

Bericht
im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung
im Kreis Minden-Lübbecke



Kreis Minden-Lübbecke

Sozialamt

Dr. Christian Adam

Klaus Marschall

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW)	4
2.	Kommunale Pflegeplanung	5
3.	Demografie	7
3.1.	Allgemeine Eckdaten zum Kreis Minden-Lübbecke	7
3.2.	Bevölkerungsentwicklung	8
3.2.1.	Altersstruktur im Kreis Minden-Lübbecke	9
3.2.2.	Altersstrukturentwicklung Kreis Minden-Lübbecke, Regierungsbezirk Detmold und Land Nordrhein-Westfalen	12
3.2.3.	Die Altersstrukturentwicklung in den 11 Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke	14
3.3.	Weitere Einflussfaktoren	19
3.4.	Zusammenfassung	21
4.	Übersicht über die Pflegelandschaft im Kreis Minden-Lübbecke	23
4.1.	Allgemeine Informationen zur Pflegebedürftigkeit	23
4.2.	Häusliche Pflege durch Angehörige	28
4.3.	Ambulante Pflege durch Pflegedienste	33
4.4.	Tagespflege	39
4.5.	Kurzzeitpflege	42
4.6.	Vollstationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen	44
4.7.	Auswirkungen der Novellierung des Landespflegegesetzes NRW auf die Pflegelandschaft im Kreis Minden-Lübbecke	53
4.8.	Personal	56
5.	Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	66
6.	Komplementäre Angebote	71
6.1.	Beratung und Begleitung	71
6.1.1.	Beratung gemäß § 4 Landespflegegesetz NRW	73
6.1.2.	Psychosoziale Begleitung	77
6.2.	Mahlzeitendienste	79
6.3.	Ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung	80
6.4.	Exkurs: Haushaltsnahe Dienstleistungen	81

7.	Besondere Aspekte	83
7.1.	Prävention und Gesundheitsförderung	83
7.1.1.	Auswirkungen akuter und chronischer Erkrankungen und Verletzungen	85
7.2.	Demenz	88
7.3.	Wohnen im Alter	92
7.4.	Ältere Menschen mit Behinderungen	94
7.5.	Ältere Migrantinnen und Migranten	99
7.6.	Exkurs: Gewalt gegen ältere Menschen in Pflegebeziehungen	101
8.	Literatur	104
	Anhang	111

Oktober 2007

in der mit der „Lenkungsgruppe kommunale Pflegeplanung“
am 14.01.2008 abgestimmten Fassung

Die in einigen Textpassagen verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

1. Das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen¹

Durch § 9 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden die Bundesländer verpflichtet, das Nähere zur Planung und Förderung der pflegerischen Infrastruktur durch Landesrecht zu regeln: *Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.*

Die Umsetzung dieses bundesrechtlichen Auftrages erfolgt in Nordrhein-Westfalen in Form des Landespflegegesetzes (PfG NW). Bereits durch das Landespflegegesetz in seiner ersten Fassung aus dem Jahr 1996 wurde die Verantwortung für die pflegerische Infrastruktur kommunalisiert: *Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen* (Wortgleich mit der aktuellen Fassung des Landespflegegesetzes aus dem Jahr 2003, § 2 Abs. 1).

Über die reinen Förderbestimmungen hinaus trifft das PfG NW auch Regelungen zur trägerunabhängigen Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (§ 4 PfG NW), zu den örtlichen Pflegekonferenzen als Gremium der Zusammenarbeit aller auf örtlicher Ebene an der Pflege Beteiligten (§ 5 PfG NW) und zur kommunalen Pflegeplanung (§ 6 PfG NW).

¹ Vgl. MAGS NRW (Hrsg., 2007): Kommunale Pflegeplanung - Empfehlungen zur praktischen Umsetzung, S. 15 ff.

2. Kommunale Pflegeplanung²

Nach § 6 Abs. 2 Landespflegegesetz NRW (PfG NW) berichten die Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung regelmäßig über die Entwicklung auf dem örtlichen Pflegemarkt. In diesem Zusammenhang sollen auch Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung des örtlichen Hilfeangebotes diskutiert und empfohlen werden.

Diese kommunale Pflegeplanung löst die *Pflegebedarfsplanung* als Instrument, das die Vergabe von Fördermitteln an eine vorherige Bedarfsbestätigung bindet, ab. Die Notwendigkeit, Pflegebedarfsplanung und Förderverfahren zu entkoppeln, ergibt sich aus den Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), den im EU-Recht enthaltenen Vorgaben zur Vermeidung unzulässiger Beihilfen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Gleichbehandlung der Anbieter am Pflegemarkt im Hinblick auf die Gewährung einer Förderung. Eine Bindung von Mitteln zur Investitionskostenförderung an eine Bedarfsbestätigung ist demnach nicht zulässig. Investitionskostenförderung muss wettbewerbsneutral erfolgen, damit der vom Bundesgesetzgeber gewünschte Leistungswettbewerb unter den Leistungserbringern nicht beeinträchtigt wird.

Durch die damit verbundene Öffnung des Marktzugangs und den damit im Zusammenhang stehenden Wettbewerb der Leistungsanbieter ist der Daseinsvorsorgeauftrag und die pflegegesetzliche Verpflichtung, auf eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung hinzuwirken, keinesfalls obsolet. Vielmehr bleibt das Erfordernis, festzustellen, ob die Versorgung Pflegebedürftiger gesichert ist und zu kontrollieren, inwieweit die bereits vorhandenen Einrichtungen den Nachfragen gerecht werden.

Durch die Übertragung der Infrastrukturverantwortung an die Kommunen durch das Landespflegegesetz NRW ist die kommunale Pflegeplanung eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe. Daher wird jeder Bericht im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung ein Unikat sein, der in seinen Handlungsempfehlungen direkt auf die Erfordernisse der jeweiligen Kommune zugeschnitten ist.

Die kommunale Pflegeplanung soll in die kommunale Entwicklungsplanung der Kreise und kreisfreien Städte eingebunden werden und eng mit der kommunalen Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten. Im Kreis Minden-Lübbecke besteht eine zusammengelegte kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz, so dass eine enge Kooperation mit der kommunalen Gesundheitsversorgung gewährleistet ist.

² Vgl. MAGS NRW (Hrsg., 2007): Kommunale Pflegeplanung - Empfehlungen zur praktischen Umsetzung, S. 11-19

Die kommunale Pflegeplanung lässt sich als Prozess beschreiben, der in Phasen abläuft:

1. Aktuelle Bestandsaufnahme,
2. Bewertung des Angebotes,
3. Klärung der Frage, welche Maßnahmen von den Kreisen und kreisfreien Städten zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des Hilfeangebotes ergriffen werden müssen (Handlungsempfehlungen),
4. Umsetzung der Handlungsempfehlungen und
5. Controlling.

Im Kern geht es dabei um Grundsatzentscheidungen und nicht mehr nur in erster Linie um Platzzahlen. Diese Grundsatzentscheidungen werden im Prozess der kommunalen Pflegeplanung getroffen.

Die Kenntnis der örtlichen Versorgungsstrukturen und die differenzierte Kenntnis des Ausmaßes der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und ihrer voraussichtlichen Entwicklung sind Grundvoraussetzungen für alle Diskussionen im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung. Der vorliegende Bericht zielt darauf ab, auf der Grundlage der demografischen Entwicklung, der bestehenden Pflegeinfrastruktur sowie wissenschaftlicher Erkenntnisse Orientierungen und Strategien für die Gestaltung der Lebenssituation älterer Menschen und Anstöße für die Weiterentwicklung der kommunalen Pflegeinfrastruktur im Kreis Minden-Lübbecke zu geben. Der Bericht versteht sich ausdrücklich nicht als abschließende kommunale Pflegeplanung, sondern als Grundlage, auf deren Basis die Aufgabenwahrnehmung im Bereich der kommunalen Pflegeplanung gestaltet werden kann.

3. Demografie

3.1. Allgemeine Eckdaten zum Kreis Minden-Lübbecke

Der Mühlenkreis Minden-Lübbecke erstreckt sich beidseitig des in Ost-West-Richtung verlaufenden Wiehen-/Wesergebirges und der in Süd-Nord-Richtung fließenden Weser. Er bildet den nordöstlichen Teil des Landes Nordrhein-Westfalen und wird umgeben von den niedersächsischen Landkreisen Osnabrück im Westen, Diepholz und Nienburg im Norden sowie Schaumburg im Osten. Seine südliche Begrenzung bilden die nordrhein-westfälischen Kreise Lippe und Herford.

Die Bevölkerung des Kreises Minden-Lübbecke umfasst am 31.12.2005 insgesamt 321.965 Einwohner/innen, davon 165.076 Frauen und 156.889 Männer. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte beträgt 279 Einwohner/innen pro Quadratkilometer, bei einer Gesamtfläche des Kreises von insgesamt 1.152 qkm.

Differenziert nach Städten und Gemeinden lässt sich in bevölkerungsstruktureller Hinsicht der Kreis Minden-Lübbecke in drei Sozialräume einteilen:

- Im Westen erstreckt sich der Altkreis Lübbecke mit einem hohen Flächenanteil und seinen Städten und Gemeinden Espelkamp (rd. 26.100 Einwohner/innen), Hüllhorst (rd. 13.700 Einwohner/innen), Lübbecke (rd. 26.300 Einwohner/innen), Preußisch Oldendorf (rd. 13.400 Einwohner/innen), Rahden (rd. 16.100 Einwohner/innen) und Stemwede (rd. 14.500 Einwohner/innen).
- Im östlichen Teil des Kreisgebietes liegen die Gemeinde Hille (rd. 16.600 Einwohner/innen), angrenzend die bevölkerungsreichste Stadt des Kreises Minden-Lübbecke - Minden (rd. 83.100 Einwohner/innen) - sowie die Städte Porta Westfalica (rd. 36.200 Einwohner/innen) und Petershagen (rd. 26.900 Einwohner/innen), wobei Petershagen den höchsten Flächenanteil des Kreises bildet.
- Im Süden des Kreisgebietes befindet sich die Stadt Bad Oeynhausen (rd. 49.200 Einwohner/innen).

Diese unterschiedliche Bevölkerungszahl und -dichte in den jeweiligen Gebieten lässt unterschiedliche Konzentrationen von Pflegebedürftigkeit in den jeweiligen Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke erwarten.

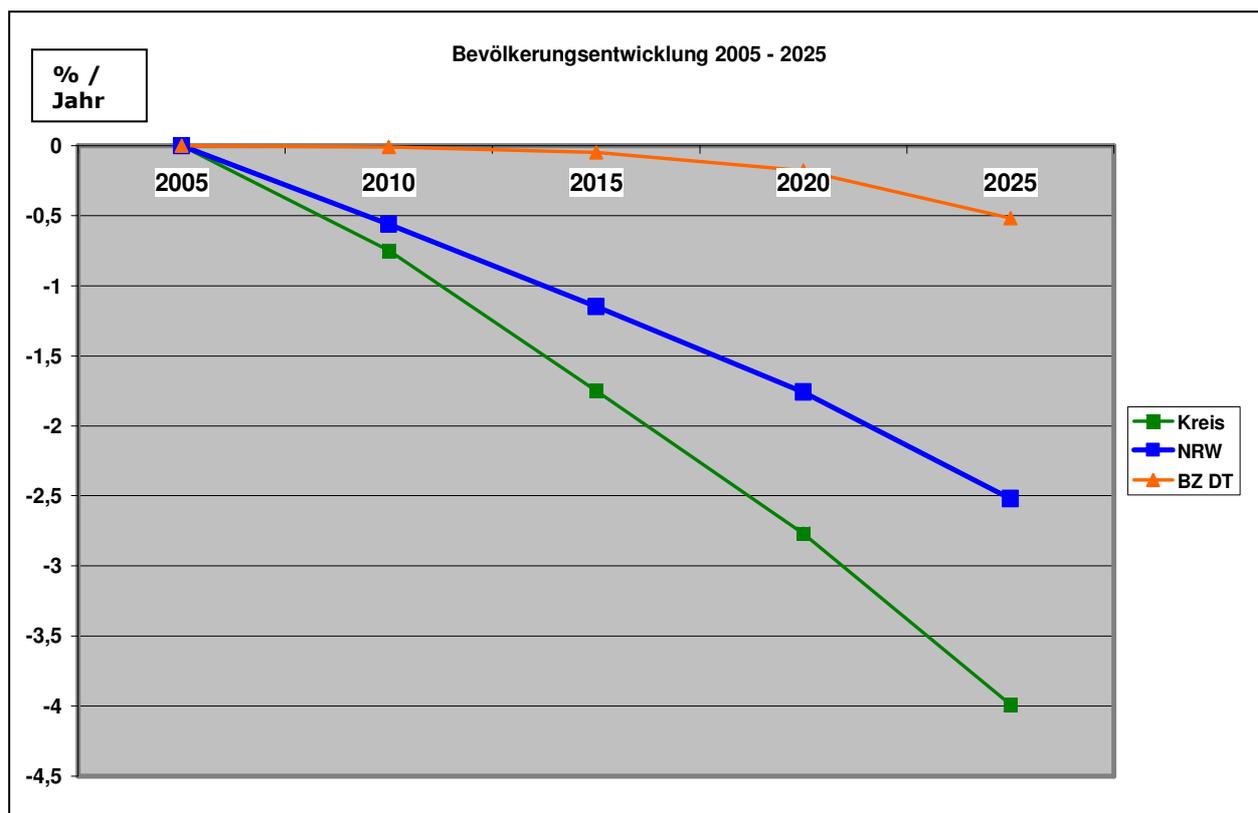
3.2. Bevölkerungsentwicklung

Die Darstellungen der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2025 basieren in diesem Kapitel auf den Ergebnissen der „Vorausberechnung der Bevölkerung 2005 bis 2025“ des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik (LDS)³, die bis auf die Ebene der Städte und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke reichen.

Die zukünftige demografische Entwicklung im Kreis Minden-Lübbecke ist analog der landesweiten Entwicklung durch einen Bevölkerungsrückgang gekennzeichnet. Mit der neuen Vorausberechnung des LDS wird für den Kreis Minden-Lübbecke zum 31.12.2025 ein Bevölkerungsstand von rund 309.000 Einwohner prognostiziert, was gegenüber 2005 einem Rückgang um 4,0% entspricht (-12.950 Einwohner).

Damit würde der zu erwartende Bevölkerungsrückgang auf Kreisebene um 1,5 Prozentpunkte stärker ausfallen als auf Landesebene und um 3,5 Prozentpunkte stärker als auf der Ebene des Regierungsbezirks Detmold (vgl. Abbildung 3.2.1. und Tabelle 1 im Anhang).

Abb. 3.2.1.: Bevölkerungsentwicklung 2005-2025. Kreis Minden-Lübbecke, Regierungsbezirk Detmold und Nordrhein-Westfalen im Vergleich



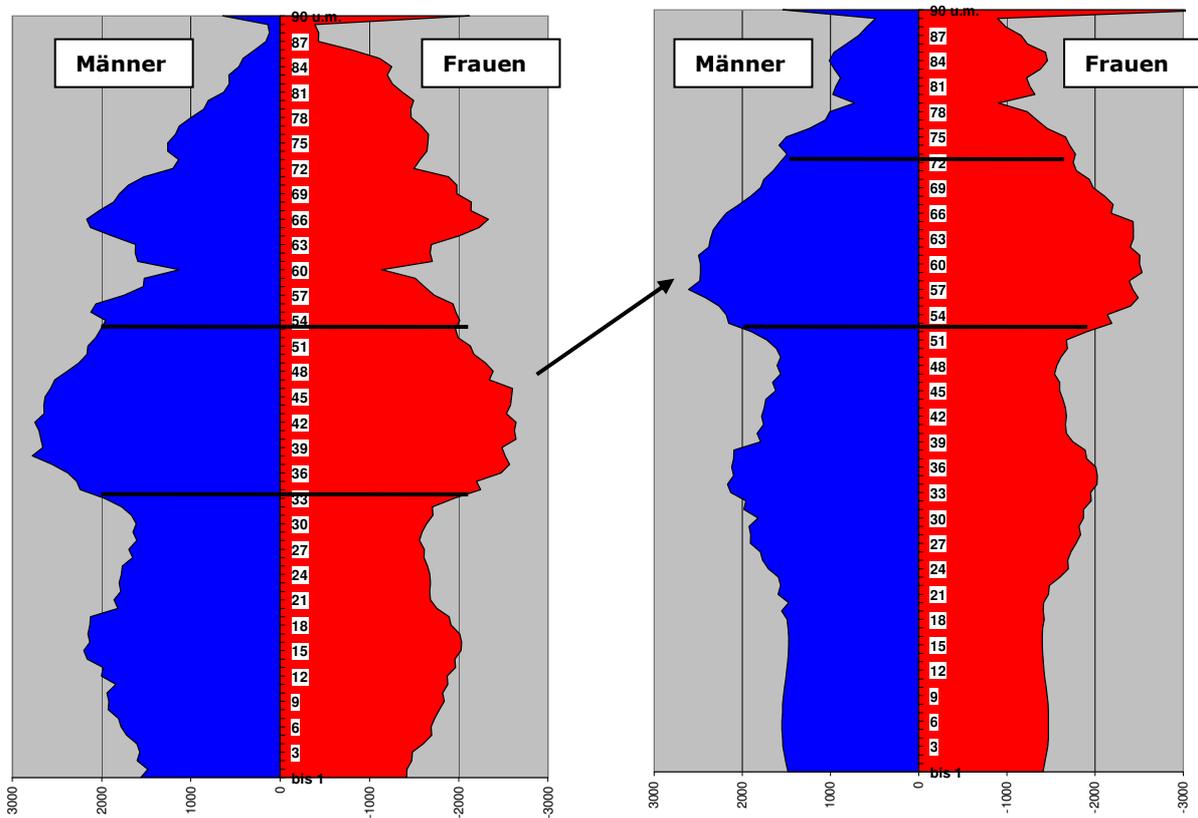
³ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (2006): Modellrechnung zur Bevölkerungsentwicklung. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Kreises Minden-Lübbecke und der Städte und Gemeinden des Kreises vom 31.12.2005.

3.2.1 Altersstruktur im Kreis Minden-Lübbecke

Die künftige Entwicklung der Altersstruktur im Kreis Minden-Lübbecke ist zum einen geprägt durch den stetig sinkenden Anteil insbesondere junger Menschen. Zum anderen wird zugleich die Zahl älterer Menschen stetig zunehmen (vgl. Tabellen 2 und 3 im Anhang mit jeweils einer groben und einer differenzierten Darstellung der Altersverteilung).

Die Verschiebung des Altersaufbaus nach oben wird sich in den nächsten 20 Jahren weiter fortsetzen. Ein Vergleich der Alterspyramiden von 2005 und 2025 verdeutlicht, dass die 33 bis 53jährigen, die im Jahr 2005 das Merkmal der „stärksten“ Altersjahrgänge aufweisen und sich im mittleren Lebensalter befinden, dieses Charakteristikum der stärksten Jahrgänge auch im Jahr 2025 beibehalten – jedoch mit der zeitlichen Verschiebung von 20 Jahren (vgl. Abbildung 3.2.1.1.).

Abb. 3.2.1.1.: Altersstruktur Kreis Minden-Lübbecke (2005 und 2025)



Im Jahr 2025 sind nach den Prognoseberechnungen die 53jährigen der erste Jahrgang, der bei Frauen und Männern mit jeweils über 4.000 Personen besetzt ist. Besonders auffällig ist die Zunahme der Höchstaltrigen, die durch die bislang übliche statistische Zusammenfassung der über 90jährigen kaum mehr adäquat abgebildet werden kann.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Verteilung geht der Frauenanteil je Altersgruppe (Vergleich 2005 bis 2025) bei den über 65jährigen von 59% auf 56%, bei den über 80jährigen von 71% auf 61,5% und bei den über 90jährigen von 77% auf 69% zurück (vgl. Tabelle 4 im Anhang).

Differenziert man die Altersjahrgänge, so ist festzustellen, dass insbesondere die Zahl der bis 20jährigen jüngeren Menschen zurückgehen wird, und zwar von 73.147 im Jahr 2005 auf 58.991 im Jahr 2025. Dies entspricht einem Rückgang um -19,4% (vgl. Tabelle 4 im Anhang).

Die Anzahl der 20- bis unter 40-jährigen Frauen wird nach den zugrunde liegenden Berechnungen um 5,9% zurückgehen, was auch bei Annahme einer gleich bleibenden Fertilitätsrate zu einem weiteren Rückgang der Geburten führt.

Die Altersgruppe der 40 bis 60jährigen, d.h. die Menschen, die die Pflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen übernehmen können, wird zwar bis zum Jahr 2015 leicht zunehmen (+4,6%), über den gesamten Prognosezeitraum bis 2025 aber um rund 14% abnehmen (vgl. Tabelle 4 im Anhang).

Dieser Rückgang der bis 60jährigen Bevölkerung ist verantwortlich für den sog. Volumeneffekt der Demografie, d.h. für die abnehmende Zahl der Gesamtbevölkerung.

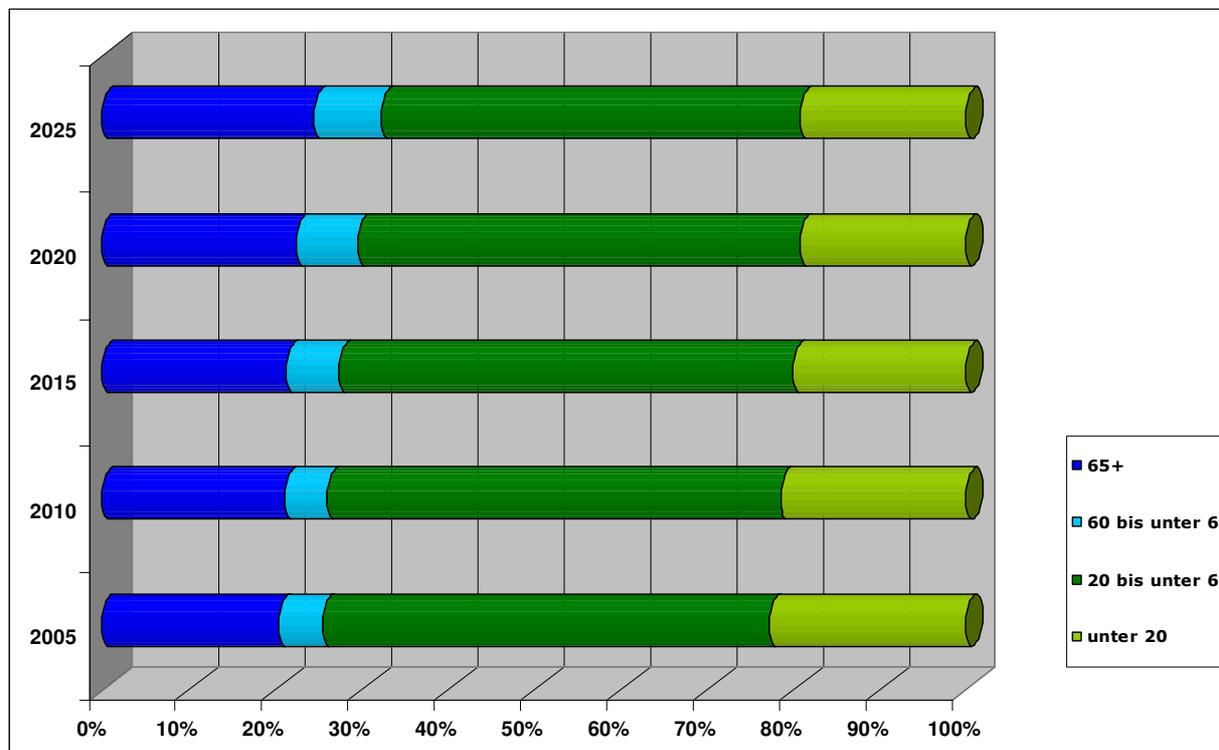
Im Gegensatz dazu spricht man von einem Altersstruktureffekt, wenn die über 60jährige Bevölkerung in den Blickpunkt gerückt wird. Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung wirkt sich auf mögliche Versorgungsformen unmittelbar aus. Denn mit der steigenden Lebenserwartung wird auch die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen ansteigen. Parallel wird die Anzahl der Personen, die potenziell im professionellen oder im familiären Kontext Pflege leisten können, schrumpfen.

