Unterstützungsangeboten (der Regelversorgung) bereits relativ umfassend und welche derzeit noch unzureichend berücksichtigt? Welche Konsequenzen hat die Unter- und ggf. Fehlversorgung für die Lebenssituation der Zielgruppe?

Zugangsbarrieren: Identifikation und Handlungsansätze zu deren Überwindung

Was sind strukturelle und individuelle Zugangsbarrieren zu den bestehenden Angeboten? Wie sollten bestehende Zugangsbarrieren überwunden bzw. bestehende Angebotslücken geschlossen werden?

Abschließende Fragen / Zusammenfassung

Was sind die zentralen Bedarfslagen / Bedarfe? Welche dieser Bedarfe werden bereits (von der Regelversorgung) abgedeckt und welche nicht? Was sind die zentralen Zugangsbarrieren? Gibt es ein herausragendes Angebot, das einen wichtigen Bedarf innovativ aufgreift? Was sind Handlungsansätze, innovative Angebote zu ermöglichen und Zugangsbarrieren abzubauen?

Freiburg, 29.06.2016

6 Losübergreifender Gesprächsleitfäden Vor-Ort-Besuche

Vor-Ort-Termine bei ausgewählten Angeboten: Beteiligte Akteure und Themen

Im Rahmen von Vor-Ort-Besuchen soll gemeinsam mit den Initiatoren der Angebote, Mitarbeitenden sowie Angehörigen in Gesprächen detailliert herausgearbeitet werden, welche Merkmale das Angebot zu einer besonders zielgruppengerechten Unterstützung machen und wie das Angebot ggf. auf die Fläche übertragen werden könnte. Nach Möglichkeit sollen auch Gespräche mit Selbstbetroffenen geführt werden.

Im Rahmen des Gesprächs werden die im Rahmen der schriftlichen Befragung bereits erfassten Strukturdaten zum Angebot (z. B. Anzahl der Nutzer) ggf. noch einmal thematisiert, falls diese aus Sicht von Prognos Unstimmigkeiten aufweisen bzw. klärungsbedürftig sind. Zudem sind bei den Vor-Ort-Besuchen weitere tiefergehende Informationen zum Angebot von Interesse, insbesondere auch dessen konkrete Umsetzung in der Praxis.

Im Folgenden sind die zentralen Gesprächsthemen sowie die entsprechende Zielgruppe der jeweiligen Fragen zusammenfassend dargestellt:

Zentrale Themen und Fragen	Zielgruppe der Fragen		
	Träger	Mitarbeitende	Nutzer
Zielgruppenspezifität Warum ist das Angebot besonders für die Zielgruppe geeignet?	x	(x)	
Innovationscharakter Was macht das Angebot zu einem besonders innovativen Angebot?	x	(x)	
Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteuren Wird das Angebot in Kooperation mit anderen Akteuren betrieben? Zu welchem Zweck und in welcher Form erfolgt die Kooperation?	x		
Regelversorgung Welche Leistungen Ihres Angebots sind Teil der Regelversorgung? Wenn Leistungen nicht Teil der Regelversorgung sind, wie werden diese refinanziert?	x		
Übertragbarkeit Lässt sich das Angebot übertragen bzw. multiplizieren (z. B. in andere Regionen, auf andere Nutzergruppen etc.)?	x		
Nachhaltigkeit Ist die Nachhaltigkeit, d.h. der langfristige Fortbestand des Angebots sichergestellt (Wirtschaftlichkeit, Personalausstattung etc.)?	x		
Nutzerperspektive Was gefällt Ihnen besonders gut an dem Angebot? Warum nutzen Sie gerade dieses Angebot?			x

Quelle: Prognos AG 2017

7 Losübergreifendes Konzept Expertenworkshop

Konzept für die losspezifischen Expertenworkshops im Rahmen des Projekts „Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen“