Auffällig ist die deutliche Zunahme der noch im potenziell erwerbsfähigen Alter befindlichen Personen zwischen 60 und 65 Jahren. Gemessen an dem Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung wird eine Zunahme von 5% im Jahr 2005 auf 7,9% im Jahr 2025 erwartet. Dieses entspricht einer Zunahme von rund 8.250 Einwohnern in dieser Altersgruppe bzw. einer Zunahme von rund +51% im Vergleich zum Basisjahr 2005 (vgl. hierzu Tabellen 2 und 4 im Anhang).

Laut Prognose des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik ist insgesamt eine Zunahme der Personenzahl der über 65jährigen um +15% zu erwarten (rund 9.750 Einwohner).

Nachstehende Abbildung 3.2.1.2. visualisiert die Prognose der Altersstruktur des Kreises Minden-Lübbecke bis zum Jahr 2025. Das Eintreffen dieser Prognose würde bedeuten, dass sich innerhalb der nächsten 20 Jahre der Altersmedian⁴ auf Kreisebene von derzeit 41,7 Jahren auf dann 46,8 Jahre erhöht.

Abb. 3.2.1.2.: Prognostizierte Altersstruktur der Bevölkerung im Kreis Minden-Lübbecke (2005 - 2025)



Alter/Jahre	2005	2010	2015	2020	2025
65+	20,5%	21,2%	21,3%	22,5%	24,5%
60 bis unter 65	5%	4,8%	6,1%	7,1%	7,9%
20 bis unter 60	51,8%	52,6%	52,7%	51,3%	48,5%
unter 20	22,7%	21,4%	19,9%	19,1%	19,1%

Bezogen auf die Altersgruppe der Hochaltrigen, über 80jährigen, wird eine Zunahme bis zum Jahr 2025 um +54% erwartet (rund 8.940 Einwohner; vgl. Tabellen 2 und 4 im Anhang).

⁴ Der Altersmedian gibt das Alter an, das von der einen Hälfte der Bevölkerung noch nicht erreicht ist, von der anderen hingegen bereits überschritten ist. Der Median ist in der Demographie ein zentrales Maß, um „das Alter“ einer Bevölkerung abzubilden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich auf der Grundlage der Bevölkerungsprognose für den Kreis Minden-Lübbecke bis zum Jahr 2025 eine Verschiebung in der Altersstruktur abzeichnet, die wie folgt beschrieben werden kann (vgl. Tabellen 2 bis 4 im Anhang):

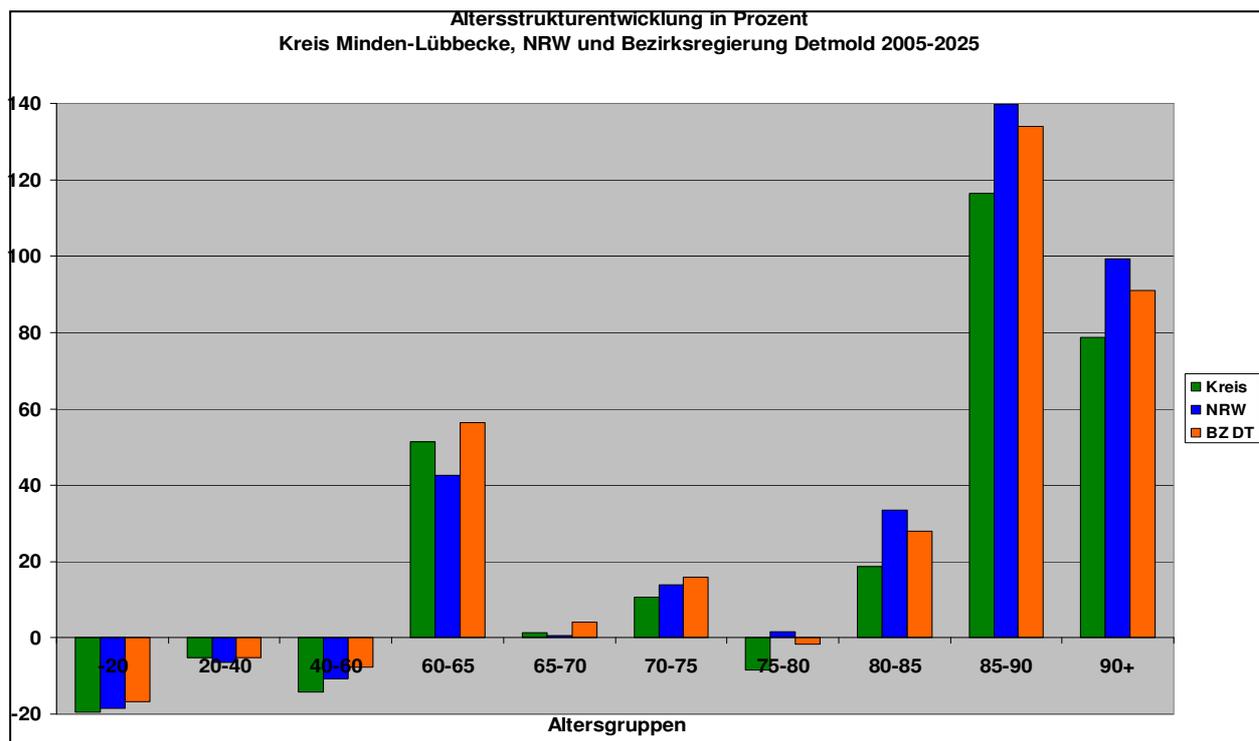
- der Rückgang der Gesamtbevölkerung im Kreis Minden-Lübbecke wird bedingt durch den ausgeprägten Rückgang in den Altersgruppen der unter 20jährigen sowie der 20- bis unter 60jährigen;
- eine stärkere Altersdifferenzierung der mittleren Altersgruppe weist auf eine deutliche Abnahme der 40- bis unter 60jährigen hin;
- die Anzahl der 60 bis 65jährigen nimmt deutlich zu,
- die Zunahme in der Gruppe der Hochaltrigen ist besonders stark ausgeprägt ist.

Diese Entwicklung hat zur Folge, dass alternative Netzwerke (z.B. Nachbarschaftshilfen) sowie bedarfsgerechte, flächendeckende Angebote alternativer Wohn- und Betreuungsformen ausgebaut und optimiert werden sollten.

3.2.2. Altersstrukturentwicklung Kreis Minden-Lübbecke, Regierungsbezirk Detmold und Land Nordrhein-Westfalen

Anhand der nachfolgenden Abbildung 3.2.2.1. können die Daten zur zukünftigen Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung im Kreis Minden-Lübbecke mit den Daten auf Landesebene und auf Ebene des Regierungsbezirks Detmold verglichen werden.

Abb. 3.2.2.1.: Altersstrukturentwicklung in Prozent (Kreis Minden-Lübbecke, Regierungsbezirk Detmold und Land Nordrhein-Westfalen) 2005-2025



Es wird deutlich,

- dass der Anteil der jüngeren bis 20jährigen Menschen im Kreis Minden-Lübbecke im Verhältnis zu Nordrhein-Westfalen und zum Regierungsbezirk Detmold in etwas stärkerem Maße abnehmen wird.
- Außerdem fällt auf, dass im Mühlenkreis zukünftig anteilmäßig mehr Menschen zwischen 40 und 60 Jahren fehlen werden als dies in Nordrhein-Westfalen und im Regierungsbezirk Detmold der Fall ist.
- Damit werden dem Kreis Minden-Lübbecke zukünftig auch verhältnismäßig weniger Menschen zur Verfügung stehen, die potenziell die häusliche Pflege älterer Menschen übernehmen können.
- Bezieht man sich auf die Gruppe der älteren Menschen, ist festzustellen, dass der Zuwachs an über 70 bzw. 80jährigen im Kreis Minden-Lübbecke geringer sein wird als dies im Land Nordrhein-Westfalen und im Regierungsbezirk Detmold zu erwarten ist.

D.h. zusammenfassend: Der demografische Volumeneffekt wird sich nach der LDS-Prognose für den Kreis Minden-Lübbecke im Vergleich zum Land Nordrhein-Westfalen und zum Regierungsbezirk Detmold in etwas stärkerem Ausmaß auswirken als der demografische Alterseffekt.

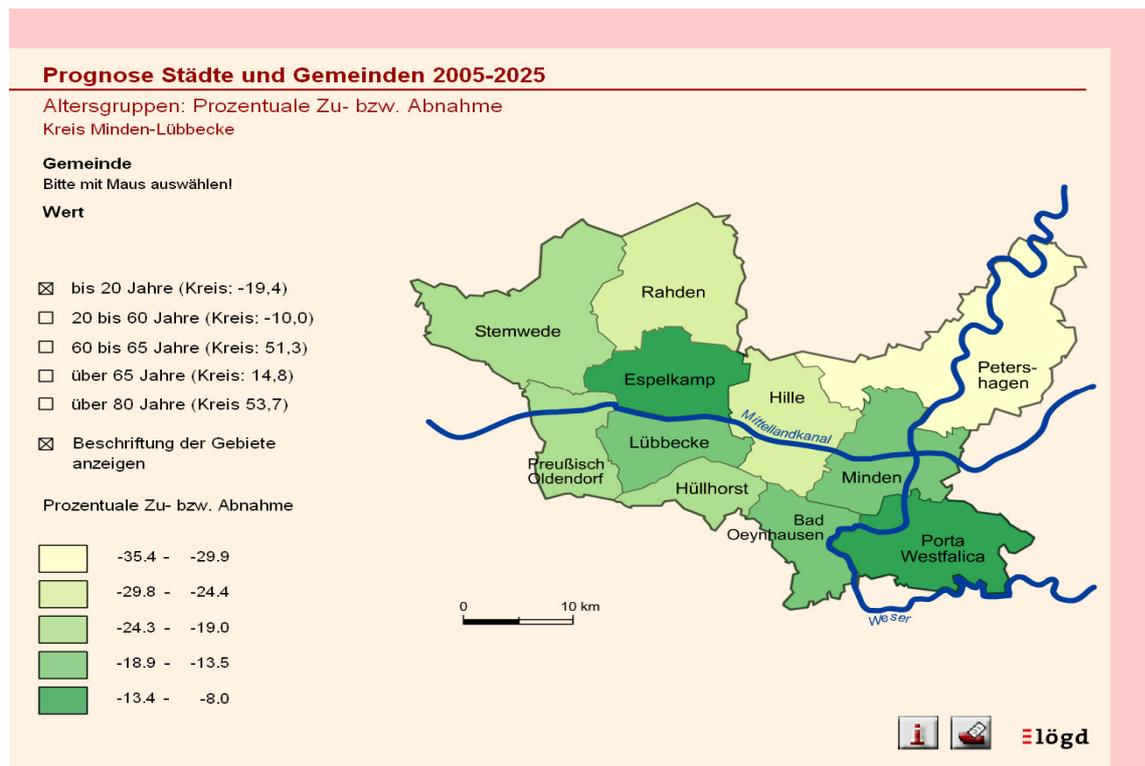
3.2.3. Die Altersstrukturentwicklung in den 11 Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke

Die Verschiebung der Altersstruktur verläuft in den 11 Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke unterschiedlich. Das Kreismittel liegt bei einem Bevölkerungsrückgang von -4% (vgl. Tabellen 2, 3 und 5 im Anhang).

Die Veränderungen in den Städten und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke liegen im Zeitraum vom 2005 bis 2025 zwischen einer Zunahme der Bevölkerungszahl um +1,7% (Espelkamp) und einer Abnahme um -8,1% (Petershagen).

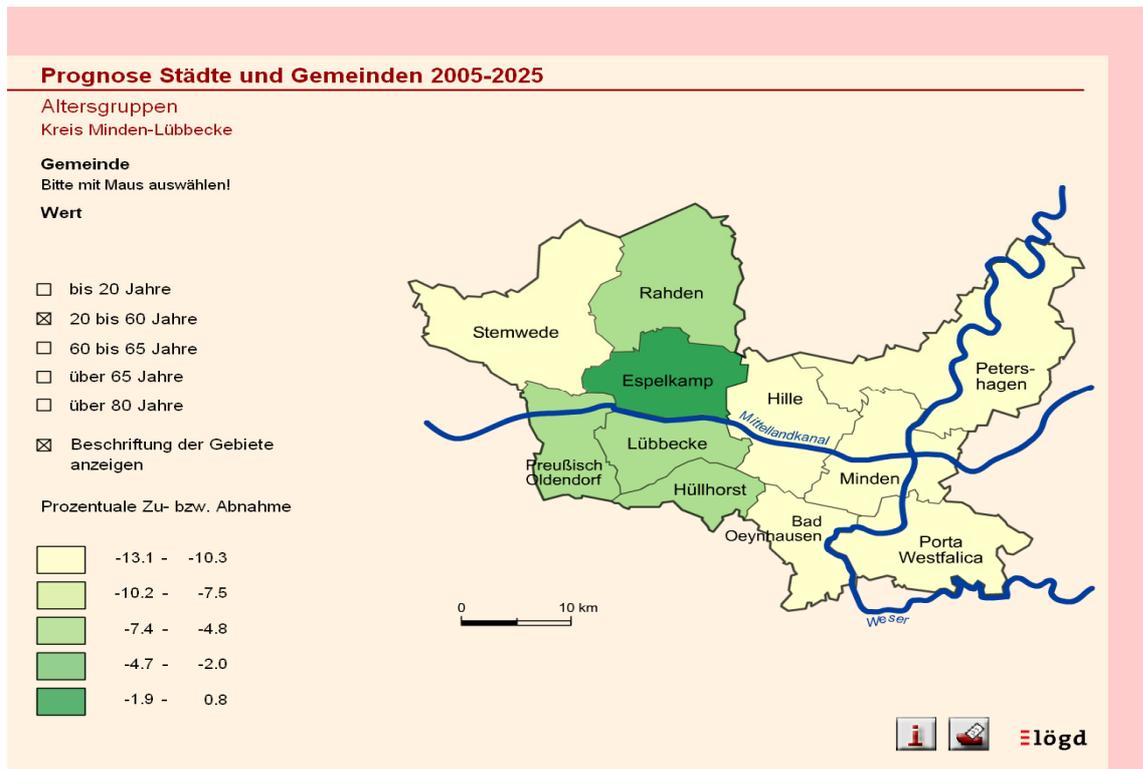
Nachfolgende Abbildung 3.2.3.1. verdeutlicht, dass in Petershagen am stärksten die Zahl der jüngeren Menschen im Alter bis 20 Jahren abnehmen wird (um -35%), während Porta Westfalica in dieser jungen Altersgruppe noch mit einem moderaten Rückgang rechnen kann (um -8%). Auch Espelkamp liegt mit einem Rückgang von -12,7% noch im moderaten Bereich.

Abb. 3.2.3.1.: Altersstrukturentwicklung bei den bis 20jährigen im Kreisgebiet



In der Gruppe der erwerbsfähigen Personen im Alter zwischen 20 und 60 Jahren ist der stärkste Rückgang in Minden (um -13%) sowie in Bad Oeynhausen und Petershagen (jeweils um -12%) zu erwarten (vgl. Abbildung 3.2.3.2. und Tabelle 2 im Anhang). Hille, Porta und Stemwede werden ebenfalls relativ stark abnehmen, während in Espelkamp als einziger Stadt des Kreises gar ein leichter Anstieg prognostiziert wird (um +0,8%).

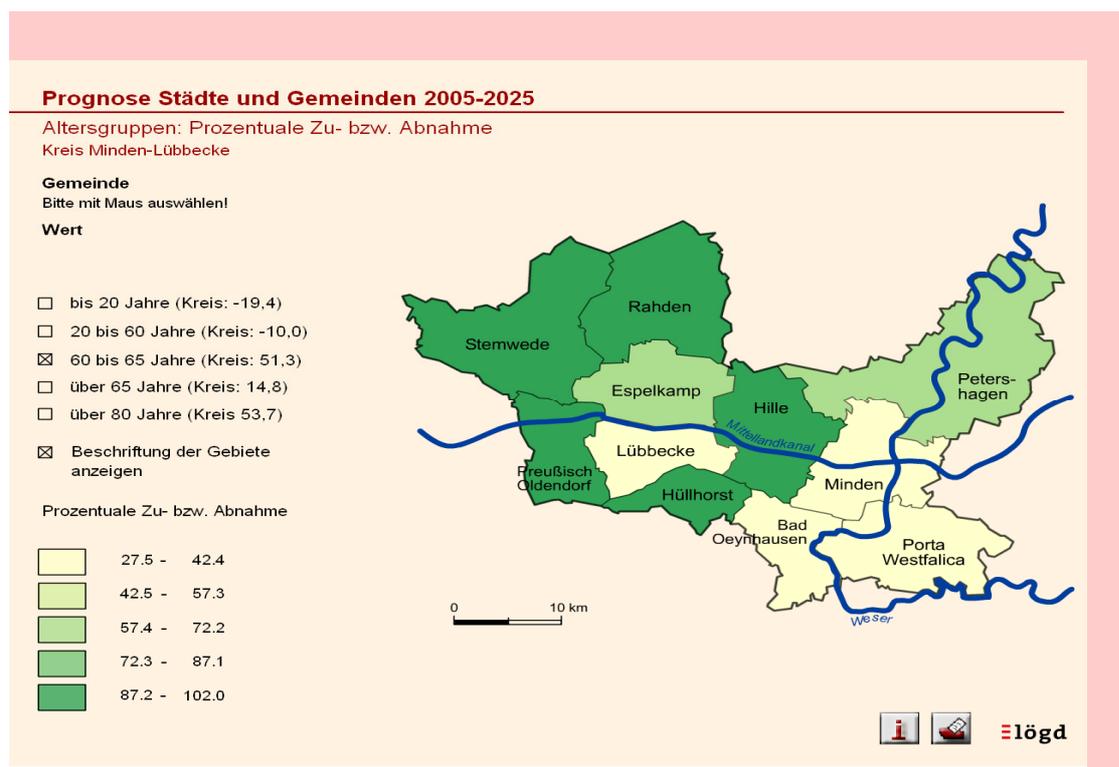
Abb. 3.2.3.2.: Altersstrukturentwicklung bei den 20 bis 60jährigen im Kreisgebiet



Bei den Personen im potenziell erwerbsfähigen Alter zwischen 60 und 65 Jahren sind die stärksten Zunahmen in Rahden, Stemwede und Hüllhorst zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3.2.3.3.; jeweils über +100%). Auch in Hille (+88,4%) und Preußisch Oldendorf (+94,9%) kann in dieser Altersgruppe von überproportional hohen Zunahmen ausgegangen werden.

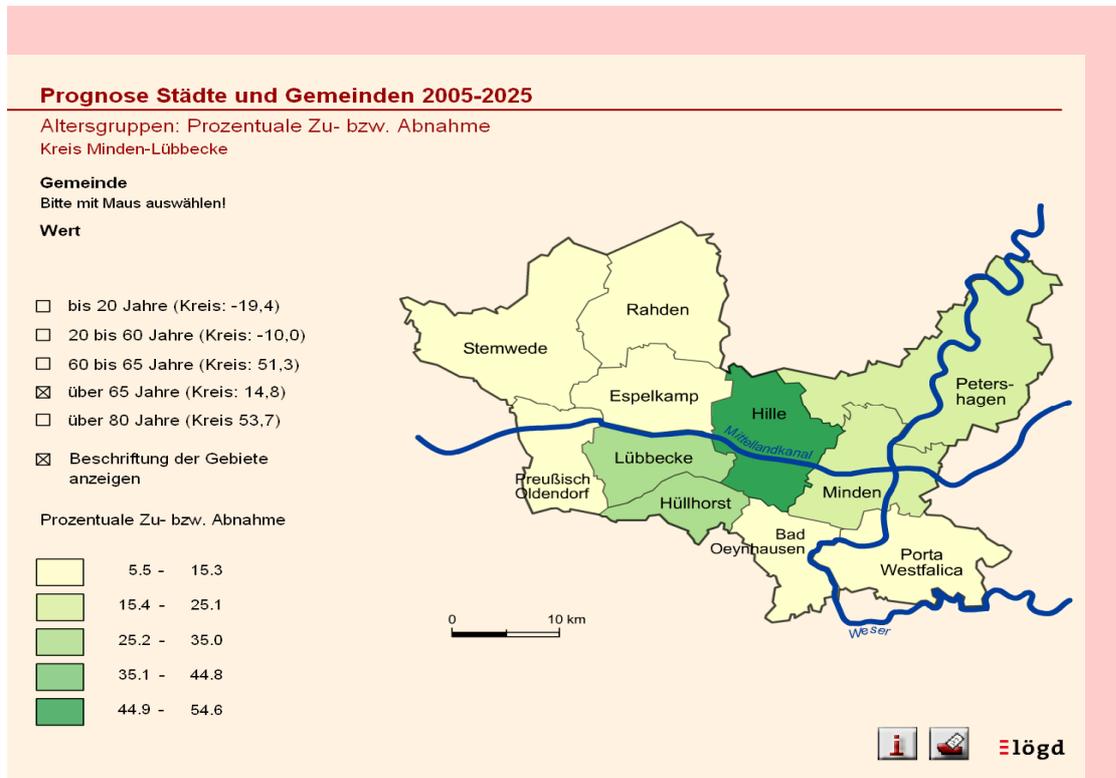
Die geringsten Zunahmen sind dagegen in Bad Oeynhausen (um +27,5%), Lübbecke (+37,6%), Minden (+37,5%) und Porta Westfalica (+41,8%) zu erwarten (vgl. auch Tabellen 2 und 3 im Anhang).

Abb. 3.2.3.3.: Altersstrukturentwicklung bei den 60 bis 65jährigen im Kreisgebiet



Die Gruppe der über 65jährigen Menschen im Kreis Minden-Lübbecke (vgl. Abbildung 3.2.3.4. und Tabelle 2 im Anhang) wird bei einem Kreismittel von +15% am stärksten in Hille (um +55%) und Hüllhorst (um +32%) und in geringstem Maße in Bad Oeynhausen (um +5,5%) zunehmen.

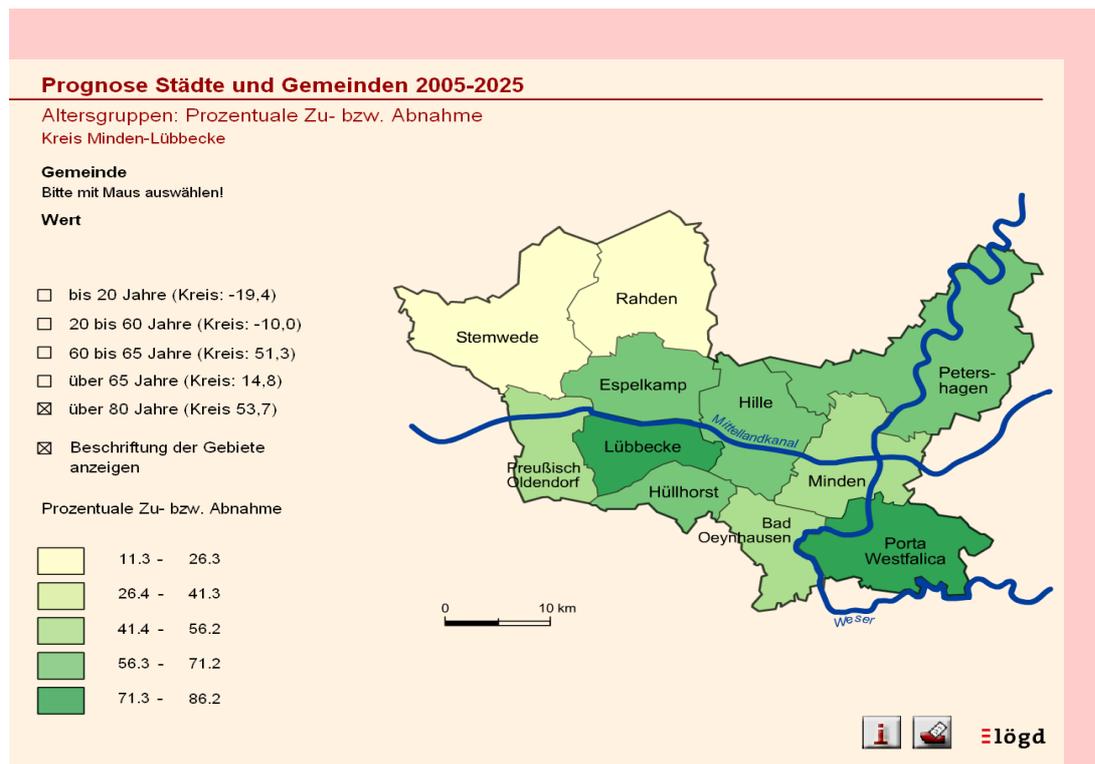
Abb. 3.2.3.4.: Altersstrukturentwicklung bei den über 65jährigen im Kreisgebiet



Und in der Altersgruppe der über 80jährigen, in der das Risiko der Pflegebedürftigkeit besonders hoch ist, haben - bei einem Kreismittel von +54% - Lübbecke (um +86%), Porta Westfalica (um +77%), Hüllhorst (um +70%) mit besonders hohen Zuwächsen im Zeitraum zwischen 2005 und 2025 zu rechnen (vgl. Abbildung 3.2.3.5. und Tabelle 2 im Anhang).

Stemwede (um +11%) und Rahden (um +26%) können dagegen mit einem relativ geringen Zuwachs an Hochaltrigen rechnen.

Abb. 3.2.3.5.: Altersstrukturentwicklung bei den über 80jährigen im Kreisgebiet



Der demografische Wandel hin zu höheren Anteilen älterer Menschen an der Bevölkerung erfordert gesellschaftspolitische Veränderungen. Erforderlich ist über die Pflegeplanung hinaus die stärkere Einbindung älterer Menschen und ihrer Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

In den Kontext der Pflegeplanung rückt daher insbesondere der Personenkreis ab 80 Jahren und älter in den Mittelpunkt. Der prognostizierte Anstieg in den Altersgruppen der über 80jährigen gilt als gewichtiges Indiz für den demografisch bedingten quantitativen Anstieg des Pflegebedürftigkeitsrisikos. Kreisweit wird ein Anstieg dieses Personenkreises von 16.647 Personen im Jahr 2005 auf 25.584 im Jahr 2025 prognostiziert. Dies entspricht einem Zuwachs von +54%. Der Anteil an der Bevölkerung dieser Personengruppe steigt von 5,2% im Jahr 2005 auf 8,3% im Jahr 2025 an (vgl. hierzu Tabellen 2 und 4 im Anhang).

3.3. Weitere Einflussfaktoren

Die demografische Entwicklung hat einen starken Einfluss auf die Bedarfe und Angebote pflegerischer Leistungen. Alter ist zwar nicht zwangsläufig mit Pflegebedürftigkeit verbunden, dennoch ist ein großer Teil der Bevölkerung speziell im höheren Lebensalter auf Hilfe, Unterstützung und Pflege angewiesen.

Neben dem dargelegten demografischen Wandel als fixe Größe zur Bestimmung des Pflegerisikopotentials nimmt die konkrete Lebenssituation alter und hochaltriger Menschen Einfluss darauf, welche Bedarfe notwendig sind bzw. welche Pflegeformen genutzt werden. Die Lebenssituation alter und hochaltriger Menschen lässt sich wie folgt beschreiben⁵:

- Besonders die privaten Bezugssysteme hochaltriger Menschen sind stark ausgedünnt und von einem relativ hohen Altersdurchschnitt geprägt.
 - Der Gruppe der (noch) lebenden Gleichaltrigen fällt es zunehmend schwerer, ihre biographisch gewachsenen Beziehungsformen beizubehalten oder sich gegenseitig zu unterstützen.
 - Darüber hinaus besteht für einzelne Hochaltrige ein erhöhtes Risiko der sozialen Isolation und Vereinsamung⁶. Darauf weisen allein die aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes hin. Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig: Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5%) pflegebedürftig ist, wird für die 90- bis unter 95-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe beträgt 61%. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufweisen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 90-bis unter 95-jährigen Frauen die Pflegequote 66%, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 44%⁷.
 - Und auch der Blick auf die „Kindergeneration“ hochaltriger Menschen zeigt, was ein altes privates Bezugssystem bedeuten kann: Denn auch die „Kinder“ sind oft schon im Rentenalter und mit eigenen gesundheitsbedingten Einschränkungen konfrontiert.

⁵ Deutscher Bundestag (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Drucksache 124/8822. 2002.

⁶ Deutscher Bundestag (2002), a.a.O.

⁷ Statistisches Bundesamt (2007), a.a.O.

- Es besteht eine enge Verbindung zwischen zunehmendem Alter, somatischer bzw. psychiatrischer Multimorbidität und steigender Pflegebedürftigkeit.
 - Bei 96% der über 70-Jährigen besteht mindestens eine behandlungsbedürftige Diagnose, bei 30% sind es fünf oder mehr Diagnosen⁸. Bei diesen Erkrankungen des Alters spielen Herz-Kreislaferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes und seine Spätfolgen sowie demenzielle Krankheiten wie z.B. Alzheimer eine entscheidende Rolle (vgl. Kapitel 7.1.2.). Diese Erkrankungen sind neben den Funktionseinschränkungen des Alters die Hauptursachen für die ansteigende Pflegebedürftigkeit besonders bei hochaltrigen Menschen.
 - Ist jede einzelne Erkrankung häufig mit starken akuten und chronischen Schmerzen verbunden, so wird die Schmerzsymptomatik bei vorliegenden Mehrfacherkrankungen umso komplexer.

- Die zunehmende Ausdünnung des privaten Bezugssystems (häufig allein lebend, Partner/-innen oder Kinder können die Pflege nicht mehr bewältigen) sowie das Ausmaß besonders der psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere demenzielle Erkrankungen) und der Pflegebedürftigkeit erhöhen das Risiko eines Umzugs in ein Alten- / Pflegeheim.

- Lebensformen wie z.B. nicht-eheliche Partnerschaften und/oder Mehrgenerationenfamilien spielen (noch) eine untergeordnete Rolle in den Wohnverhältnissen älterer Menschen. Dennoch wünscht sich die Mehrheit der älteren Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit ein Verbleib in den eigenen Räumlichkeiten⁹.

- Insgesamt gesehen geht die Enquetekommission zur "Situation und Zukunft der Pflege in NRW" davon aus, dass besonders Einrichtungen der stationären Altenpflege zunehmend an Bedeutung als Sterbeorte gewinnen, wenngleich auch bei der Versorgung sterbender Menschen dem Prinzip des „ambulant vor stationär“ unbedingte Beachtung beizumessen ist¹⁰.

⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. 2002.

⁹ Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG 3). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München. Juli 2003.

¹⁰ Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Bericht der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. 2005: S. 198 ff.

Diese beschriebenen Lebenssituationen führen dazu, dass alte und hochaltrige Menschen einen sehr komplexen Versorgungs- und Betreuungsbedarf haben können.

Besonders die Kommunen, in denen die demografische Alterung überdurchschnittlich fortgeschritten ist, stehen vor der Herausforderung, die Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln, anhand derer es möglich ist, alte und hochaltrige sowie sterbende Menschen und ihre privaten Bezugssysteme zu stärken und zu schützen¹¹.

3.4. Zusammenfassung

Die Bevölkerung im Kreis Minden-Lübbecke soll bis zum Jahr 2025 um -4% abnehmen. Diese rückläufige Entwicklung fällt im Kreisgebiet stärker aus als auf Ebene des Regierungsbezirks Detmold (-0,5%) und auf Ebene des Landes Nordrhein-Westfalens (-2,5%).

Für den Kreis Minden-Lübbecke ist nach den dargelegten demografischen Prognosedaten bis zum Jahr 2025 eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur zu erwarten, die vornehmlich geprägt ist durch

- eine Abnahme der Personen im Alter bis zu 60 Jahren (Volumeneffekt)
- eine Zunahme insbesondere der Personen in den Altersgruppen ab 70 Jahren und älter (Altersstruktureffekt).

Der demografische Volumeneffekt wird sich nach der LDS-Prognose für den Kreis Minden-Lübbecke im Vergleich zum Land Nordrhein-Westfalen und zum Regierungsbezirk Detmold in etwas stärkerem Ausmaß auswirken als der demografische Altersstruktureffekt:

- Im Mühlenkreis werden zukünftig anteilmäßig mehr Menschen zwischen 40 und 60 Jahren fehlen als in Nordrhein-Westfalen und im Regierungsbezirk Detmold.
- Damit werden dem Kreis Minden-Lübbecke zukünftig auch verhältnismäßig weniger Menschen zur Verfügung stehen, die potenziell die Pflege älterer Menschen übernehmen können.
- Bezieht man sich auf die Gruppe der älteren Menschen, ist festzustellen, dass der Zuwachs an über 65-, 70- bzw. 80jährigen im Kreis Minden-Lübbecke geringer sein wird als dies im Land Nordrhein-Westfalen und im Regierungsbezirk Detmold zu erwarten ist. Auch aus diesem Bevölkerungskreis stehen damit weniger potenzielle Unterstützer für die Pflege zur Verfügung.

¹¹ Deutscher Bundestag (2002), a.a.O.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase. Bern, u.a: Huber-Verlag. 2005.

Pleschberger, S. (2004): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen.

Für die 11 Städte und Gemeinden des Kreises Minden-Lübbecke wird eine unterschiedliche Altersstrukturentwicklung prognostiziert: Während im Kreismittel die Bevölkerung bis zum Jahr 2025 um -4% abnehmen soll, liegt die Spanne der Veränderung für die Städte und Gemeinden zwischen einer Zunahme der Bevölkerungszahl um +1,7% (Espelkamp) und einer Abnahme um -8,1% (Petershagen).

Die Zahl der über 65jährigen im Kreisgebiet soll bis 2025 bei einem Kreismittel von +15% am stärksten in Hille (um +55%) und Hüllhorst (um +32%) zunehmen, während bei den Hochaltrigen über 80jährigen in Lübbecke (um +86%), Porta Westfalica (um +77%), Hüllhorst (um +70%) mit besonders hohen Zuwächsen zu rechnen ist.

Neben der demografischen Entwicklung haben weitere Faktoren einen Einfluss auf die Bedarfe und Angebote pflegerischer Leistungen wie die

- Abnahme von familiärer Unterstützung;
- immer stärker werdende Ausdünnung privater Bezugssysteme älterer Menschen;
- zunehmende soziale Isolation und
- Multimorbidität.

4. Übersicht über die Pflegelandschaft im Kreis Minden-Lübbecke

Die nachfolgenden Informationen zum Stand der Pflegebedürftigkeit im Kreis Minden-Lübbecke stützen sich im Wesentlichen auf die Analysen im Rahmen der Pflegestatistik des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS NRW) am Stichtag 15.12.2005.

Die Erhebung des LDS NRW über die Pflegeeinrichtungen (ambulante Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheime) wird als Bestandserhebung (Vollerhebung) zweijährlich zum 15.12. durchgeführt. Mit der Erhebung sollen umfassende und zuverlässige statistische Daten über Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung, über deren personelle Ausstattung sowie über die von den Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen bereitgestellt werden. Darüber hinaus liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherungen Informationen über die Empfänger von Pflegegeldleistungen.

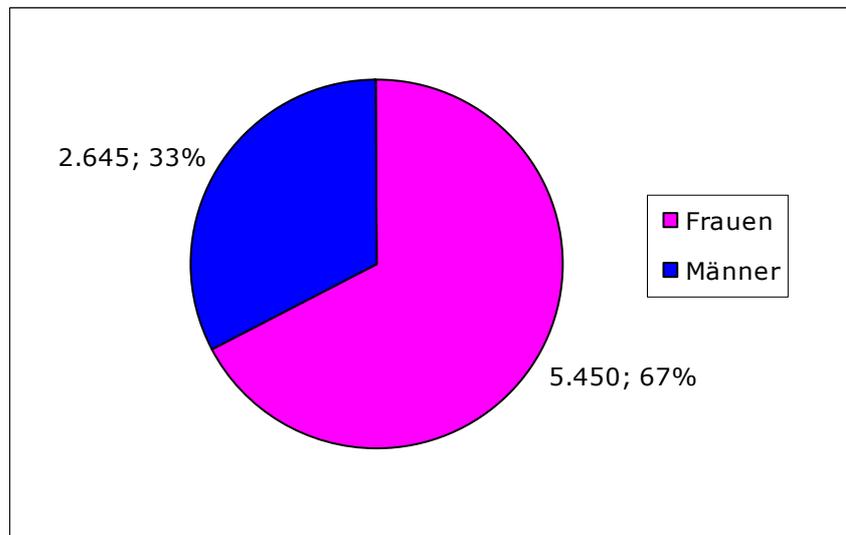
4.1. Allgemeine Informationen zur Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und damit die Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung werden im Pflegeversicherungsgesetz definiert (vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI). Leistungen der Pflegeversicherung sind in der Höhe begrenzt und bemessen sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird durch die Einstufung in eine von drei Pflegestufen definiert (vgl. § 15 SGB XI).

Die gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit ist eng auf körperliche Defizite und körperliche Verrichtungen begrenzt. Pflegebedürftigkeit ist im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes dann vorhanden, wenn der Unterstützungsbedarf so ausgeprägt ist, dass die Betroffenen in dem gesetzlich definierten Umfang Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Bereiche wie Kommunikation, psychosoziale Betreuung, Anleitung und allgemeine Begleitung/Beaufsichtigung werden bisher nicht berücksichtigt. Hierdurch führt der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI bislang zu einer Nichtberücksichtigung von Personengruppen, die nach pflegewissenschaftlichen Kriterien ebenfalls als pflegebedürftig anzusehen sind (insbesondere Menschen mit Demenz).¹²

¹² Die Bundesgesundheitsministerin hat im Herbst 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit eingesetzt. Der Beirat soll bis zum 30. November 2008 eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen.

4.1.1. Pflegebedürftige¹³ im Kreis Minden-Lübbecke



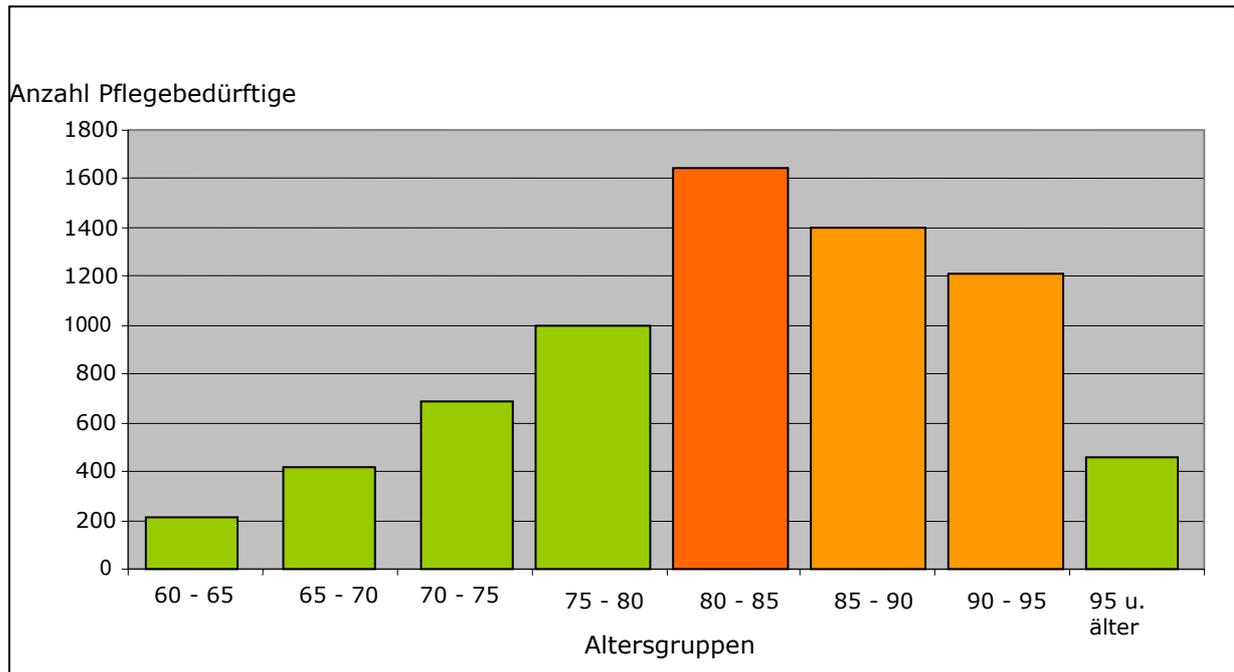
Im Kreis Minden-Lübbecke sind am Stichtag 15.12.2005 insgesamt 8.095 Personen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, davon sind 67% Frauen. Darüber hinaus werden 88 Personen vollstationär versorgt, die noch nicht einer Pflegestufe i. S. d. SGB XI zugeordnet sind (87 Dauerpflege + 1 Kurzzeitpflege).

Zur Vergleichbarkeit nachfolgend die Anzahl der Pflegebedürftigen im Regierungsbezirk Detmold am 15.12.2005 nach Verwaltungsbezirken:

	Anzahl Pflegebedürftige (Pflegestufen I - III)
Kreis Lippe	8.377
Kreis Minden-Lübbecke	8.095
Kreisfreie Stadt Bielefeld	7.908
Kreis Gütersloh	7.135
Kreis Herford	5.736
Kreis Paderborn	5.608
Kreis Höxter	4.008
Regierungsbezirk Detmold	46.867

¹³ Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger ist (im Rahmen der Pflegestatistik) die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschl. Härtefällen). Nicht einbezogen in die Erhebung sind die Personen der so genannten „Pflegestufe 0“. Personen der Pflegestufe 0 weisen i. d. R. einen Hilfebedarf unterhalb der Leistungsvoraussetzung der Pflegeversicherung auf. Hierzu zählen u.a. auch Menschen mit einer demenziellen Erkrankung.

4.1.2. Altersverteilung der Pflegebedürftigen ab 60 Jahre im Kreis Minden-Lübbecke



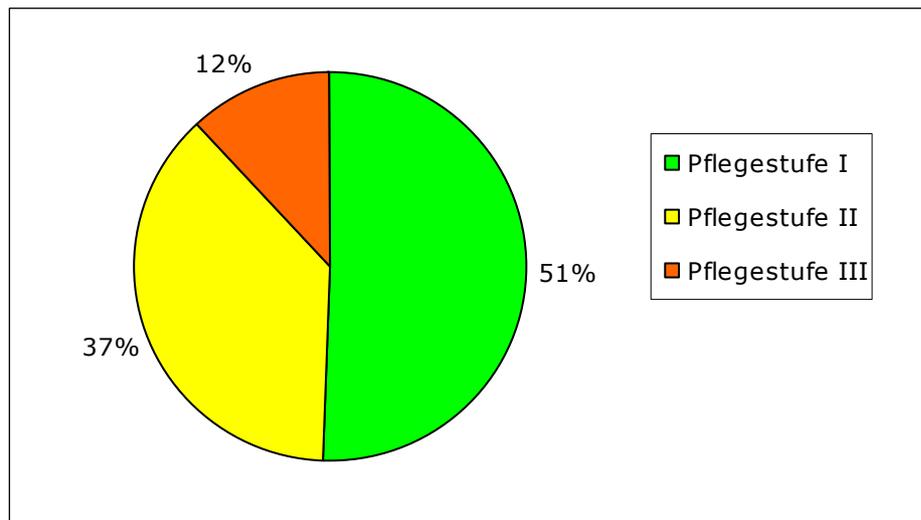
Pflegebedürftigkeit tritt in der Altersgruppe der 60 bis 70jährigen im Kreis Minden-Lübbecke in vergleichsweise geringem Maße auf. In der Altersgruppe zwischen 70 und 80 Jahren treten die ersten Einschränkungen auf, die z. B. häufig zu Schwierigkeiten mit dem Bewohnen der bisherigen Wohnung führen¹⁴. Mit dem Überschreiten der Schwelle von 80 Jahren steigt das individuelle Risiko, pflegebedürftig zu werden, erheblich an.

Gerade in den hohen und sehr hohen Altersgruppen wird der demografische Wandel eine besondere Dynamik entfalten, so dass sich die Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten erhöhen wird (vgl. Kapitel 5).

4.1.3. Verteilung auf die Pflegestufen

Im Kreis Minden-Lübbecke erhalten am Stichtag 15.12.2005 4.098 Personen Leistungen der Pflegestufe I, 3.030 Personen Leistungen der Pflegestufe II und 967 Personen Leistungen der Pflegestufe III. Die entsprechende prozentuale Verteilung auf die Pflegestufen ist der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen:

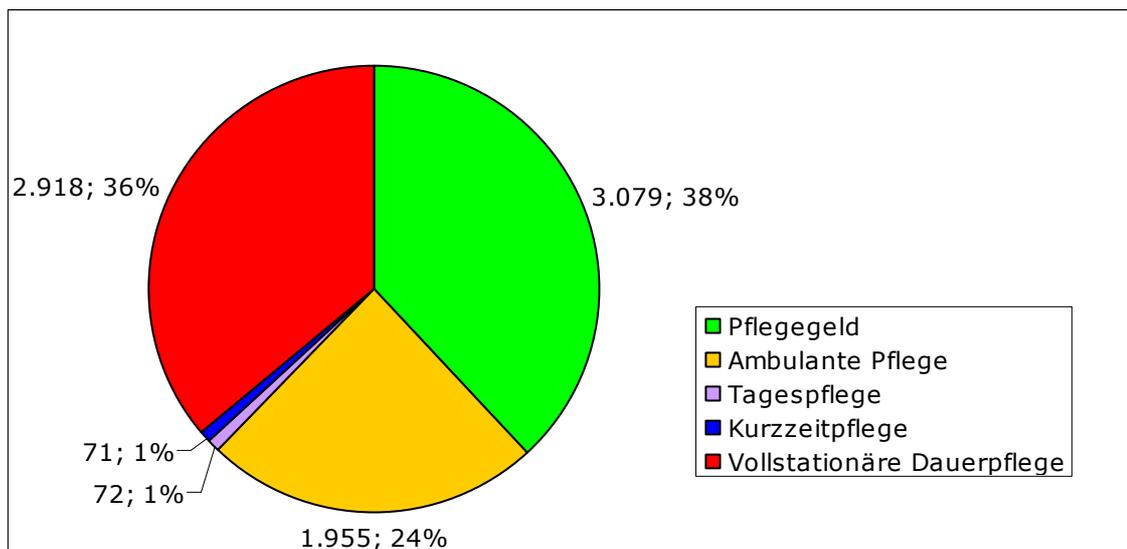
¹⁴ Vgl. Eichener (2004): Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW - Formen, Modelle, Zukunftsperspektiven, S. 91



Darin: 5 Personen der „Pflegestufe III, Härtefall“, d.h., dass in diesen Fällen die für diese Pflegestufe vorgesehene Leistungsgrenze überschritten wird.

In der Gruppe der Pflegebedürftigen im Kreis Minden-Lübbecke stellen Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I die Hälfte aller Personen.