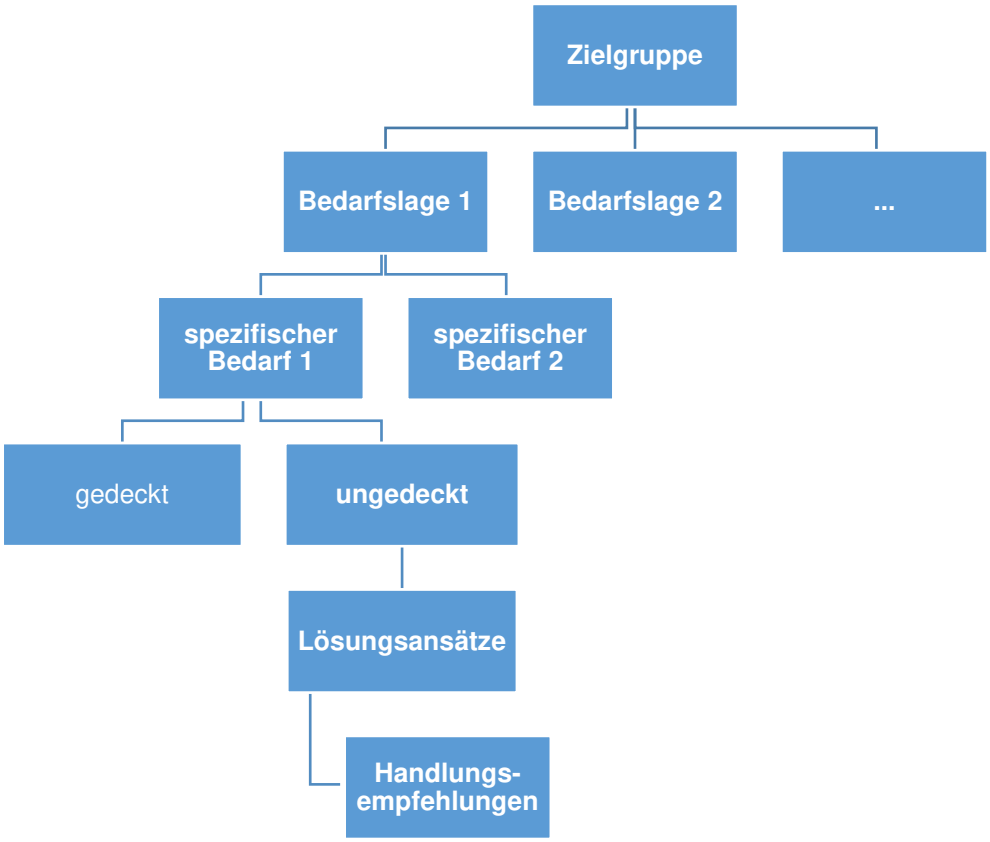
(Stand: 04.04.2017)

Im Rahmen des Projekts „Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen“ finden im Mai 2017 losspezifische[1] Expertenworkshops statt. Im Folgenden soll das Konzept, das die Prognos für die Workshops entwickelt hat, vorgestellt werden.

Für den Expertenworkshop nutzen wir die folgenden Begrifflichkeiten:

- Bedarfslagen[2] (z. B. Ermöglichung von Mobilität)
- spezifische Bedarfe[3] (z. B. Verfügbarkeit von Transportmitteln)
- gedeckte/ungedeckte Bedarfe
- Lösungsansätze (z. B. Einrichtung kostenloser/-günstiger Fahrdienste im Quartier)
- Handlungsempfehlungen (z. B. Umsetzung auf kommunaler Ebene, Beispiel aus der Praxis: Mobilitätshilfedienste in Berlin, Einsatz von Ehrenamtlichen etc.)
- Der Begriff der „Zugangsbarriere“ aus den Zwischenberichten entfällt. Wir sprechen stattdessen allgemein von Problemen/Barrieren.

→ Im Zentrum stehen die aufgrund von Barrieren/Problemen **nicht gedeckten spezifischen Bedarfe.**



1 Los 1: Ältere pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund; Los 2: Ältere pflegebedürftige Menschen, die armutsgefährdet sind und alleine leben; Los 3: Ältere pflegebedürftige Menschen mit einer Behinderung

2 Als Bedarfslagen werden im Folgenden die allgemeinen Umstände verstanden, die sich aus der spezifischen Lebenssituation der Zielgruppe ergeben. Ist die Zielgruppe beispielsweise aufgrund körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Mobilität eingeschränkt, besteht die allgemeine Bedarfslage in der Ermöglichung von Mobilität.

3 Spezifische Bedarfe werden hingegen als konkretere, angebotsbezogene Ansprüche der Zielgruppe verstanden. Mit Blick auf die geschilderten Mobilitätseinschränkungen wäre dies beispielsweise der Bedarf an verfügbaren Transportmitteln.

Zeitplan für die losspezifischen Workshops:

Zeitraum	Inhalt	Beteiligte Personen
10.30 – 10.45	Begrüßung Kurze Vorstellungsrunde	Prognos (ggf. auch BMG) alle[4]
10.45 – 11.00	Kurze Vorstellung des Projekts „Vulnerable Gruppen“ (inkl. Ziele des Workshops)	Prognos
11.00 – 12.00	**Block 1: „Spezifische Bedarfe“** Präsentation der spezifischen (ungedeckten) Bedarfe → **Tabelle 1** Diskussion & Ergänzung Priorisierung	 Prognos alle Experten
12.00 – 12.45	**Mittagspause** *Vorbereitung Block 2a auf Basis priorisierter spezifischer Bedarfe*	 *Prognos*
12.45 – 14.30	**Block 2a: „Lösungsansätze“** Präsentation der Lösungsansätze (Ampeln bzgl. Wirksamkeit & Machbarkeit, ggf. „umschalten“) → **Tabelle 2** Diskussion & Ergänzung Ggf. Priorisierung	 Prognos alle Experten
14.30-14.45	**Kaffeepause** *Vorbereitung Block 2b auf Basis identifizierter relevanter (ggf. priorisierter) Lösungsansätze*	 *Prognos*
14.45-16.15	**Block 2b: „Handlungsempfehlungen“** Entwicklung & Ausarbeitung von Handlungsempfehlungen → **Tabelle 3**	 alle
16.15-16.30	Abschluss und Verabschiedung	Prognos (ggf. auch BMG)

[4] Da dem BMG im Rahmen des Workshops eine passive Rolle zukommt, sind mit der Abgrenzung „alle“ die Moderatoren der Prognos und die teilnehmenden Experten gemeint.