4.1.4. Pflegebedürftige nach Leistungsarten¹⁵



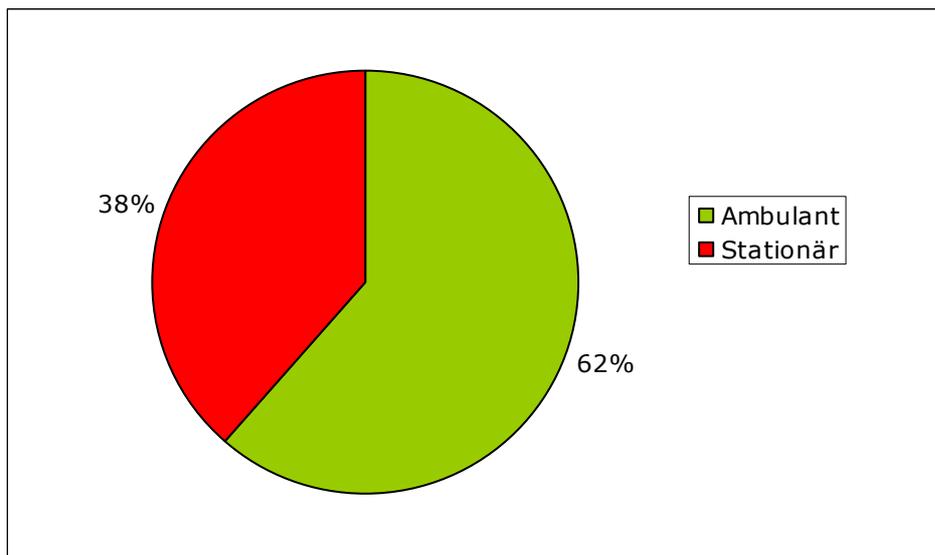
In der Leistungsart „Pflegegeld“ sind diejenigen nicht enthalten, die zusätzlich auch ambulante Pflege (durch Pflegedienste) erhalten. Diese werden bei der Leistungsart „Ambulante Pflege“ berücksichtigt.

¹⁵ Ohne Verhinderungspflege, diese wird vom LDS NRW im Rahmen der Stichtagserhebung nicht erfasst.

Differenziert man die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten (Abb. 4.1.4.), so lässt sich erkennen, dass der größte Anteil der Pflegebedürftigen Empfänger von Pflegegeld sind (38%). Allerdings ist der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die im Rahmen vollstationärer Dauerpflege versorgt werden, nur geringfügig kleiner (36%).

Dabei übersteigt der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen den Anteil der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen (24%) deutlich. Tages- und Kurzzeitpflege werden im Verhältnis zu den anderen Leistungsbereichen nur sehr geringfügig genutzt.

Fasst man „Pflegegeld“ und „Ambulante Pflege“ als „Ambulant“ und „Tages- und Kurzzeitpflege“ sowie „Vollstationäre Dauerpflege“ als „Stationär“ zusammen, ergibt sich im Kreis Minden-Lübbecke am 15.12.2005 nachfolgendes Bild:

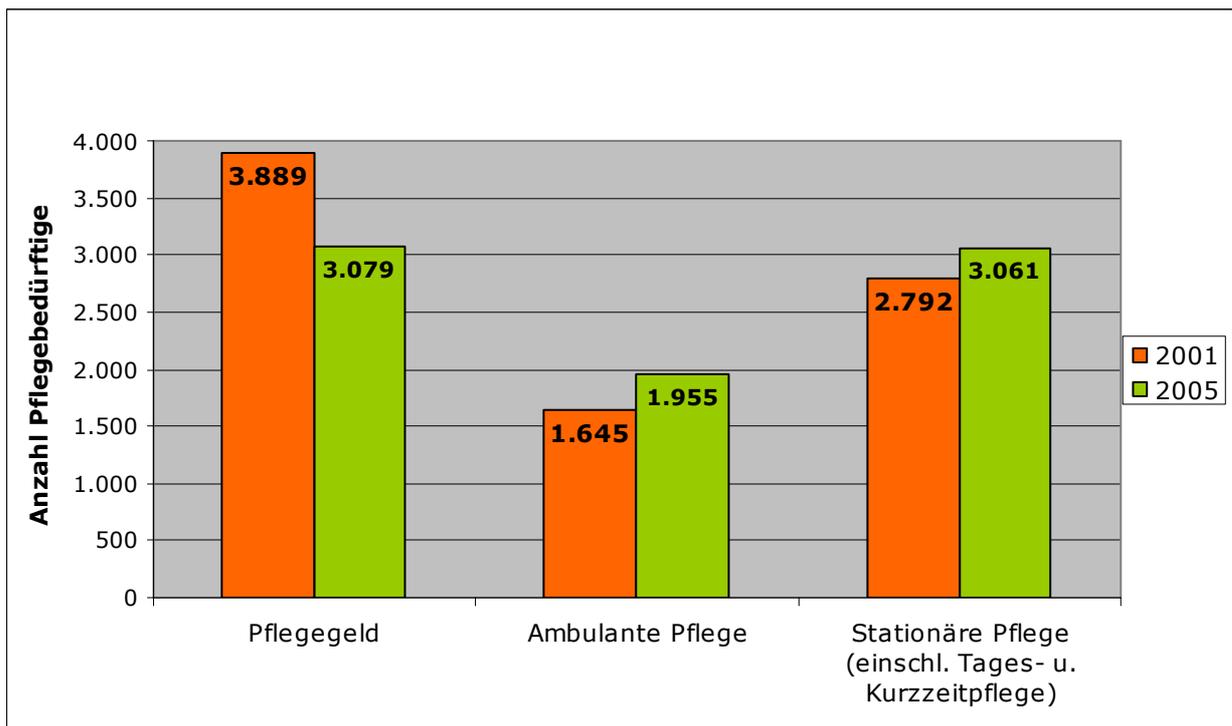


62% der Pflegebedürftigen werden demnach ambulant und 38% der Pflegebedürftigen stationär versorgt.

Innerhalb der ambulanten Pflege werden rd. 61% ohne die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes, also ausschließlich privat durch Angehörige, Freunde und/oder Nachbarn, versorgt.

Der Großteil der Pflegeaufgaben im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wird somit gegenwärtig im Kreis Minden-Lübbecke nicht von professionellen Pflegekräften geleistet, auch nicht von sonstigen beruflich Tätigen, sondern von privat pflegenden Angehörigen, wozu auch Freunde bzw. Nachbarn gehören.

4.1.4.1. Pflegebedürftige insgesamt, Verteilung nach Leistungsarten, Vergleich der Jahre 2001 und 2005



Mit Rückblick auf das Jahr 2001 zeigt sich für den Kreis Minden-Lübbecke ebenfalls der sich auf Landes- und Bundesebene zu beobachtende Trend zur professionellen Pflege durch ambulante Pflegedienste, in Tagespflegeeinrichtungen und in Alten- und Pflegeheimen. Der Anteil der Pflegegeldempfänger geht gegenüber 2001 deutlich zurück.

Eine Ausweitung professioneller Pflege ist zwar mit steigenden direkten Ausgaben verbunden, kann jedoch sowohl für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen als auch die Volkswirtschaft als Ganzes vorteilhaft sein.¹⁶

4.2 Häusliche Pflege durch Angehörige

Es ist in der Regel der Familienkreis, der die Entscheidung für eine häusliche Pflege trifft. Wenn Pflegebedürftige zu Hause von ihren Angehörigen versorgt werden und in eine der drei Pflegestufen eingestuft sind, beziehen sie hierfür von der Pflegekasse Pflegegeld zur Honorierung der pflegenden Angehörigen (oder sonstigen selbst beschafften Pflegepersonen).

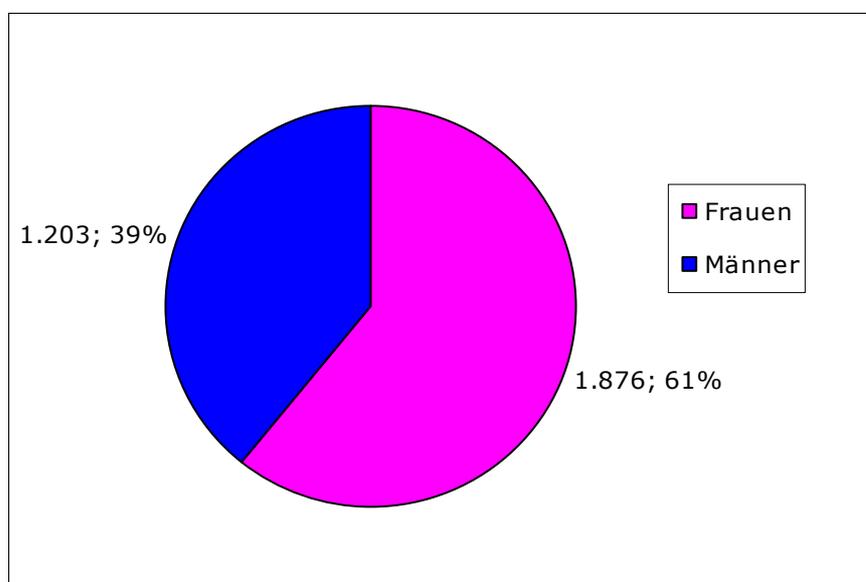
In der Leistungsart „Pflegegeld“ sind im Rahmen der Stichtagserhebung des LDS NRW diejenigen nicht enthalten, die zusätzlich auch ambulante Pflege durch Pflegedienste erhalten („Kombinationsleistung“). Diese werden bei der Leistungsart „Ambulante Pflege“ berücksichtigt.

¹⁶ Vgl. Schnabel, Reinhold (2007): Zukunft der Pflege, S. 6

Pflegegeld ist als Anerkennung und Anreiz für pflegende Angehörige, Freunde oder Nachbarn gedacht. Die Anreizfunktion wird dadurch unterstrichen, dass es nicht als Einkommen der pflegenden Angehörigen gewertet wird und seine Weiterleitung von Pflegebedürftigen an den pflegenden Angehörigen nicht zur erwerbsmäßigen Pflege desselben führt.

Wenn Pflegegeld in Anspruch genommen wird, haben die Pflegebedürftigen regelmäßig (Pflegestufe I und II halbjährlich, Pflegestufe III vierteljährlich) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung sowie der praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

4.2.1. Pflegegeldempfänger¹⁷ im Kreis Minden-Lübbecke

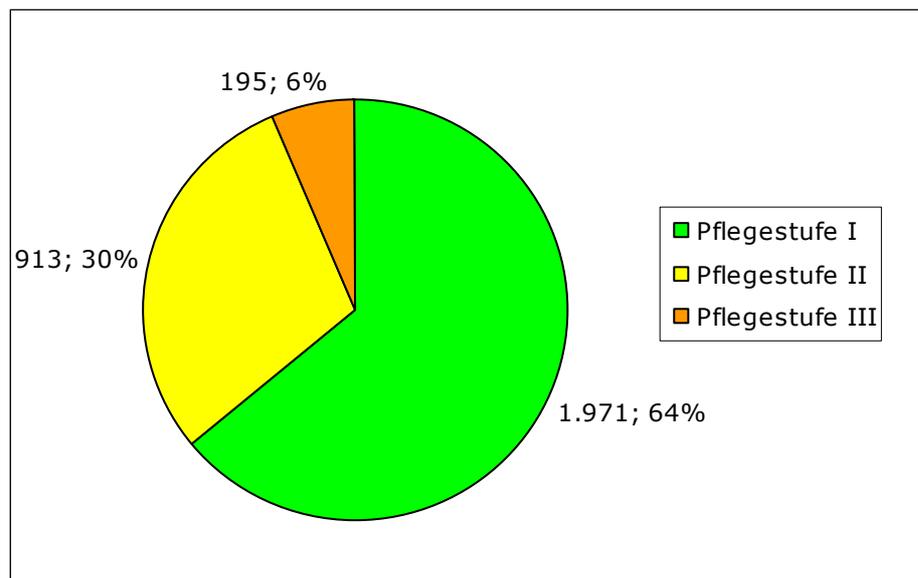


In der häuslichen Pflege werden am 15.12.2005 im Kreis Minden-Lübbecke 3.079 Pflegebedürftige durch Angehörige ohne zusätzliche Hilfe durch einen Pflegedienst versorgt.

Mit 39% ist hier ein größerer Teil als im ambulanten und vollstationären Bereich männlichen Geschlechts. Von den heute alten Männern sind sehr viele verheiratet, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sie von ihren Ehefrauen versorgt werden.

¹⁷ Hierin sind diejenigen nicht enthalten, die Pflegegeld im Rahmen des SGB XII vom Kreis beziehen (Dezember 2005: 77 Personen)

4.2.2. Verteilung auf die Pflegestufen



Differenziert nach Pflegestufen zeigt sich eine deutliche Schwerpunktsetzung im Bereich der Pflegestufe I. Innerhalb der Pflegestufen nimmt der Stellenwert der ausschließlich im familiären Kontext geleisteten häuslichen Pflege mit steigender Pflegebedürftigkeit ab.

Zu den 3.079 ohne Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst häuslich versorgten Personen kommen nochmals 1.013 Pflegebedürftige hinzu, die neben ihren Angehörigen zusätzlich durch ambulante Pflegedienste versorgt werden (Kombination von Geld- und Sachleistung). Damit stellt der Bereich der häuslichen Pflege durch Angehörige mit einer Zahl von insgesamt 4.092 Beziehern von Pflegegeld im Kreis Minden-Lübbecke die größte Gruppe der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung dar.

Über diese Angaben zu Pflegegeldempfängern hinaus gibt es keine verfügbaren Daten dieser Leistungsart auf regionaler Ebene.

Im Folgenden wird daher bei den Angaben zur Situation im häuslichen Bereich auf die von Infratest Sozialforschung erhobenen Daten aus den Jahren 2002/2003 zurückgegriffen.¹⁸ Diese entbehren zwar der detaillierten Angabe zur Situation im Kreis Minden-Lübbecke, dürften aber nicht zuletzt aufgrund ihrer Repräsentativität in den zentralen Aussagen auch für die Situation im Mühlenkreis typisch sein.

- Es sind nach wie vor die näheren Angehörigen, also der engere Kreis der Familie, der die „Hauptlast“ im Bereich der regelmäßig zu erbringenden Hilfeleistungen trägt. 92% der Pflegebedürftigen und auch 85% der sonstigen Hilfebedürftigen werden privat in der Regel von Familienangehörigen betreut.

¹⁸ Vgl. Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland, S. 18 ff.

- Die Funktion der Hauptpflegeperson, also die Person, die die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung trägt, wird in der Regel von den engsten Familienangehörigen wahrgenommen. Bei insgesamt 28% der Pflegebedürftigen ist es der Ehepartner, bei 26% die Tochter, bei 12% die Mutter und bei weiteren 10% der Sohn, dem diese Aufgabe zukommt. In weiteren 17% der Fälle sind es sonstige Verwandte und bei 7% Nachbarn oder Bekannte. In der Regel handelt es sich bei dieser letzten Konstellation um etwas jüngere Pflegebedürftige bzw. um Personen ohne nähere Angehörige. Es sind im Kern die engeren familiären Verhältnisse, die bestimmen, wer die Rolle der Hauptpflegeperson einnimmt. Bei verheirateten Pflegebedürftigen ist es der Ehepartner, bei verwitweten und in der Regel hochbetagten Pflegebedürftigen die Tochter, der Sohn oder vereinzelt auch die Schwiegertochter und bei jungen Pflegebedürftigen in der Regel die Mutter, die zuständig ist.
- Insgesamt 73% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen sind weiblich und 27% männlich (männliche Hauptpflegepersonen übernehmen dabei stärker die Rolle des Pflegemanagements, während bestimmte körperbezogene Hilfeleistungen dann von professionellen Diensten übernommen werden¹⁹). Es sind demnach mehrheitlich, jedoch nicht ausschließlich, Frauen, die in Privathaushalten pflegen. Mit 69% ist die Mehrheit verheiratet. 60% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen sind bereits 55 Jahre oder älter. Von den Hauptpflegepersonen, die im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren sind und die privat eine pflegebedürftige Person betreuen, sind 60% nicht erwerbstätig.
- Die Übernahme der Rolle der Hauptpflegeperson setzt nicht unbedingt voraus, dass man mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt wohnt. Insgesamt 62% der Pflegebedürftigen leben mit der Hauptpflegeperson unmittelbar zusammen. Etwas anders stellt sich die Situation von alleinlebenden Pflegebedürftigen dar. Hier verfügen nur 57% über eine Hauptpflegeperson, die nicht weiter als maximal 10 Minuten entfernt wohnt. 21% der alleinlebenden Pflegebedürftigen können auf gar keine privaten Hilfen zurückgreifen.
- Insgesamt ist die Tätigkeit von Hauptpflegepersonen in der Regel ein Full-Time-Job. Für 64% gilt, dass sie im Prinzip täglich rund um die Uhr zur Verfügung stehen müssen. Im Schnitt sind es 36,6 Stunden pro Woche, die Hauptpflegepersonen im weiteren Sinne für Hilfe, Pflege oder Betreuung aufwenden. Bei sonstigen Hilfebedürftigen wird der Aufwand auf 14,7 Stunden pro Woche geschätzt. Es ist die persönliche Betreuung, die im Rahmen der privat erbrachten Hilfeleistungen im Tagesverlauf relativ am häufigsten anfällt.

¹⁹ Vgl. Schneekloth (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, Heft 6, S. 408

- Vor dem Hintergrund des erheblichen Aufwandes, der zur Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen in Privathaushalten erforderlich ist, schätzen die privaten Hauptpflegepersonen die damit verbundene Belastung als erheblich ein. 42% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen fühlen sich eher stark und 41% sogar sehr stark belastet. 10% geben an, eher wenig, und 7%, gar nicht belastet zu sein. Bei den Betreuern von sonstigen Hilfebedürftigen sind es hingegen 31%, die sich eher stark, und lediglich 8%, die sich sehr stark belastet fühlen. 40% geben hier an, eher wenig, und 21%, gar nicht belastet zu sein. Hinsichtlich der Art der Belastung geben 68% der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen an, dass es sich sowohl um körperliche als auch um seelische Belastungen handelt. Die Überlastung der pflegenden Angehörigen ist nach wie vor der wichtigste Grund für eine nicht hinreichende Pflege und Versorgung sowie eine der entscheidenden faktischen Grenzen der häuslichen Pflege.
- Die erheblichen Belastungen, die mit einer privaten Hilfe und Pflege verbunden sind, gehen damit einher, dass privat Pflegenden nur zu einer Minderheit regelmäßig auf Beratung oder sonstige allgemeine Unterstützungsangebote zurückgreifen. Insgesamt sind es nicht mehr als 16% der Hauptpflegepersonen, die regelmäßig ein Beratungs- oder Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen. 37% nutzen diese zumindest ab und an.
- Wenig bedarfsgerecht stellt sich die Ausstattung der Wohnungen dar, in denen Pflegebedürftige betreut werden. Ein barrierefreier Zugang ohne Stufen (ggf. über einen Aufzug, eine Rampe) ist nur in 59% der Haushalte gegeben. Über ein pflegegerecht ausgebautes Badezimmer verfügen 29% bzw. über eine pflegegerechte Toilette 28% der Pflegebedürftigen.
- Sowohl aus der Sicht der Pflegebedürftigen als auch deren Angehöriger gilt die Lebensführung in „den eigenen vier Wänden“ nach wie vor als die eindeutig präferierte Wohn- und Lebensform. Sowohl die Angehörigen als auch die Pflegebedürftigen selber halten es im Grundsatz für nicht sinnvoll und damit für sich persönlich auch nicht als akzeptable Lösung, zukünftig in ein Heim zu wechseln.

Wenngleich angesichts von Individualisierung, Pluralisierung und arbeitsmarktpolitischen Belangen und Erfordernissen für die Zukunft nicht davon ausgegangen werden kann, dass das familiäre Pflegepotential im bisherigen Maße zur Verfügung steht, muss die häusliche Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen kein Auslaufmodell sein. Entscheidend wird sein, inwieweit die eher traditionelle Pflege, bei der eine einzige Person die Versorgung und Betreuung trägt, durch Arrangements ersetzt werden kann, bei denen unterschiedliche Akteure ein-

bezogen sind und wo auch professionelle Unterstützungsleistungen stärker akzeptiert werden.²⁰

In diesem Zusammenhang ist auch das Handlungsfeld der Wohnraumgestaltung und Wohnraumanpassung ein bedeutsamer Faktor. Eine barrierefreie Gestaltung des privaten Wohnraums und ein entsprechendes Angebot auf dem lokalen Wohnungsmarkt begünstigt eine ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen.

Die Zukunft der Pflege wird vor allem in der Förderung der Selbsthilfepotentiale der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen liegen.²¹

4.3. Ambulante Pflege durch Pflegedienste

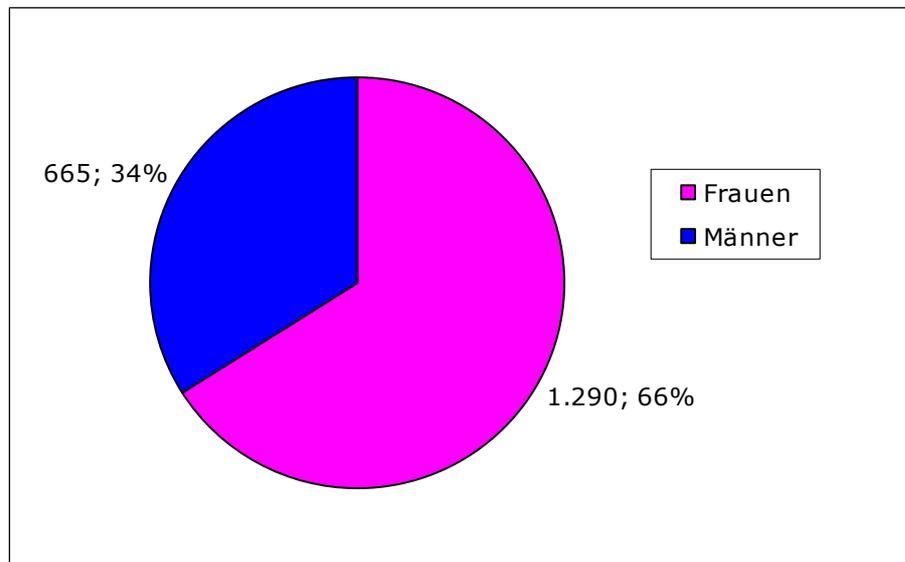
Im Rahmen von ambulanter Pflege durch Pflegedienste werden bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder Krankheit Versorgungsleistungen von professionellen Pflegekräften in Privathaushalten erbracht. Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Arbeit ambulanter Pflegedienste ist, pflegende Angehörige bei ihrer häuslichen Pflegetätigkeit durch Mithilfe zu entlasten und ihnen durch Anleitungen und Kursangebote eine fachliche und psychologische Hilfestellung zu geben. Darüber hinaus gehören bei den meisten ambulanten Pflegediensten mittlerweile auch hauswirtschaftliche Hilfen zum Leistungsspektrum.

Ambulante Pflegedienste werden in unterschiedlichen Organisationsformen sowohl in freigemeinnütziger als auch in privater Trägerschaft betrieben. Neben den klassischen Sozialstationen und mobilen sozialen Diensten sind inzwischen zahlreiche private Anbieter in diesem Bereich tätig.

²⁰ Vgl. Schneekloth (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, Heft 6, S. 411 ff.

²¹ Vgl. Schneekloth (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, Heft 6, S. 412

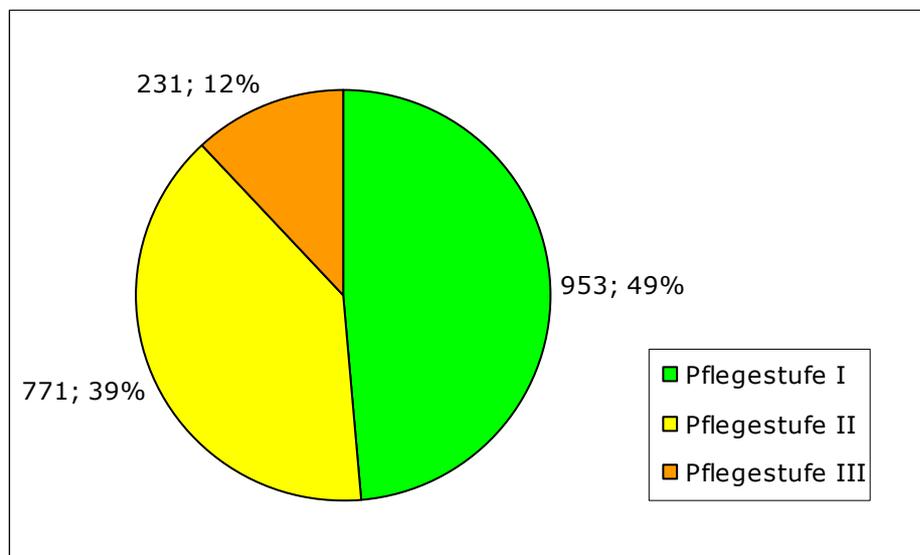
4.3.1. Pflegebedürftige in der ambulanten Pflege



Von den ambulanten Pflegediensten im Kreis Minden-Lübbecke werden am Stichtag 15.12.2005 insgesamt 1.955 Pflegebedürftige versorgt.

Wie auch in den anderen Pflegesegmenten ist das Klientel ambulanter Pflegedienste überwiegend weiblich. Mit 66% stellen pflegebedürftige Frauen – bedingt durch eine längere Lebenserwartung und entsprechend höheren Anteilen in den Altersgruppen – die größte Gruppe.

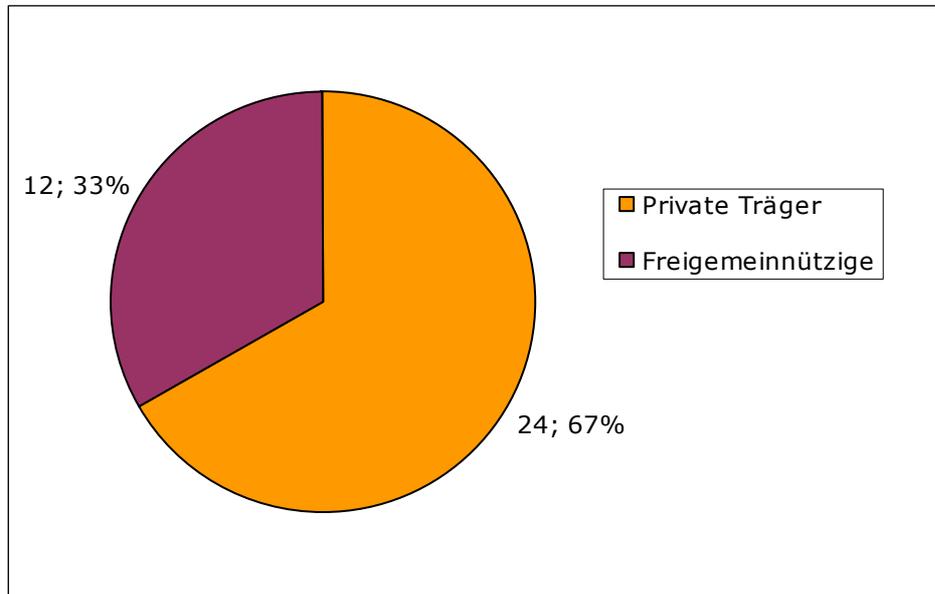
4.3.2. Verteilung auf die Pflegestufen



Darin: 3 Personen der „Pflegestufe III, Härtefall“, d.h., dass in diesen Fällen die für diese Pflegestufe vorgesehene Leistungsgrenze überschritten wird.

Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, ist der Pflegestufe I zugeordnet.

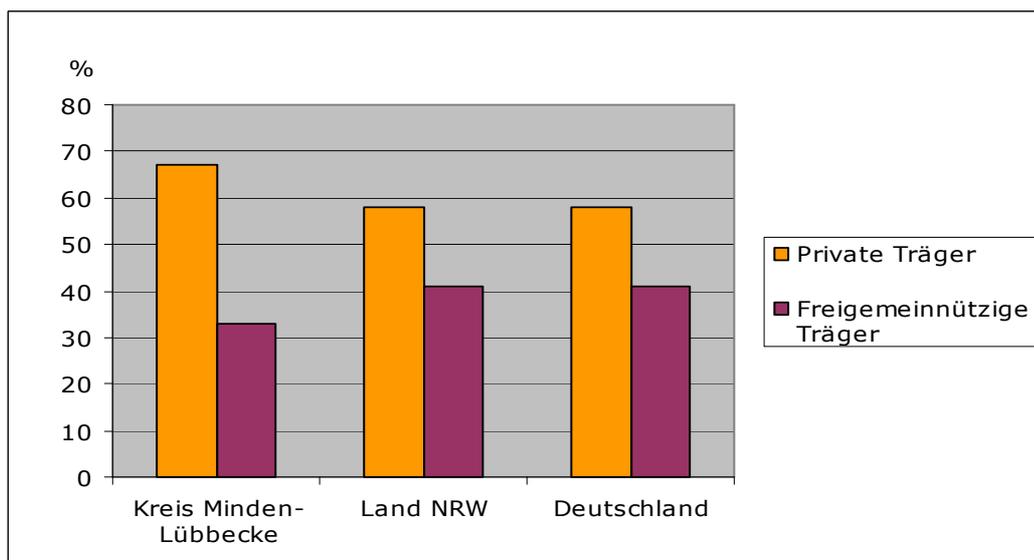
4.3.4. Pflegedienste im Kreis Minden-Lübbecke nach Trägerschaft



Mit 67% überwiegen in der ambulanten Pflegelandschaft des Kreises Minden-Lübbecke am 15.12.2005 die privaten Unternehmen. 33% der Pflegedienste sind in freigemeinnütziger Trägerschaft.

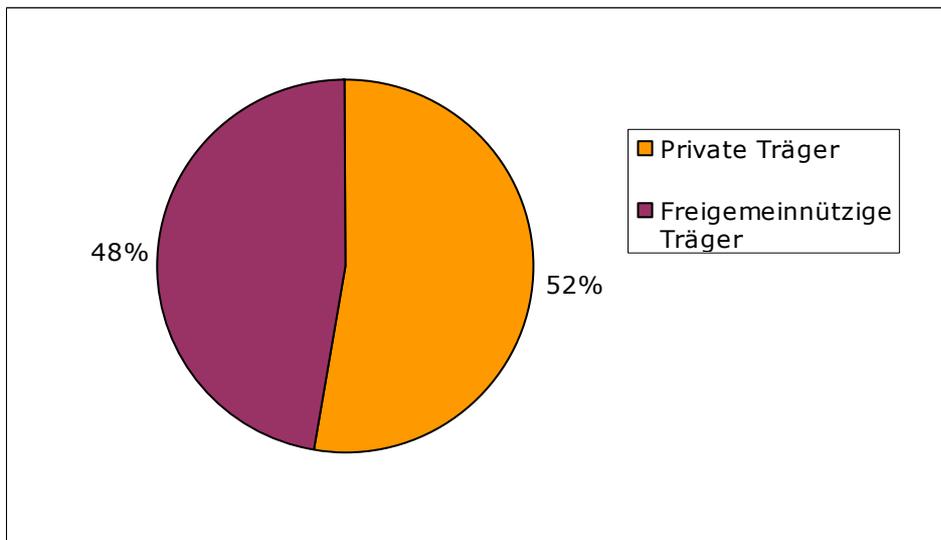
Dies entspricht dem landes- und bundesweiten Trend, wie die nachfolgende Abbildung erkennen lässt. Dort dominieren ebenfalls die privaten Träger bei den ambulanten Pflegediensten mit jeweils 58% (Land/Bund), der Anteil der freigemeinnützigen Träger beträgt landes- und bundesweit jeweils 41%.²²

4.3.5. Pflegedienste nach Träger im Landes- und Bundesvergleich



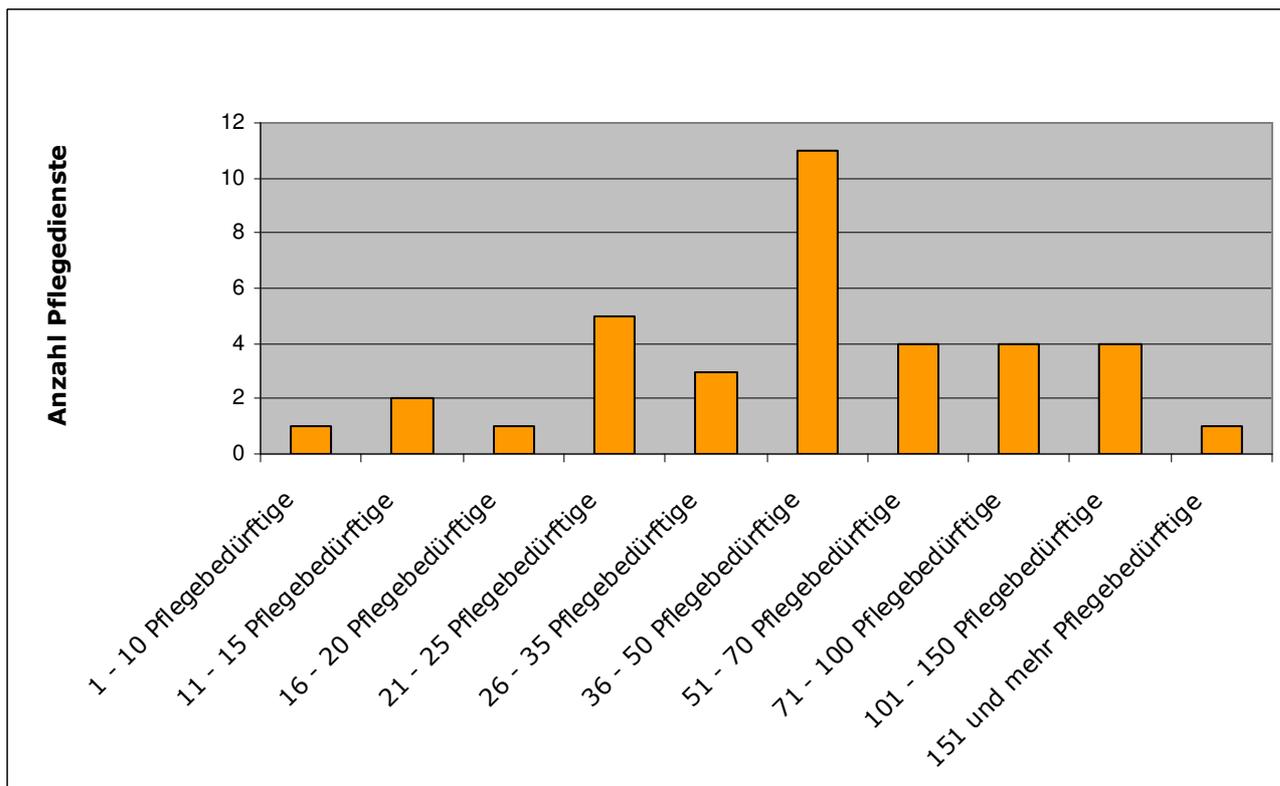
²² Vgl. hierzu: Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 5

4.3.6. Pflegebedürftige nach Träger des Pflegedienstes



Wenngleich die privaten Anbieter 67% der Pflegedienste stellen, versorgen sie „nur“ 52% aller Sach- und Kombinationsleistungsempfänger.

4.3.7. Pflegedienste nach Zahl der Pflegebedürftigen



Die Pflegedienste im Kreis Minden-Lübbecke versorgen am 15.12.2005 mit durchschnittlich 54 Pflegebedürftigen je Pflegedienst im Vergleich zum Durchschnitt im Regierungsbezirk Detmold

(50 Pflegebedürftige), dem Landesdurchschnitt NRW (48 Pflegebedürftige) sowie dem Bundesdurchschnitt (43 Pflegebedürftige²³) überdurchschnittlich viele Personen.

4.3.8. Anzahl und Verteilung der ambulanten Pflegedienste auf das Kreisgebiet am 01.07.2007

Im Kreis Minden-Lübbecke sind die ambulanten Pflegedienste flächendeckend vertreten. Ihr Wirkungsbereich bzw. ihr Einzugsgebiet erstreckt sich aber zumeist über den eigenen Standort hinaus, zum Teil auch über das Kreisgebiet hinaus. Die Verteilung der Standorte ist der nachfolgenden Darstellung zu entnehmen (Stichtag: 01.07.2007):

	Anzahl ambulanter Pflegedienste	In %
Bad Oeynhausen	8	17%
Espelkamp	5	11%
Hille	2	4%
Hüllhorst	1	2%
Lübbecke	4	9%
Minden	15	33%
Petershagen	3	7%
Porta Westfalica	2	4%
Preußisch Oldendorf	1	2%
Rahden	2	4%
Stemwede	3	7%
Kreis Minden-Lübbecke	46	100%

Analog der Bevölkerungszahl und -dichte finden sich in der aktuellen Verteilung die meisten Anbieter in den bevölkerungsstärksten Städten Minden und Bad Oeynhausen, während in den kleineren Städten und Gemeinden nur 1 bzw. 2 ambulante Pflegedienste ansässig sind. Dabei ist zu beachten, dass die ambulanten Angebote auch von Kunden außerhalb des Kreisgebietes angefragt werden. Insbesondere dort, wo kreisangehörige Städte und Gemeinden an andere Kreisgrenzen bzw. an die Landesgrenze stoßen, findet eine Versorgung auch durch außerhalb des Kreisgebietes ansässige Pflegedienste statt, bzw. werden von kreisansässigen Pflegediensten Pflegebedürftige mit Wohnsitz außerhalb des Kreisgebietes versorgt.

Rund 98% der von kreisansässigen ambulanten Pflegediensten versorgten Personen leben innerhalb des Kreises Minden-Lübbecke.²⁴

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 5

Vertreter ambulanter Pflegedienste weisen in Gesprächen auf Umbrüche in der Anbieterstruktur hin. Zum einen werden diese durch generelle Marktberreinigung unter dem Qualitätsaspekt (mangelnde Zuverlässigkeit, mangelnde Pflegequalität) und dem zunehmenden Kostendruck durch allgemeine Preissteigerungen (steigende Fahrtkosten, geringere Ausgabenbereitschaft auf Kundenseite, etc.) erklärt. Zum anderen sehen sich die ambulanten Pflegedienste in den letzten Jahren der zunehmenden Konkurrenz durch direkt im Haushalt des Pflegebedürftigen (illegal) beschäftigte Personen mit und ohne adäquate Qualifikationen ausgesetzt.

Perspektivisch gewinnen für ambulante Pflegedienste insbesondere Vernetzungen mit Einrichtungen/Angeboten eigener, aber auch anderer Träger an Bedeutung. Diese zum Teil schon von ambulanten Pflegediensten im Kreis Minden-Lübbecke aufgebauten Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen (z.B. in Form von „NADel e.V.“²⁵, Angeboten des Betreuten Wohnens, etc.) tragen einerseits zur wirtschaftlichen Stabilität und der Abdeckung eines größeren Leistungsspektrums der Pflegedienste bei, zum anderen fördern sie die Durchlässigkeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Die gegenwärtige Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten soll nach übereinstimmender Auffassung aller Prognosen im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung und dem Rückgang familiärer Pflegepotentiale zukünftig ansteigen. Es werden daher voraussehbar mehr ältere Menschen im Falle von Pflegebedürftigkeit auf ambulante Pflegedienste angewiesen sein, als dies bislang der Fall ist.

In diesem Zusammenhang besteht für die ambulante Pflege hinsichtlich einiger Patientengruppen großer Handlungsbedarf.²⁶ Dazu gehört allen anderen voran die stetig wachsende Gruppe an psychisch und demenziell erkrankten Menschen. Auch die häusliche Versorgungssituation sterbender Menschen findet seit geraumer Zeit Aufmerksamkeit und ist Gegenstand unterschiedlicher Aktivitäten und Bemühungen, auf Bundes-²⁷ und Landesebene²⁸, aber auch vor Ort im Kreis Minden-Lübbecke. So bietet bspw. der Paritätische Verein für freie Sozialarbeit e.V. seit dem Jahr 2006 kreisweit eine „ambulante Palliativberatung“ für schwerkranke Menschen und ihre Angehörigen an.

²⁴ Kreiseigene Erhebung im Rahmen der Pflegestatistik am Stichtag 15.12.2005

²⁵ Netzwerk Ambulanter Dienste e.V. im Kreis Minden-Lübbecke

²⁶ Vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 139

²⁷ Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird ein Leistungsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung in das Sozialgesetzbuch V eingeführt (§ 37 b SGB V).

²⁸ Die häusliche Versorgung schwerstkranker Menschen soll in NRW flächendeckend ausgebaut werden. Auf Initiative des Gesundheitsministeriums haben sich Institutionen und Verbände des Gesundheitswesens in NRW auf das „Palliativkonzept NRW“ verständigt. Insbesondere durch bessere Verknüpfung von ärztlicher Behandlung, Pflege und Begleitung durch Hospizdienste soll es mehr unheilbar kranken Menschen ermöglicht werden, ihre letzten Tage zu Hause zu verbringen. Darüber hinaus hat das NRW-Gesundheitsministerium den Bericht „Hospizarbeit und Palliativmedizin“ veröffentlicht, um die Diskussion über Hospizarbeit, Palliativmedizin und Sterbebegleitung weiter voranzubringen.

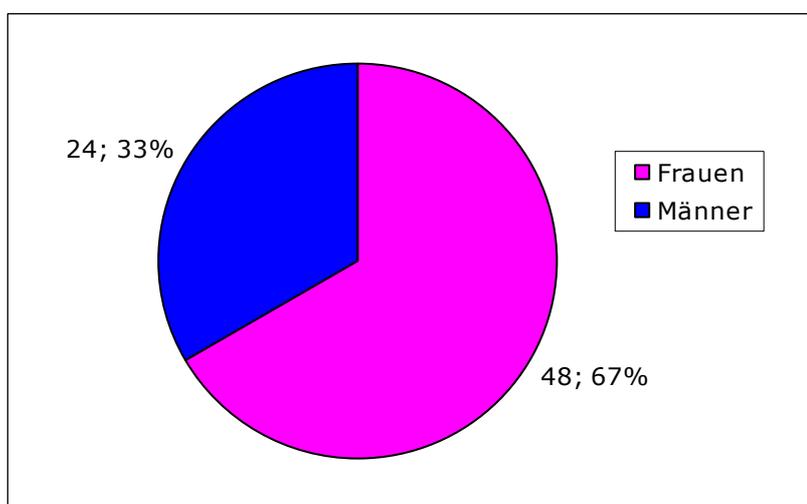
Demgegenüber erfahren andere potenzielle Nutzergruppen noch zu wenig Beachtung: So ist zu erwarten, dass der Anteil älterer behinderter Menschen in der ambulanten Pflege künftig anwachsen wird, ebenso der der Männer, der Migranten und der Menschen mit gleichgeschlechtlichem Lebensentwurf. Auch der Anteil der Alleinlebenden und der kinderlosen Paare wird deutlich ansteigen, womit für die ambulante Pflege (bislang konzipiert als familienergänzende Hilfe) eine Reihe neuer Herausforderungen einhergehen. Weiterhin ist davon auszugehen, dass auch die Gruppe chronisch erkrankter Menschen künftig deutlich zunehmen und sie das Gros unter den Nutzern ambulanter Pflege ausmachen wird. Auch all diejenigen, die vormals stationär im Krankenhaus behandelt und versorgt wurden, werden einen größeren Stellenwert als bislang für die ambulante Pflege erhalten.

4.4. Tagespflege

Gemäß § 41 Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Tagespflegeeinrichtung und zurück.

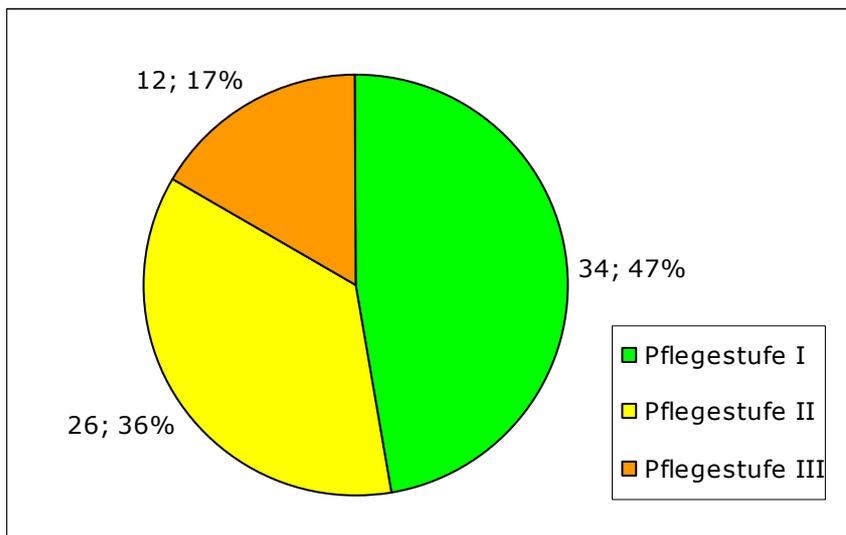
Tagespflege bietet hilfe- und pflegebedürftigen Menschen die Möglichkeit, in der häuslichen Umgebung zu verbleiben und tagsüber in einer Einrichtung gezielte Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Für pflegende Angehörige stellt die Tagespflege eine Entlastung dar.

4.4.1. Pflegebedürftige in Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke



Am 15.12.2005 werden insgesamt 72 Pflegebedürftige in der Tagespflege versorgt, dies entspricht rund 1% aller Pflegebedürftigen im Kreis Minden-Lübbecke. 67% sind Frauen.

4.4.2. Verteilung der Tagespflegegäste auf die Pflegestufen



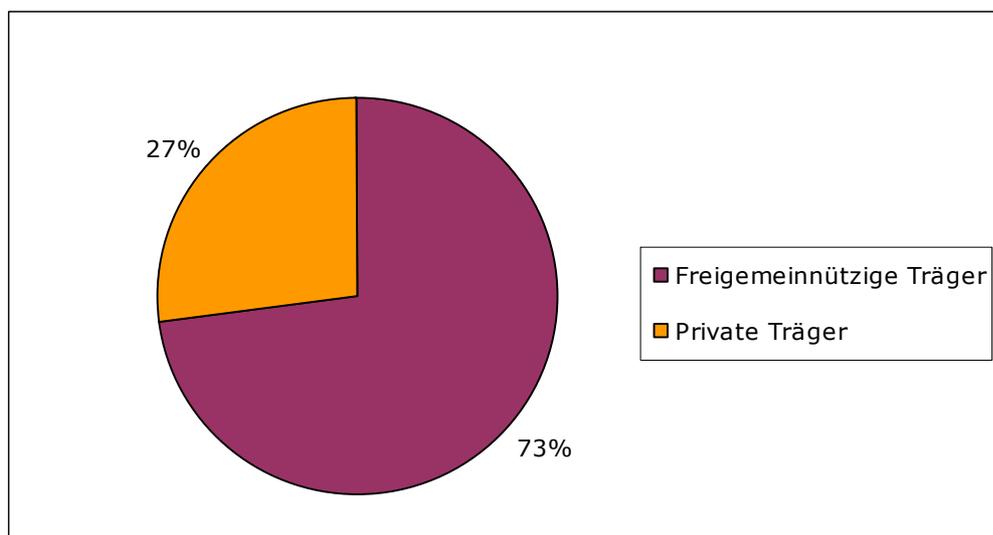
Etwas weniger als die Hälfte der Tagespflegegäste ist der Pflegestufe I zugeordnet.

4.4.3. Verteilung der Tagespflegereinrichtungen und -plätze im Kreisgebiet am 01.07.2007

	Anzahl Tagespflegereinrichtungen	Plätze
Bad Oeynhausen	1	12
Espelkamp	1	12
Hille	1	16
Hüllhorst	1	12
Lübbecke	2	24
Minden	3	36
Petershagen	--	--
Porta Westfalica	--	--
Preußisch Oldendorf	--	--
Rahden	1	12
Stemwede	1	4
Kreis Minden-Lübbecke	11	128

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass eine wohnortnahe Angebotsstruktur, die insbesondere für die Inanspruchnahmebereitschaft wichtig ist, bislang nicht für alle Städte und Gemeinden im Kreis Minden-Lübbecke realisiert ist.

4.4.4. Einrichtungen der Tagespflege nach Trägerschaft (Stichtag: 01.07.2007)



Im Kreis Minden-Lübbecke sind in der Anbieterstruktur deutlich mehr freigemeinnützige als private Träger vertreten.

Gleichwohl die Tagespflege als Betreuungsform im Korridor zwischen ambulanter und vollstationärer Pflege angesiedelt ist und zu den wichtigen Unterstützungsangeboten in der Entlastung pflegender Angehöriger gehört, erfährt sie punktuelle Schwierigkeiten, sich am Pflegemarkt zu positionieren und ihre Marktanteile auszubauen. So wird seitens der Betreiber von schwankenden Auslastungszahlen und der damit verbundenen schwierigen Wirtschaftlichkeit und Planbarkeit dieser Angebotsform berichtet. Zurückgeführt wird dies auf einen relativ geringen Bekanntheitsgrad sowie nicht zuletzt auch auf Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung auf der Nachfrageseite.