Tabelle 1: Spezifische (ungedeckte) Bedarfe

Die Teilnehmenden erhalten bereits vorab eine Liste der von Prognos im Rahmen der bisherigen Untersuchung identifizierten ungedeckten Bedarfe zur Vorbereitung auf den Workshop.

- Prognos präsentiert die im Rahmen der bisherigen Untersuchung identifizierten ungedeckten spezifischen Bedarfe der Zielgruppe in Form der untenstehenden Tabelle.
- Die Experten diskutieren darüber und ergänzen ggf. spezifische ungedeckte Bedarfe.
- Zum Abschluss: Priorisierung der spezifischen Bedarfe durch die Experten („Punkten“).

Spezifische Bedarfe	**Betroffener Personenkreis innerhalb der Zielgruppe**		**Räumliche Verortung der Bedarfe**		
	Alle	**Nur Teilgruppe**	**Generell**	**Städtisch**	**Ländlich**
z. B. Verfügbarkeit von Transportmitteln	x		x		
Bedarf 2		x (Frauen)		x	
Bedarf 3		x (Demenzkranke)			x
…					

Tabelle 2: Lösungsansätze

Die Teilnehmenden erhalten bereits vorab eine Liste der von Prognos im Rahmen der bisherigen Untersuchung identifizierten Lösungsansätze zur Vorbereitung auf den Workshop. Prognos filtert zudem vorab diejenigen Lösungsansätze aus der bisherigen Untersuchung heraus, die zu „exotisch“ bzw. „irrelevant“ sind. Im Rahmen des Workshops werden nur die von den Experten priorisierten spezifischen und ungedeckten Bedarfe (siehe oben) betrachtet.

- Prognos präsentiert Lösungsansätze (stichwortartig) für die priorisierten Bedarfe und bewertet sie nach den Kriterien Wirksamkeit[5] und Realisierbarkeit[6] (über ein Ampelsystem mit den Abstufungen: hoch, mittel und gering).
- Die Lösungsansätze sollen mit Beispielen aus der Praxis veranschaulicht werden (u. a. Erkenntnisse aus Vor-Ort-Besuchen).
- Die Experten diskutieren darüber (ggf. werden die Ampeln von den Experten umgeschaltet) und ergänzen ggf. Lösungsansätze.
- Zur Erläuterung der Ampelbewertung werden die Pro- und Contra-Argumente der Experten für die entsprechenden Lösungsansätze in den Schlussbericht aufgenommen.
- Falls zum Schluss zu viele Lösungsansätze (grüne Ampel) vorhanden sind, werden von den Experten Lösungsansätze priorisiert (ggf. per Handzeichen).

5 Die verschiedenen Lösungsansätze werden hinsichtlich deren Wirkungsgrad zur Überwindung der ungedeckten Bedarfe bewertet.

6 Die Lösungsansätze sollen mehrheitsfähig, finanzierbar und praktikabel (kurz-/mittelfristig umsetzbar) sein.

Spezifische Bedarfe	Lösungsansätze
Bedarf 1	Lösungsansatz 1 (grüne Ampel): z. B. *Einrichtung kostenloser/-günstiger Fahrdienste im Quartier* Lösungsansatz 2 (rote Ampel)
Bedarf 3	Lösungsansatz 1 (orange Ampel)
…	

Tabelle 3: Handlungsempfehlungen

Es werden nur die auf grün gesetzten Lösungsansätze bzw. ggf. nur die von den Experten priorisierten Lösungsansätze zu Handlungsempfehlungen ausgearbeitet.

- Die Experten entwickeln gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen.
- Prognos steuert zur Veranschaulichung ggf. Praxisbeispiele aus der Befragung/ den Vor-Ort-Besuchen bei.
- Zentral ist, dass die Adressaten der Handlungsempfehlungen festgelegt werden (Politik, Verbände, Einrichtungen etc.). Wenn nicht das BMG direkt adressiert wird, soll ergänzend formuliert werden, was das BMG machen kann, damit die Handlungsempfehlung bspw. in Einrichtungen umgesetzt wird.
- Die Tabelle kann von den Experten um weitere Spalten/Kategorien ergänzt werden (z. B. Refinanzierung der Intervention).

Spezifische Bedarfe	Art der Intervention	Adressat	…
Bedarf 1	Ausformulierte Handlungsempfehlung *(Beispiel aus der Praxis: Mobilitätshilfedienste in Berlin)*	Kommune (Politik)	
…			