Dennoch hat die Akzeptanz von Tagespflegeeinrichtungen als Unterstützung in der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger und das Angebot an Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Minden-Lübbecke in den letzten Jahren zugenommen. Sie sind neben den ambulanten Leistungen eine wesentliche Ergänzung zum familiären Unterstützungssystem geworden und werden als Alternative zum Alten- oder Pflegeheim gesehen bzw. als Möglichkeit genutzt, um eine stationäre Versorgung hinauszuzögern und tragen somit zur Zielsetzung „ambulant vor stationär“ bei.

Wenngleich sich auch die Tagespflegeeinrichtungen mit einer gestiegenen Konkurrenz durch die professionelle ambulante Pflege sowie den in diesem Zusammenhang bereits genannten Beschäftigungsverhältnissen im Privatbereich konfrontiert sieht, deutet sowohl die hohe Auslastungsquote im Kreis Minden-Lübbecke (107,3%) als auch einige geografische Lücken auf die Möglichkeit der Errichtung weiterer Tagespflegeeinrichtungen im Kreisgebiet hin.

Perspektiven bieten sich insbesondere im Hinblick auf den stetig wachsenden Anteil gerontopsychiatrisch veränderter Menschen, die neue Anforderungen an diese Angebotsform stellen. Hintergrund ist hier u.a. der besondere Entlastungsbedarf auf Seiten der pflegenden Angehörigen.

4.5. Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist vollstationäre Pflege mit einer zeitlichen Begrenzung. Gemäß § 42 SGB XI besteht ein Rechtsanspruch auf Kurzzeitpflege, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege (Tagespflege) nicht ausreicht. Dies gilt

- für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 4 Wochen pro Kalenderjahr begrenzt.

Kurzzeitpflege dient der

- Entlastung von pflegenden Angehörigen,
- Krisenintervention, wenn sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen akut verschlechtert,
- Krankenhausnachsorge zu Mobilisation und Rehabilitation,
- Abklärung, ob eine stationäre Versorgung auf Dauer erforderlich ist,
- Überbrückung, bis ein Dauerpflegeplatz gefunden ist.²⁹

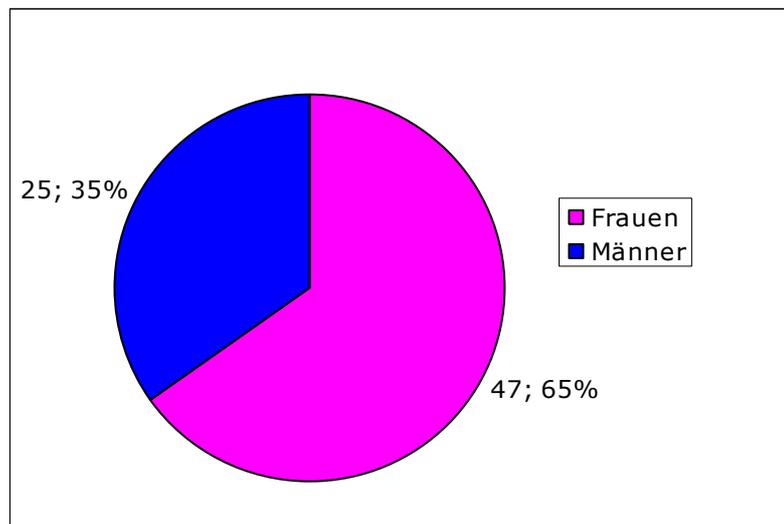
Im Kreis Minden-Lübbecke werden Angebote der Kurzzeitpflege in der Regel als so genannte „eingestreute Kurzzeitpflegeplätze“ in den Alten- und Pflegeheimen vorgehalten.

Am Stichtag 15.12.2005 gibt es im Kreisgebiet 143 solcher Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können. 12 Pflegeplätze werden in einer Pflegeeinrichtung in Minden im Rahmen eines separaten Wohnbereichs ausschließlich für die Kurzzeitpflege genutzt. Hinzu kommen 15 Plätze, die im Rahmen einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung in Bad Oeynhau-

²⁹ Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 160

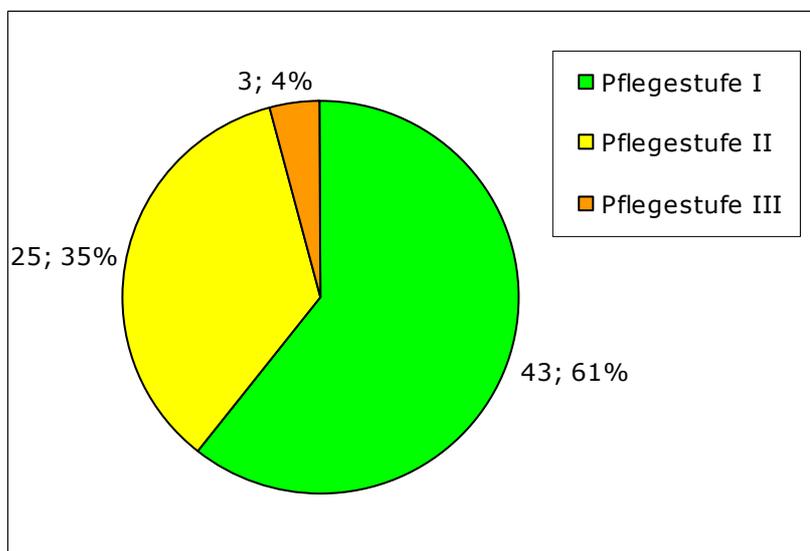
sen angeboten werden. Insgesamt stehen somit am Stichtag 15.12.2005 kreisweit 170 Kurzzeitpflegeplätze zur Verfügung.

4.5.1. Pflegebedürftige in der Kurzzeitpflege



Am Stichtag 15.12.2005 werden im Kreis Minden-Lübbecke 72 Pflegebedürftige im Rahmen der Kurzzeitpflege versorgt, davon sind 65% Frauen.

4.5.2. Verteilung auf die Pflegestufen



Die Mehrheit der Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflege ist der Pflegestufe I zugeordnet, nur ein sehr geringer Anteil (4%) der Pflegestufe III. Im Rahmen der Kurzzeitpflege wird am 15.12.2005 eine Person versorgt, die noch nicht einer Pflegestufe i. S. d. SGB XI zugeordnet ist.

Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ stellt in ihrem Abschlussbericht fest, dass der Tages- und Kurzzeitpflege ein immer höherer Stellenwert zukommen wird: *Ihre Funktion der Ergänzung und Entlastung der häuslichen Pflege sowie der Sicherstellung der Versorgung in besonderen Phasen des Versorgungsverlaufs, etwa im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, wird infolge des demografischen Wandels, der Veränderungen des Krankheitspanoramas und der Umstrukturierungsprozesse im Krankenhausbereich erheblich an Bedeutung gewinnen.*³⁰

4.6. Vollstationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen

Voraussetzung der vollstationären Pflege ist gemäß § 43 Abs. 1 SGB XI, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Im Zentrum der vollstationären Versorgung stehen heute

- Pflegebedürftige mit demenziellen Erkrankungen und kognitiven Einbußen, auffälligen Verhaltensweisen und einer vergleichsweise langen Verweildauer,
- somatisch-pflegebedürftige Menschen mit vergleichsweise kurzer Verweildauer.

Damit sind Alten- und Pflegeheime heute gleichzeitig „Wohnorte“ für eine stetig wachsende Zahl demenziell erkrankter Menschen und „Krankenhäuser“ und „Sterbeorte“ für eine ebenfalls wachsende Zahl schwerstpflegebedürftiger älterer Menschen.³¹

Als Hauptgründe für einen Heimeintritt gelten heutzutage Hochaltrigkeit, ein schlechter Gesundheitszustand, das Alleinleben und die Überlastung pflegender Angehöriger.

Die durchschnittliche Verweildauer in Alten- und Pflegeheimen liegt heute allgemein zwischen 2,7 Jahren³² und 3,25 Jahren³³.

³⁰ Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 156

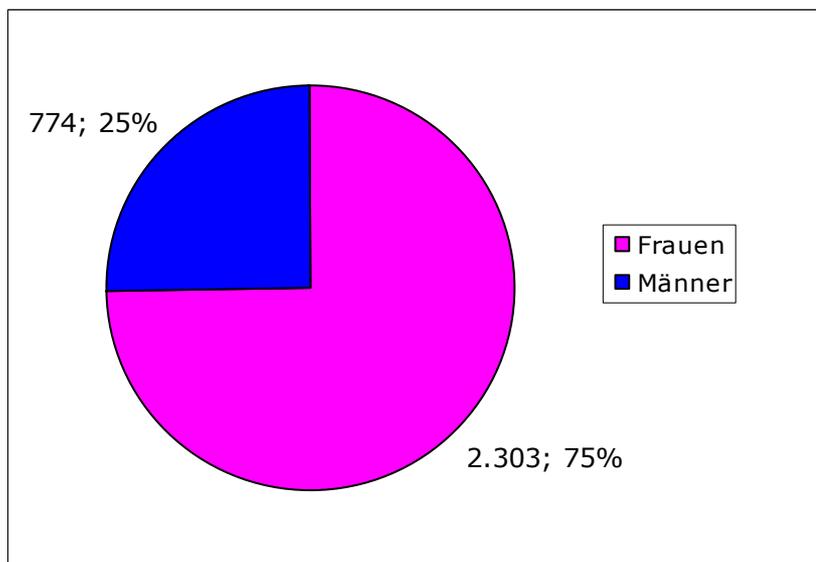
³¹ Vgl. Heitmann / Bonato (2006): Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege, S. 104

Ebenso: Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 162

³² Vgl. Schnabel/Wingenfeld (2002): Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, S. 34

³³ Vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 162

4.6.1. Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege (einschließlich Kurzzeitpflege)



Insgesamt werden am Stichtag 15.12.2005 im Kreis Minden-Lübbecke 3.077 Personen in der vollstationären Pflege versorgt. Hierin enthalten sind 71 Pflegebedürftige in der Kurzzeitpflege (eingestuft i. S. d. SGB XI) sowie 88 Personen, die zwar vollstationär versorgt werden, allerdings noch nicht einer Pflegestufe i. S. d. SGB XI zugeordnet sind.

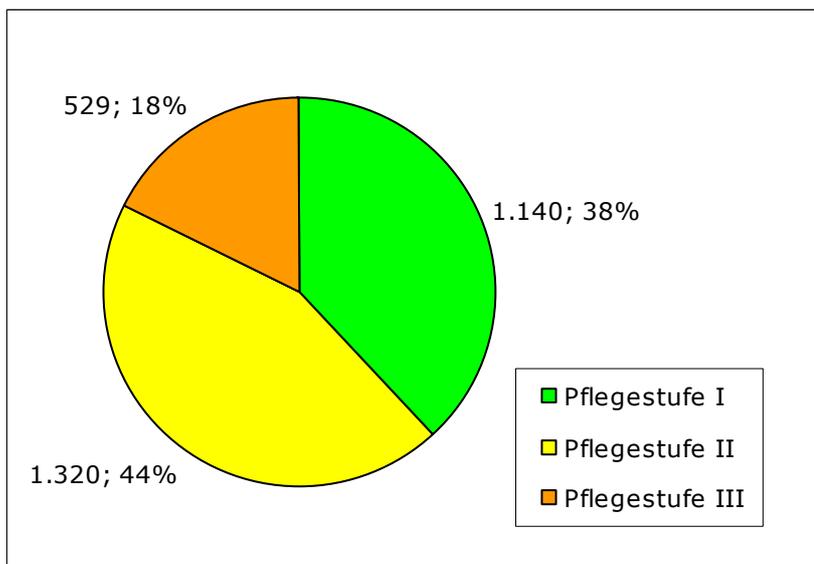
Rund 75% der Bewohner hatten ihren Wohnsitz vor der Heimaufnahme im Kreis Minden-Lübbecke.³⁴

Die Bewohnerstruktur der vollstationären Einrichtungen ist analog der Strukturen in anderen Segmenten überwiegend weiblich. Bedingt durch höhere Lebensalter und der damit zusammenhängenden Überzahl von Frauen in den höheren Altersgruppen, stellen Frauen, wie in den anderen Pflegesegmenten, die Klientelmehrheit. Ihr Anteil von 75% ist im vollstationären Bereich jedoch besonders ausgeprägt. Neben der höheren Lebenserwartung wird als Grund dafür vor allem das höhere Verwitwungsrisiko von Frauen angeführt. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit, nach dem Tod des Lebenspartners in ein Alten- und Pflegeheim umziehen zu müssen, ist für Frauen erhöht, insbesondere, wenn sie keine Kinder haben.³⁵

³⁴ Kreiseigene Erhebung im Rahmen der Pflegestatistik am Stichtag 15.12.2005

³⁵ Vgl. Pleschberger, Sabine (2004): Bloß nicht zur Last fallen! Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, S. 33

4.6.2 Verteilung auf die Pflegestufen (einschließlich Kurzzeitpflege)



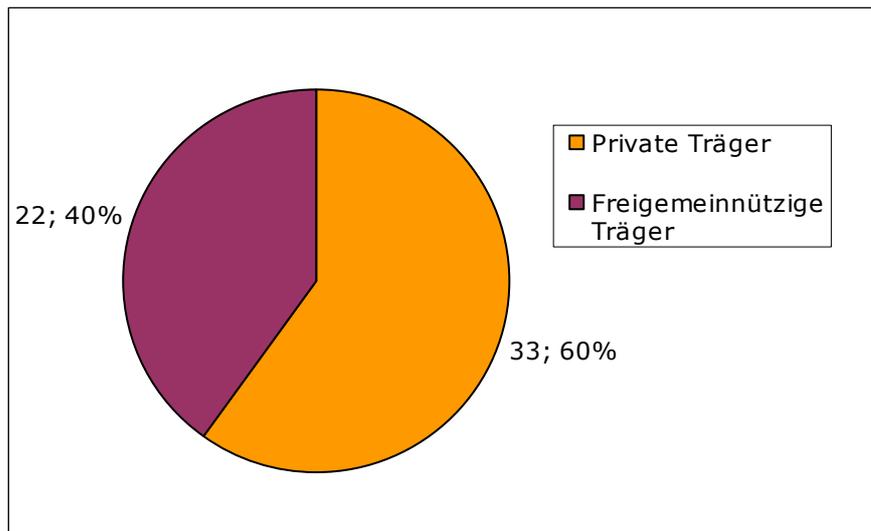
Die Struktur der Pflegebedürftigen in den Alten- und Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke weist einen Schwerpunkt in der Pflegestufe II auf.

Vergleicht man die Verteilung der Pflegestufen in den einzelnen Leistungsbereichen, ergibt sich nachfolgendes Bild (Anteil der Pflegestufen in den jeweiligen Leistungsbereichen):

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Pflegegeld	64%	30%	6%
Ambulante Pflege	49%	39%	12%
Vollstationäre Pflege	38%	44%	18%

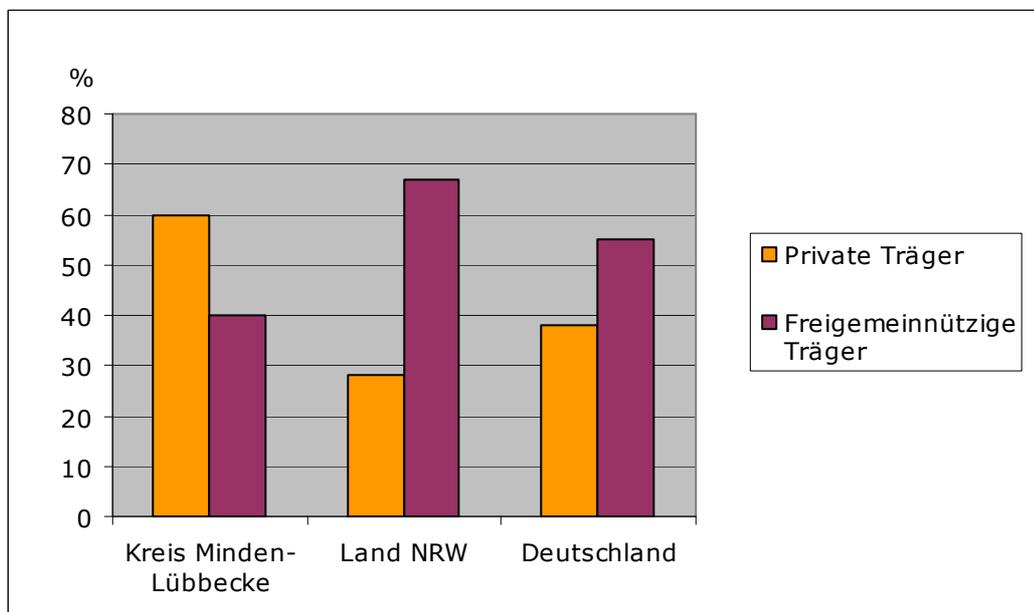
Im vollstationären Bereich leben damit im Vergleich zum ambulanten Bereich mehr Pflegebedürftige, die einer höheren Pflegestufe zugeordnet sind. Dies bestätigt auch für den Kreis Minden-Lübbecke die allgemeine Tendenz, dass ältere Menschen erst dann vollstationär versorgt werden, wenn sie einen sehr hohen Pflegebedarf aufweisen, der durch pflegende Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste nicht mehr aufgefangen werden kann.

4.6.3. Pflegeheime im Kreis Minden-Lübbecke nach Träger



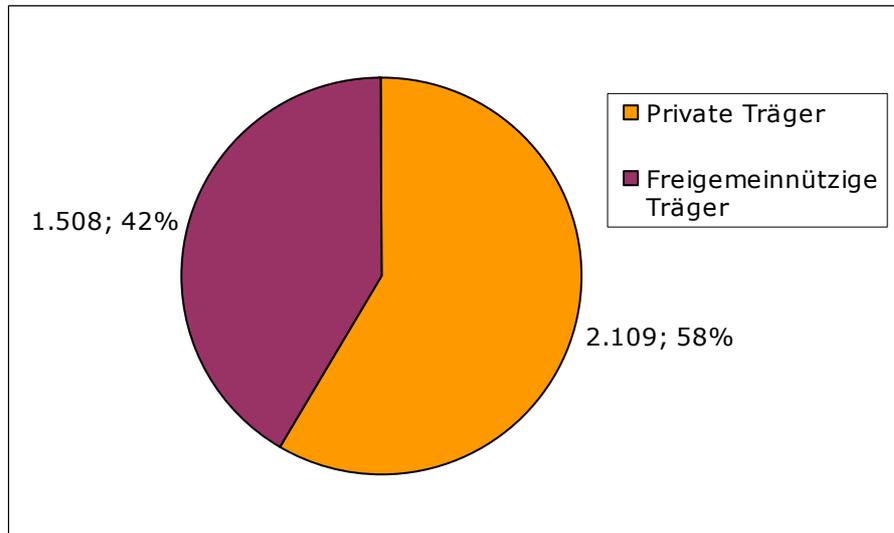
Am 15.12.2005 gibt es im Kreis Minden-Lübbecke 55 Pflegeheime. Die Verteilung nach Trägerschaft der Pflegeheime im Kreis Minden-Lübbecke fällt zugunsten der privaten Anbieter aus. Hier zeigt sich eine Strukturbesonderheit gegenüber dem landes- und bundesweiten Verteilungsbild: Dort dominieren die freigemeinnützigen Träger im Bereich der vollstationären Pflegeheime mit 67% (Land) bzw. 55% (Bund), der Anteil der privaten beträgt landesweit 28% und bundesweit 38%³⁶.

4.6.3.1 Pflegeheime nach Träger im Landes- und Bundesvergleich in Prozent



³⁶ Vgl. hierzu: Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 7

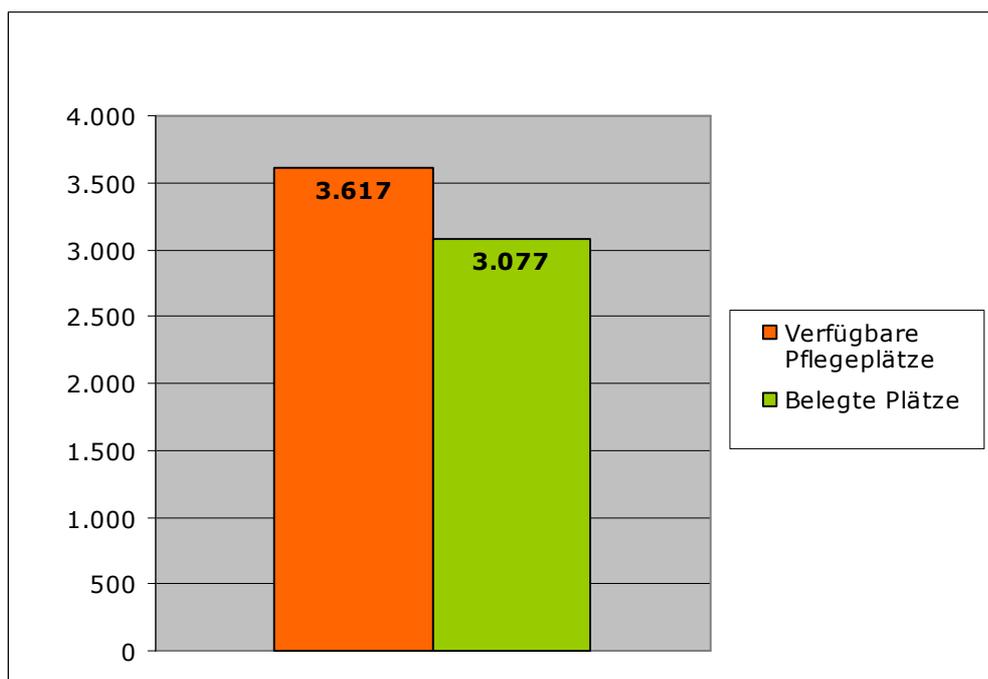
4.6.4. Verfügbare vollstationäre Pflegeplätze nach Träger



Im Kreis Minden-Lübbecke werden am Stichtag 15.12.2005 insgesamt 3.617 vollstationäre Pflegeplätze vorgehalten. In Übereinstimmung mit der Verteilung der Pflegeheime nach Trägerschaft fallen auch die Werte zu verfügbaren Plätzen aus. Ende 2005 entfallen auf die privaten Träger 58% der verfügbaren Plätze, auf die freigemeinnützigen Träger entfallen 42% der verfügbaren Plätze.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass die Verteilung nach Trägerschaft im Kreis Minden-Lübbecke sowohl bezogen auf die Anzahl der Pflegeheime als auch bezogen auf die verfügbaren Plätze zugunsten der privaten Anbieter ausfällt.

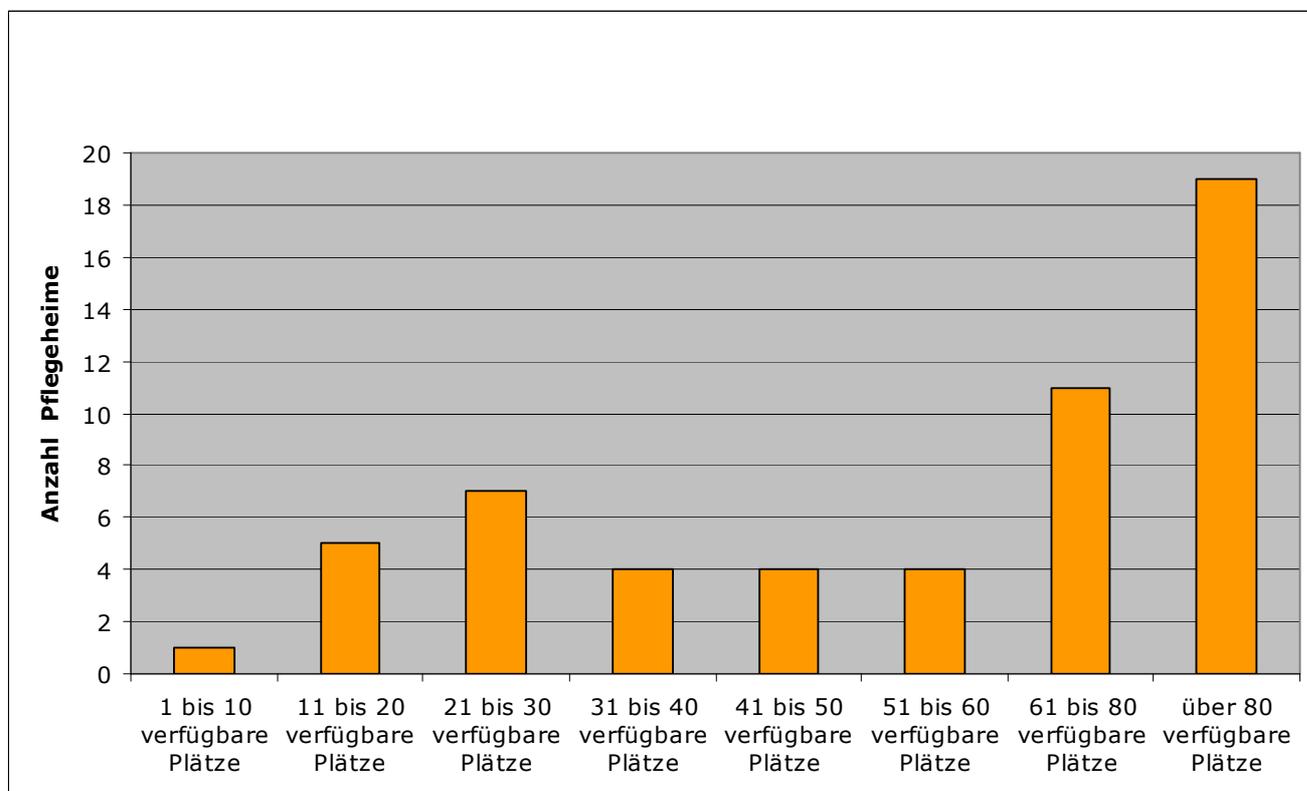
4.6.5. Auslastung der vollstationären Pflegeplätze (einschließlich Kurzzeitpflege)



Am Stichtag 15.12.2005 werden im Kreis Minden-Lübbecke mit insgesamt 3.617 Pflegeplätzen 3.077 Personen³⁷ versorgt. Dies entspricht einer Auslastung der vollstationären Pflege von rd. 85%. Damit liegt die Auslastung im Kreis Minden-Lübbecke unter der Auslastung im Land Nordrhein-Westfalen von rd. 90% und unter der bundesweiten Auslastung von 89%³⁸.

4.6.6. Pflegeheime nach Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)

In Übereinstimmung mit der zeitgemäßen Zielsetzung einer ortsnahen und überschaubaren Versorgung, sollen heutzutage neue Pflegeheime mit über 80 Pflegeplätzen zugunsten eines kleinteiligen Angebots vermieden werden. Neue Einrichtungen mit weit über 80 Plätzen stehen der für die Zukunft prognostizierten zunehmenden Nachfrage nach alternativen und überschaubaren Wohnformen für alte Menschen entgegen.³⁹



Die Pflegeheime im Kreis Minden-Lübbecke haben laut Pflegestatistik des LDS NRW im Durchschnitt jeweils 66 Plätze.

³⁷ Hinzu kommen 144 Personen über 65 Jahre, die im Dezember 2005 ebenfalls in der vollstationären Dauerpflege versorgt werden, allerdings keine Leistungen der Pflegeversicherung, sondern Leistungen nach dem SGB XII im Rahmen der „Pflegestufe 0“ beziehen. Personen der „Pflegestufe 0“ werden vom LDS NRW nicht erfasst.

³⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 8

³⁹ Vgl. KDA, (Hrsg., 2002): Architektur + Gerontologie, Ausgabe 1: Planung humaner Pflegeheime - Erfahrungen und Empfehlungen“, S. 10

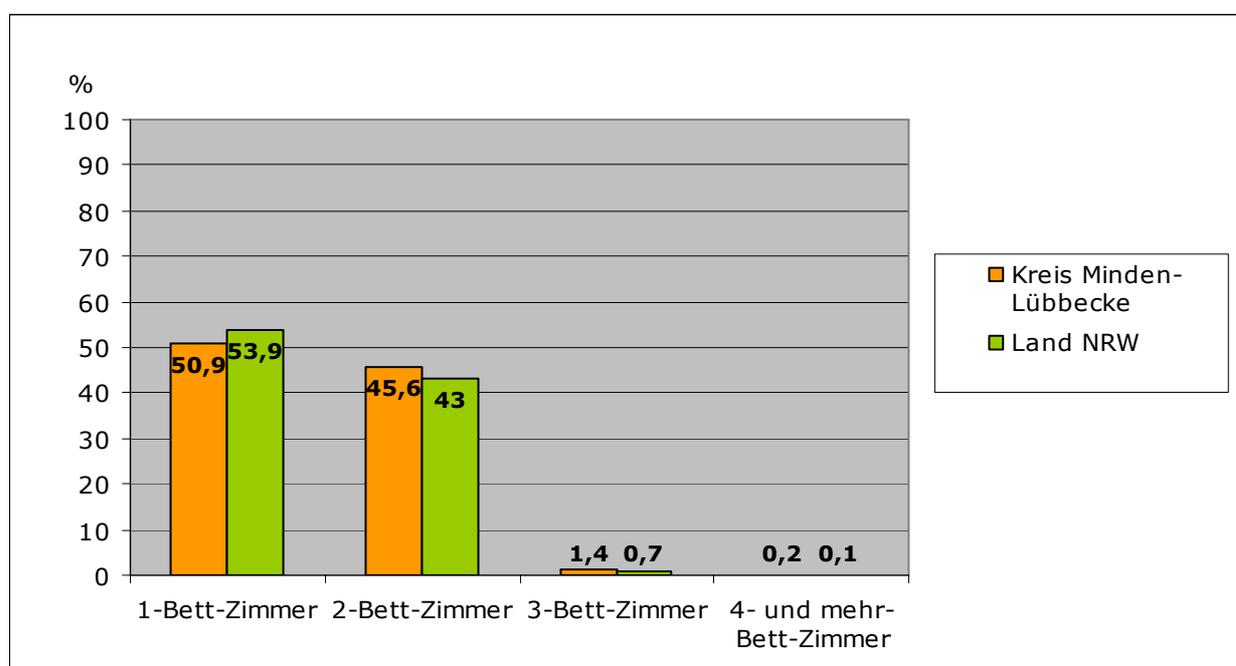
Zum Vergleich:

- Regierungsbezirk Detmold: 69 Plätze je Pflegeheim,
- Land NRW: 78 Plätze je Pflegeheim,
- Deutschland: 65 Plätze je Pflegeheim⁴⁰.

Sowohl bei Neubauten als auch bei Umbaumaßnahmen in bestehenden Pflegeheimen ist auch für eine dauerhafte Marktfähigkeit der Pflegeeinrichtung die Orientierung an der Wohn- und Lebensqualität der Bewohner sowie die Schaffung eines demenzgerechten Milieus von zentraler Bedeutung. Vor diesem Hintergrund, und in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen (PfG NW, AllgFörderPflegeVO), werden in den Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke zunehmend übersichtliche Wohnbereiche realisiert, in denen Pflegebedürftige in überschaubaren Wohngruppen gepflegt und betreut werden.

4.6.7. Vollstationäre Pflege nach Art der Plätze

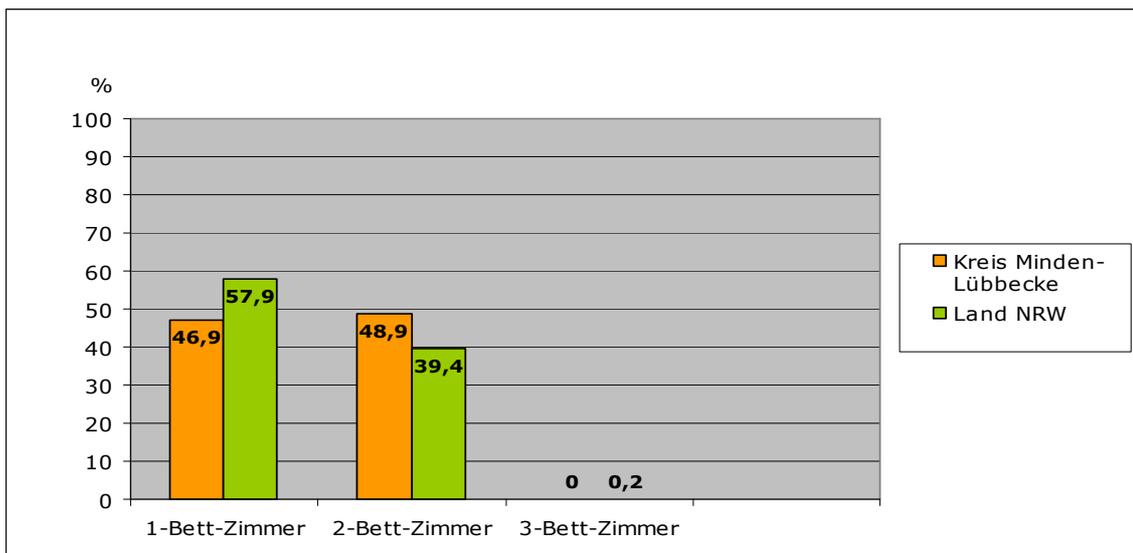
Neben anderen Faktoren wie z.B. die Größe, der Standort, ist auch die Art der Zimmer (Einzel- oder Doppelzimmer) für die Gesamtqualität der pflegerischen Versorgung von wesentlicher Bedeutung. In einem Mehrbettzimmer sind die Bewohner einander ausgesetzt und können nicht klar abgrenzen, wo das eigene Lebensumfeld aufhört und das des Mitbewohners anfängt. Deshalb ist der persönliche Lebensraum im Rahmen eines Einzelzimmers von besonderer Bedeutung, da er Individualität, Intimität und Schutz bietet.



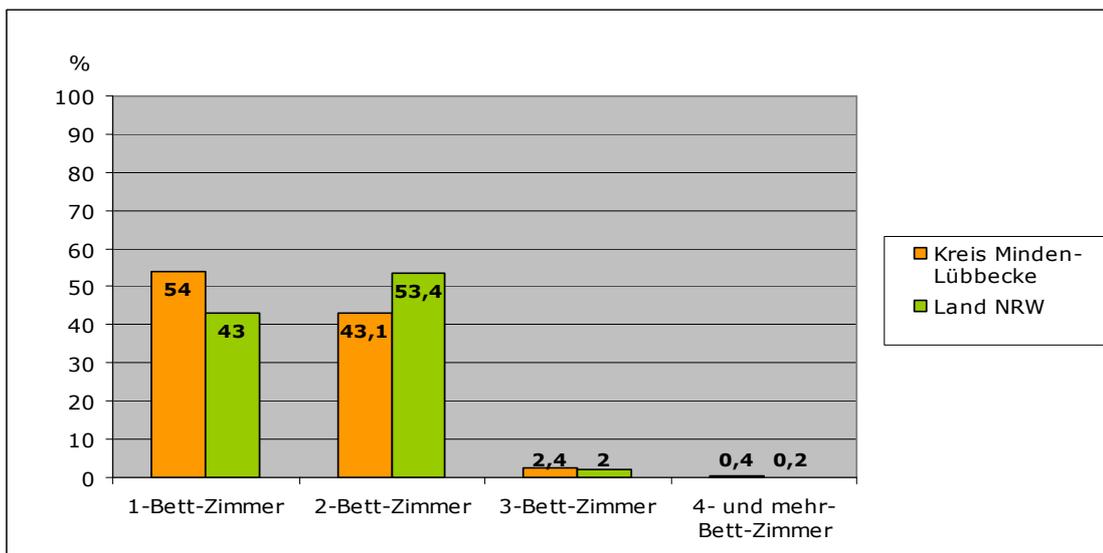
⁴⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 19

Im Rahmen der vollstationären Pflege im Kreis Minden-Lübbecke wird insgesamt die Hälfte der Plätze (50,9%) in Einzelzimmern angeboten, der Rest überwiegend in Zweibettzimmern. Dieses Angebot an Einzelzimmern liegt damit geringfügig unter dem Angebot in Nordrhein-Westfalen (53,9%).

**4.6.7.1. Vollstationäre Pflege nach Art der Plätze in Prozent:
Freigemeinnützige Träger**



4.6.7.2. Vollstationäre Pflege nach Art der Plätze in Prozent: Private Träger



Unterschieden nach Trägern zeigt sich, dass die privaten Träger im Kreis Minden-Lübbecke verhältnismäßig mehr Einzelzimmer im Rahmen der vollstationären Pflege anbieten.

4.6.8. Verteilung der Alten- und Pflegeheime und der vollstationäre Pflegeplätze im Kreis Minden-Lübbecke am 01.07.2007

	Anzahl Alten- und Pflegeheime	Vollstationäre Pflegeplätze in Alten- und Pflegeheimen	Anteil Pflegeplätze in %
Bad Oeynhausen	18	871	22%
Espelkamp	2	166	4%
Hille	2	82	2%
Hüllhorst	1	106	3%
Lübbecke	3	219	5%
Minden ⁴¹	13	1.116	28%
Petershagen	4	312	8%
Porta Westfalica	3	342	9%
Preußisch Oldendorf	2	134	3%
Rahden	5	357	9%
Stemwede	4	295	7%
Kreis Minden-Lübbecke	57	4.000	100%

Im Kreis Minden-Lübbecke sind am 01.07.2007 in allen kreisangehörigen Städten und Gemeinden Alten- und Pflegeheime vorhanden und gewährleisten so kreisweit das Prinzip einer wohnortnahen Versorgung.

4.6.9. Entwicklungen

Nach dem Wegfall des bisherigen kommunalen Steuerungsinstrumentes der Bedarfsbestätigung im Zuge der Novellierung des Landespflegegesetzes NRW hat sich mit der erweiterten Zahl der pflegewohnungsberechtigten Plätze und den realisierten Neu- und Umbauten die Konkurrenzsituation bei gleichzeitig steigendem Kostendruck zwischen den einzelnen Einrichtungen und Trägern im Kreis Minden-Lübbecke verschärft.

Neben Qualitätsverbesserungen und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit werden insbesondere Marketingstrategien für Alten- und Pflegeheime zukünftig von wachsender Bedeutung sein. Diese dienen nicht nur der Abgrenzung der unterschiedlichen Einrichtungen und Träger im Wettbewerb, sondern setzen auch bei einer Imageverbesserung der vollstationären Pflege insgesamt an.

⁴¹ Einschließlich zwei neuer Pflegeeinrichtungen, die sich am 01.07.2007 noch in der Bauphase befinden.

Die Versorgung in Alten- und Pflegeheimen steht unter kritischer Beobachtung der (Fach-) Öffentlichkeit. Aus der Vielzahl der Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen sind folgende Schwerpunkte jetziger und zukünftiger Versorgungstrends festzustellen⁴²:

- Nachhaltige Verbesserung der Bau- und Wohnkonzepte von Alten- und Pflegeheimen,
- Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte im Hinblick auf Aktivierung und soziale Betreuung,
- Weiterentwicklung der Pflege- und Betreuungskonzepte für spezielle Zielgruppen (z.B. Pflege und Betreuung demenzkranker älterer Menschen, älterer Migranten sowie älterer Menschen mit Behinderungen).

Den Bedürfnissen, Vorstellungen und Rechten pflegebedürftiger Menschen (und ihrer Angehörigen) wird in Gesetzen und in der Praxis zunehmend eine höhere Priorität eingeräumt.⁴³ Eine zunehmend selbstbewusstere Nachfrage nach neuen Betreuungsformen durch ältere Menschen und ihre Angehörigen wird neue bzw. veränderte Bedarfe sichtbar machen.

4.7. Auswirkungen der Novellierung des Landespflegegesetzes NRW auf die Pflegelandschaft im Kreis Minden-Lübbecke

Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes zum 01.08.2003 und mit den zu diesem Gesetz erlassenen Rechtsverordnungen haben sich sowohl die Voraussetzungen für die Übernahme der betriebsbedingten Investitionsaufwendungen als auch die baulichen Voraussetzungen für teil- und vollstationäre Plätze verändert.

Übernahme der betriebsbedingten Investitionsaufwendungen

In Tages-, Nacht-, und Kurzzeitpflegeeinrichtungen werden die Investitionsaufwendungen seit der Novellierung des Landespflegegesetzes in Form eines einkommens- und vermögensunabhängigen Aufwendungszuschusses gewährt.

In vollstationären Einrichtungen werden die betriebsnotwendigen Investitionskosten durch das so genannte Pflegewohngeld finanziert. Durch die Änderung des Landespflegegesetzes hat allerdings jeder Bewohner Vermögen über einer Schongrenze von 10.000,- € einzusetzen.

Dies führte dazu, dass im Kreis Minden-Lübbecke zunächst etwa 573 der 800 Pflegewohngefälle eingestellt wurden. Dies entspricht einem Rückgang von rund 72%.

⁴² Vgl. BMFSFJ (Hrsg., 2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, S. 130

⁴³ So haben z.B. das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen u. Jugend gemeinsam die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ initiiert und veröffentlicht. Die Charta soll die Rolle und die Rechtsstellung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen stärken und Informationen und Anregungen bei der Gestaltung des Hilfe- und Pflegeprozesses gewähren. Zugleich soll die Charta Leitlinie für die Menschen und Institutionen sein, die Verantwortung in Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen.

Wegfall der Bedarfsfeststellung

Das novellierte Landespflegegesetz NRW sieht von einer verbindlichen Steuerung der Pflegeplätze ab und öffnet den Pflegemarkt, unabhängig von einer administrativen Bedarfsfeststellung. Der Wegfall der so genannten Bedarfsbestätigung, die bis zum 01.08.2003 Voraussetzung für die Gewährung von Pflegegeld war, hat dazu geführt, dass alle bis zu diesem Zeitpunkt nicht bedarfsbestätigten Plätze voll in die Refinanzierung über das Pflegegeld übergangen.

Gleichzeitig wird die Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte von der kommunalen Pflegebedarfsplanung hin zur kommunalen Pflegeplanung modifiziert.

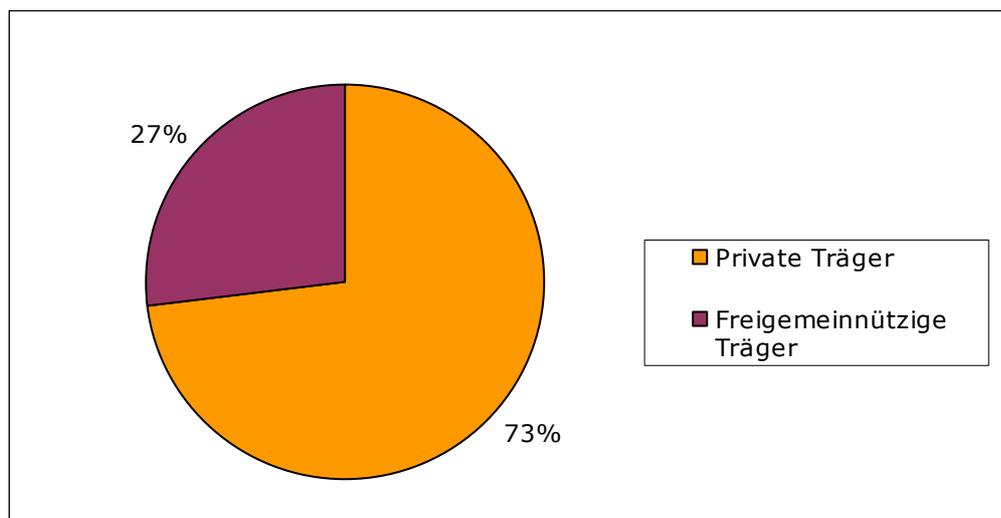
Bauliche Anforderungen

Mit der Novellierung des Landespflegegesetzes sind auch neue bauliche Anforderungen festgeschrieben worden. Für bestehende Einrichtungen ist eine Übergangsfrist von 15 Jahren vorgesehen.

Rund 25% der Alten- und Pflegeheime, die bereits vor der Novellierung des Landespflegegesetzes im Kreis Minden-Lübbecke bestehen, haben mittlerweile das Gespräch mit der Kreisverwaltung im Hinblick auf Umbaumaßnahmen zur Anpassung der Pflegeeinrichtung an die Vorgaben des Landespflegegesetzes NRW gesucht (Stand: 01.07.2007).

Seit Inkrafttreten des novellierten Landespflegegesetzes NRW am 01.08.2003 werden im Kreis Minden-Lübbecke 539 neue vollstationäre Pflegeplätze geschaffen (Stichtag: 01.07.2007, einschließlich zwei neuer Alten- und Pflegeheime, die sich an diesem Stichtag noch in der Bau-phase befinden).

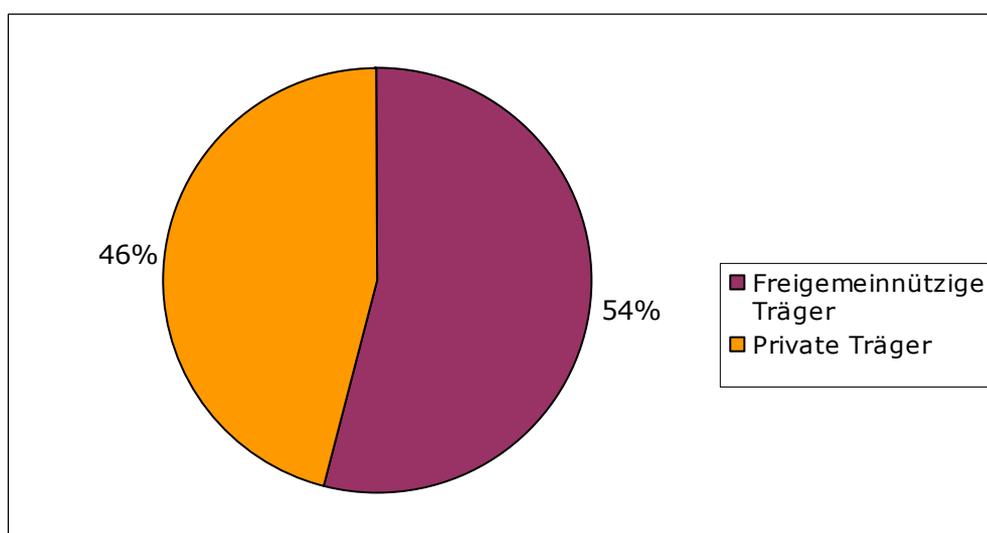
Abb. 4.7.1. Neue vollstationäre Pflegeplätze seit dem 01.08.2003 nach Trägerschaft (Stichtag: 01.07.2007)



Nahezu $\frac{3}{4}$ der neuen vollstationären Pflegeplätze im Kreis Minden-Lübbecke wird von privaten Trägern geschaffen.

Daneben entstehen seit der Novellierung des Landespflegegesetzes NRW kreisweit 52 neue Tagespflegeplätze (Stichtag: 01.07.2007).

Abb. 4.7.2. Neue Tagespflegeplätze seit dem 01.08.2003 nach Trägerschaft (Stichtag: 01.07.2007)

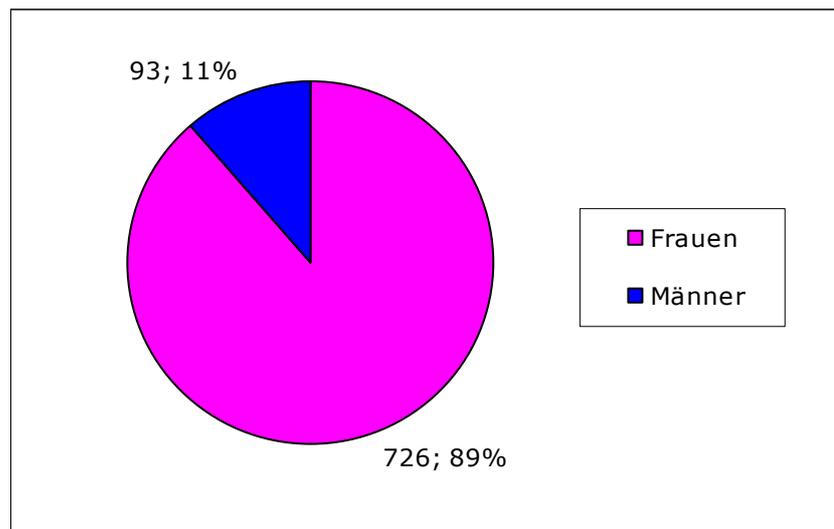


Etwas mehr als die Hälfte der neuen Tagespflegeplätze im Kreis Minden-Lübbecke wird von freigemeinnützigen Trägern realisiert.

4.8. Personal

Professionelle Pflege wird zwar einerseits als Kostenbelastung betrachtet, stellt aber andererseits eine wachsende Zahl von Arbeitsplätzen zur Verfügung. Am Stichtag 15.12.2005 sind in den Pflegediensten und Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke insgesamt 3.423 Menschen beschäftigt.

4.8.1. Personal in ambulanten Pflegediensten



Im Bereich der ambulanten Pflege sind am 15.12.2005 im Kreis Minden-Lübbecke insgesamt 819 Personen beschäftigt. Mit einem Anteil von rund 89% stellen in diesem Pflegesegment Frauen das Gros der Beschäftigten. Der überwiegende Teil (52%) der in der ambulanten Pflege tätigen Personen ist bei privaten Trägern beschäftigt. In der Differenzierung der Beschäftigungsverhältnisse nach Arbeitszeitvolumen zeigt sich, dass der Sektor insbesondere durch ein hohes Maß an Teilzeitbeschäftigung geprägt ist (rd. 77%). Rund 21% des Personals gehen im ambulanten Pflegebereich einer Vollzeitbeschäftigung nach.

Betrachtet man das Personal in der ambulanten Pflege im Kreis Minden-Lübbecke nach Berufsabschlüssen, so stellt sich der Vergleich der Jahre 2001 und 2005 wie folgt dar:

	15.12.2001		15.12.2005	
	Insgesamt	In %	Insgesamt	In %
Altenpfleger/in	81	12%	110	13,4%
Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	38	5,5%	44	5,4%
Krankenpfleger/in	188	27,4%	259	31,6%
Krankenpflegehelfer/in	37	5,4%	30	3,7%
Kinderkrankenpfleger/in	18	2,6%	13	1,6%
Heilerziehungspfleger/in Heilerzieher/in	1	0,1%	2	0,2%
Heilerziehungspflegehelfer/in	5	0,7%	4	0,5%
Heilpädagogin/Heilpädagoge	-	-	1	0,1%
Ergotherapeut/in	1	0,1%	-	-
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe ⁴⁴	4	0,6%	28	3,4%
Sozialpädagogischer / sozialar- beiterischer Berufsabschluss	10	1,5%	8	1%
Familienpfleger/in mit staatl. Abschluss	15	2,2%	7	0,8%
Dorfhelfer/in staatl. Abschluss	-	-	1	0,1%
Abschluss einer pflegewissen- schaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	-	-	6	0,7%
Sonstiger pflegerischer Beruf ⁴⁵	32	4,6%	53	6,5%
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	6	0,8%	3	0,4%
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	10	1,5%	16	2%
Sonstiger Berufsabschluss⁴⁶	122	17,8%	152	18,6%
Ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	118	17,2%	82	10%
	686	100%	819	100%

⁴⁴ z.B. Krankengymnast/in, Masseur/in, Diätassistent/in, Physiotherapeut/in

⁴⁵ z.B. Haus- u. Familienpflegehelfer/in, Schwesternhelfer/in, Altenpflegehelfer/in ohne staatl. anerkannten Abschluss

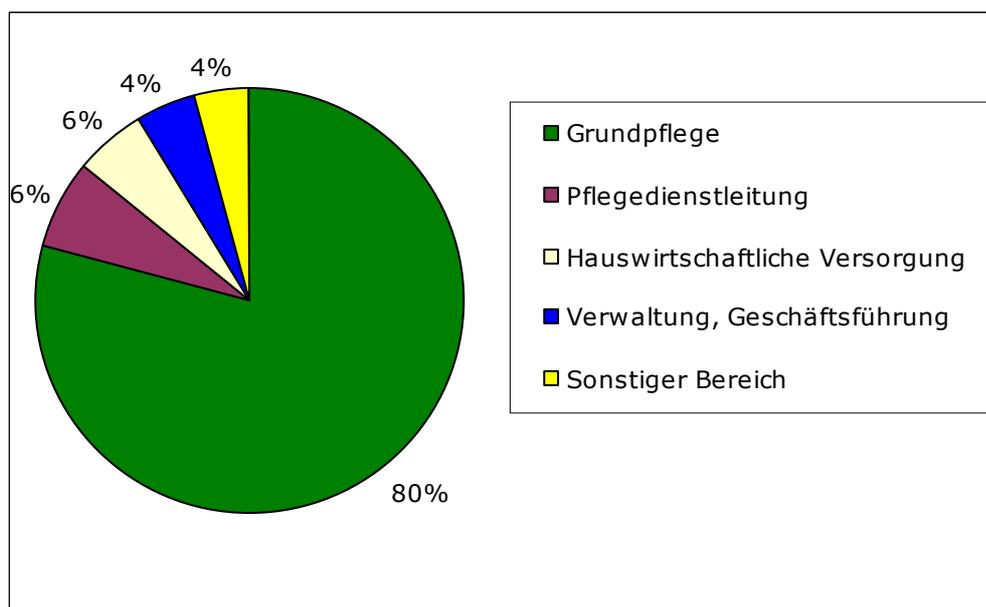
⁴⁶ z.B. Arzthelfer/innen sowie Personen, die nicht einem besonders aufgeführten Berufsabschluss zugeordnet werden können

In Übereinstimmung mit dem Ergebnis für NRW⁴⁷ stellen auch im Kreis Minden-Lübbecke Krankenpfleger den höchsten Anteil am Personal in der ambulanten Pflege. Dabei hat sich ihre Zahl von 188 im Jahr 2001 auf 259 im Jahr 2005 erhöht. Die Zahl der Altenpfleger ist demgegenüber nur sehr leicht gestiegen. 2001 waren 81 Altenpfleger in der ambulanten Pflege beschäftigt, 2005 insgesamt 110.

Im Vergleich mit den im Jahr 2001 bestehenden Beschäftigungsverhältnissen zeigt sich im Jahr 2005 in der ambulanten Pflege ein Zuwachs der Beschäftigten von 686 auf 819 (+133). Diese Angabe generalisiert allerdings sehr stark und bezieht auch Auszubildende, Zivildienstleistende und andere nicht festangestellte Personen ein.

Dabei hat die Zahl der Vollzeitbeschäftigten innerhalb dieser vier Jahre abgenommen, ihr Anteil am Personal fällt von 26% im Jahr 2001 auf 21% im Jahr 2005. Mitarbeiterzuwächse sind also lediglich im Bereich der Teilzeitbeschäftigten festzustellen, was dazu führt, dass ihr Anteil am Personal von 67% im Jahr 2001 auf 77% im Jahr 2005 gestiegen ist.

4.8.1.1. Überwiegender Tätigkeitsbereich in ambulanten Pflegediensten am 15.12.2005



„Grundpflege ist (...) überwiegend Hilfe bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (...). Hierzu gehören

⁴⁷ Vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 130

- die Ernährung (z.B. mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung),
- die Körperpflege (z.B. Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung)
- die Mobilität (z.B. selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung).

Die *hauswirtschaftliche Versorgung* besteht aus dem Einkaufen, Kochen und Spülen, dem Reinigen und Beheizen der Wohnungen der Pflegebedürftigen sowie dem Wechseln und Waschen ihrer Wäsche und Kleidung.

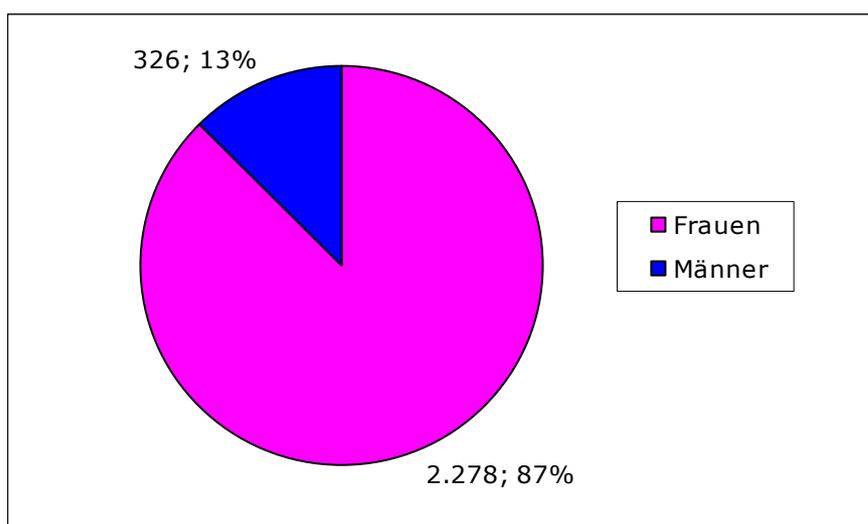
Zum *sonstigen Bereich* zählen alle diejenigen Tätigkeiten, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können (z.B. Personen, die überwiegend haustechnische Arbeiten ausüben)⁴⁸.

Im Kreis Minden-Lübbecke haben innerhalb der ambulanten Pflege 80% der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt in der Grundpflege, 6% der Beschäftigten erbringen Leistungen in der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Zum Vergleich: Bundesweit haben 69% der Beschäftigten die Grundpflege als Haupteinsatzbereich und 14% erbringen Leistungen in der hauswirtschaftlichen Versorgung.⁴⁹

Für die ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen ist also insbesondere das Personal in der Grundpflege relevant. Gegenüber 2001 ist hier im Jahr 2005 im Kreis Minden-Lübbecke ein absoluter Zuwachs von 453 auf 649 Beschäftigte zu verzeichnen (+196). Entsprechend stieg der Anteil des Personals in der Grundpflege am Gesamtpersonal von 66% (2001) auf 80% (2005).

4.8.2. Personal in Pflegeheimen



⁴⁸ Definition LDS NRW

⁴⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 6

In den Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke sind am 15.12.2005 insgesamt 2.604 Personen beschäftigt. Mit einem Anteil von rund 87% stellen auch in diesem Pflegesegment Frauen das Gros der Beschäftigten.

Wie in der ambulanten Pflege, so ist auch hier der überwiegende Teil (rd. 54%) der in Pflegeheimen tätigen Personen bei privaten Trägern beschäftigt.

In der Differenzierung der Beschäftigungsverhältnisse nach Arbeitszeitvolumen zeigt sich, dass ebenso wie in der ambulanten Pflege die Mehrheit des Personals in Pflegeheimen teilzeitbeschäftigt ist (rd. 53%). Vollzeitbeschäftigt sind rund 40% des Personals in Pflegeheimen.

Betrachtet man das Personal in den Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke nach Berufsabschlüssen, so stellt sich der Vergleich der Jahre 2001 und 2005 wie folgt dar:

	15.12.2001		15.12.2005	
	Insgesamt	In %	Insgesamt	In %
Altenpfleger/in	515	21,9%	576	22,1%
Staatl. anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	156	6,6%	189	7,3%
Krankenpfleger/in	209	8,9%	270	10,4%
Krankenpflegehelfer/in	47	1,9%	29	1,1%
Kinderkrankenpfleger/in	7	0,3%	7	0,3%
Heilerziehungspfleger/in Heilerzieher/in	5	0,2%	6	0,2%
Heilerziehungspflegehelfer/in	1	0,0%	5	0,2%
Heilpädagogin/Heilpädagoge	-	-	1	0,0%
Ergotherapeut/in	42	1,8%	63	2,4%
Sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe ⁵⁰	16	0,7%	13	0,5%
Sozialpädagogischer / sozialar- beiterischer Berufsabschluss	20	0,9%	21	0,8%
Familienpfleger/in mit staatl. Abschluss	5	0,2%	2	0,1%
Dorfhelfer/in, staatl. Abschluss	1	0,0%	-	-
Abschluss einer pflegewissen- schaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	8	0,3%	5	0,2%
Sonstiger pflegerischer Beruf ⁵¹	180	7,6%	167	6,4%
Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	2	0,1%	2	0,1%
Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	112	4,8%	115	4,4%
Sonstiger Berufsabschluss⁵²	615	26,2%	595	22,8%
Ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	410	17,4%	538	20,7%
	2.351	100%	2.604	100%

⁵⁰ z.B. Krankengymnast/in, Masseur/in, Diätassistent/in, Physiotherapeut/in

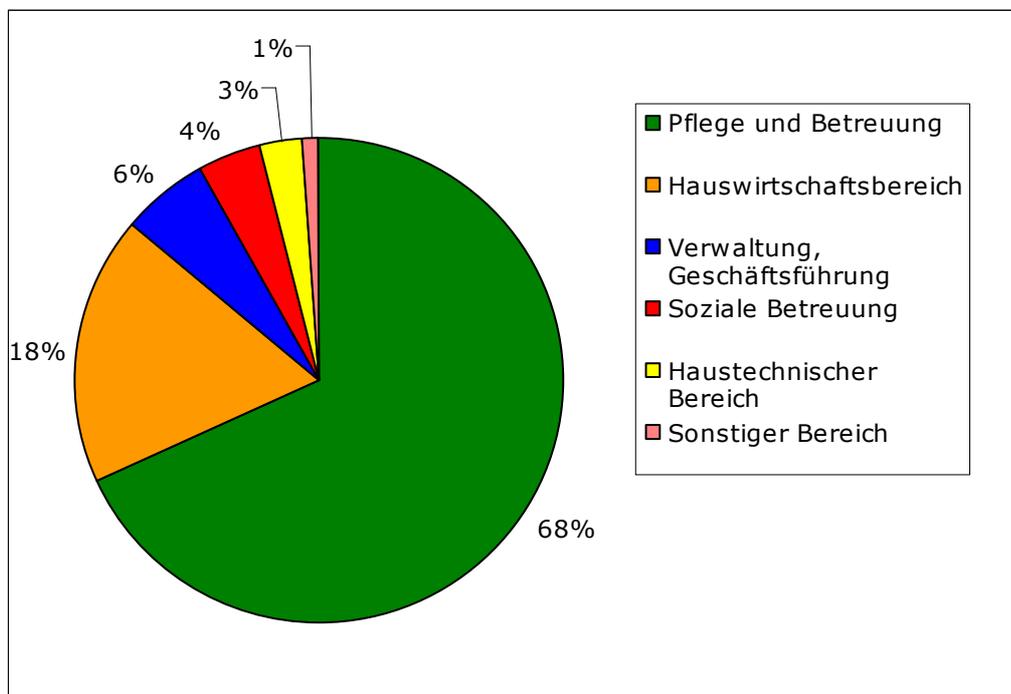
⁵¹ z.B. Haus- u. Familienpflegehelfer/in, Schwesternhelfer/in, Altenpflegehelfer/in ohne staatl. anerkannten Abschluss

⁵² z.B. Arzthelfer/innen sowie Personen, die nicht einem besonders aufgeführten Berufsabschluss zugeordnet werden können

Die Zahl der Beschäftigten insgesamt steigt in den Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke zwischen 2001 und 2005 von 2.351 auf 2.604 Mitarbeiter (+253).

Diese Angabe verallgemeinert allerdings sehr stark und bezieht auch Auszubildende, Zivildienstleistende und andere nicht festangestellte Personen ein. Betrachtet man ausschließlich die vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, ergibt sich ein anderes Bild. Gegenüber dem Jahr 2001 nimmt deren Zahl innerhalb von vier Jahren ab, ihr Anteil am Personal fällt von 45% im Jahr 2001 auf 40% im Jahr 2005. Mitarbeiterzuwächse sind also lediglich im Bereich der Teilzeitbeschäftigten festzustellen. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten am Personal steigt von 51% im Jahr 2001 auf 53% im Jahr 2005.

4.8.2.1. Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim am 15.12.2005



„*Pflege und Betreuung* besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Hierzu gehört auch die Wahrnehmung von Aufgaben, die mit der Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einer Pflegeeinrichtung zwingend verbunden sind. Die medizinische Behandlungspflege ist einzubeziehen.

Soziale Betreuung wird geleistet durch persönliche Gespräche mit dem Pflegebedürftigen sowie durch Beratung und Hilfe bei den persönlichen und seelischen Problemen des Pflegebedürftigen.

Zur *Hauswirtschaft* zählen z.B. Reinigungsarbeiten oder die Vorbereitung von Mahlzeiten, während der *haustechnische Bereich* Hausmeistertätigkeiten oder Garten- bzw. Reparaturarbeiten leisten⁵³.

Im Kreis Minden-Lübbecke hat der größte Teil der Beschäftigten (68%) seinen Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Pflege und Betreuung. Im Vergleich der Jahre 2001 und 2005 ist im Kreis Minden-Lübbecke ein absoluter Zuwachs von 1.488 auf 1.774 Beschäftigte zu verzeichnen (+286); dies entspricht einem Anstieg des Anteils des Personals in der Pflege und Betreuung am Gesamtpersonal von 5%.

Für persönliche Gespräche mit dem Pflegebedürftigen sowie Beratung und Hilfe bei den persönlichen und seelischen Problemen des Pflegebedürftigen sind in den Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke 4% des Personals vorgesehen. Gegenüber 2001 ist hier im Jahr 2005 im Kreis Minden-Lübbecke ein absoluter Zuwachs von 92 auf 111 Beschäftigte zu verzeichnen (+19); der Anteil des Personals in der sozialen Betreuung am Gesamtpersonal bleibt dabei nahezu unverändert.

Die Ergebnisse zum überwiegenden Tätigkeitsbereich in Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke im Jahr 2005 entsprechen den bundesweiten Ergebnissen.⁵⁴

4.8.3. Entwicklungen

In der ambulanten und der stationären Pflege nehmen Fort- und Weiterbildung des Personals einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein. Sich verschärfende Wettbewerbsbedingungen, anhaltende Diskussionen und sich abzeichnende Entwicklungen bezüglich der Qualität der Pflege sowie wachsende Anforderungen in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch neue Konzepte und Krankheitsbilder erfordern eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung des Personals. Zudem sind qualifizierte Fort- und Weiterbildung als Förderung der individuellen beruflichen Entwicklung für die Attraktivität des Pflegeberufes und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden von zentraler Bedeutung.

Zukünftig wird der Bedarf an professionellen pflegerischen Leistungen auf Grund vielfach beschriebener sozialer und demografischer Veränderungen deutlich zunehmen. Dabei wird das heutige Potential an Pflegepersonal voraussichtlich nicht ausreichen, um den wachsenden Pflegebedarf zu decken. Schon die absolute Zahl der erforderlichen Pflegekräfte wird deutlich höher liegen als heute, während die Zahl der Arbeitsfähigen schrumpft. Dies erzeugt eine Kon-

⁵³ Definition LDS NRW

⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007): Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, S. 8

kurrenz um Arbeitskräfte mit anderen Sektoren. Das bedeutet, dass die pflegerischen Berufe sich zukünftig im Kontext attraktiver Berufe gezielt positionieren müssen, um weiterhin genügend Interessenten für die berufliche Pflege finden zu können.⁵⁵

Die demografischen Veränderungen bewirken eine gesamtwirtschaftliche Verschiebung hin zu Dienstleistungen am (älteren) Menschen. Der Gesundheits- und Pflegesektor wird zum mit Abstand größten Sektor der deutschen Volkswirtschaft. Bereits mittelfristig wird ein Viertel der deutschen Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegewesen tätig sein. Es ist offensichtlich, dass der zunehmende Fachkräftebedarf nur mit erhöhten Ausbildungsanstrengungen gedeckt werden kann.⁵⁶

4.8.4. Altenpflegeausbildung

Seit dem 01. August 2003 gelten bundesweit einheitliche Standards für die Altenpflegeausbildung. Um Altenpfleger zu werden, brauchen die Schüler nicht nur einen Schulplatz für die theoretische Ausbildung, sondern ebenfalls eine stationäre oder eine ambulante Pflegeeinrichtung, die die praktische Ausbildung übernimmt.

Die Ausbildungsbereitschaft bei den Alten- und Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten ist sehr unterschiedlich. Als wesentlicher Hemmschuh wird seitens der Träger die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung für die Auszubildenden genannt, die sich auf die Kosten für einen Heimplatz bzw. die ambulante Pflege auswirkt.

Um diese zentrale Frage und eventuelle Lösungen ging es im Rahmen einer Informationsveranstaltung im Juni 2005 im Kreishaus in Minden. Anwesend waren Vertreter der hiesigen Alten- und Pflegeheime und der ambulanten Pflegedienste, ein Vertreter der Bezirksregierung Detmold⁵⁷ sowie Mitglieder der Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises. Durchgeführt wurde die Veranstaltung vom Verein Zukunft Ausbildung im Mühlenkreis (ZAM e.V.), dem Evangelischen Fachseminar für Altenpflege der Diakonissenanstalt Salem-Köslin, der proArbeit gGmbH sowie dem Kreissozialamt. Die Veranstaltung diente dazu, zum Thema „Altenpflegeausbildung“ ins Gespräch zu kommen und die Ausbildungsbereitschaft bei den Trägern zu erhöhen. Als Fazit dieses und eines weiteren Gesprächs in kleinerer Runde im September 2005 kann für den Kreis Minden-Lübbecke festgehalten werden:

⁵⁵ Vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 293

⁵⁶ Vgl. Schnabel, Reinhold (2007): Zukunft der Pflege, S. 20 ff.

⁵⁷ Die Bezirksregierung ist zuständige Aufsichtsbehörde für die Altenpflegeausbildung. Sie überwacht die staatliche Abschlussprüfung (Vorsitz im Prüfungsausschuss) und stellt die Erlaubnisurkunde als „Staatlich anerkannter Altenpfleger“ aus.

- Gegenwärtig besteht im Kreis Minden-Lübbecke kein akuter Fachkräftemangel in der Altenpflege. Die Ursache hierfür liegt wesentlich in dem anhaltenden Betten- und Personalabbau im Krankenhausbereich⁵⁸. Dies führt dazu, dass Mitarbeiter aus der Kranken- in die Altenpflege wechseln und somit gegenwärtig ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung steht. Bei dem in der (Fach-) Öffentlichkeit vielfach angeführten Fachkräftemangel handelt es sich eher um ein zukünftiges Problem, dem man allerdings bereits heute mit erhöhter Aufmerksamkeit begegnen muss.
- In Anbetracht einer sich verschärfenden Wettbewerbssituation in der Altenpflege wird zukünftig auch die Fachlichkeit der Mitarbeiter über die Marktfähigkeit von Pflegeeinrichtungen mitentscheiden. Gut ausgebildetes Personal ist eine wichtige Voraussetzung dafür, um Pflegemängel zu vermeiden, eine zeitgemäße, menschenwürdige Pflege zu gewährleisten und somit dauerhaft am Altenpflegemarkt bestehen zu können.
- Das Argument, mit der Ausbildung von Altenpflegern sind zu hohe Kosten verbunden, ist für den vollstationären Bereich oftmals nicht zutreffend. Im ambulanten Pflegebereich gestaltet sich die Refinanzierung der Ausbildungskosten in der Tat schwieriger.
- Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema „Altenpflegepersonal“ ist der Fokus nicht nur auf den stationären Bereich zu legen. Ebenso bedeutsam ist der ambulante Bereich, zumal dem Ausbau des ambulanten Pflegebereichs zukünftig eine verstärkte Bedeutung zukommt („ambulant vor stationär“).
- Angesichts der gesellschaftlichen und demografischen Entwicklung stellt die Altenpflege arbeitsmarktpolitisch ein innovatives Potential dar, dem mehr Beachtung geschenkt werden muss.

⁵⁸ Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. hat in seiner Studie „Pflegethermometer 2007: Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus“ festgestellt, dass seit dem Jahr 1995 rund 50.000 Pflegestellen in bundesdeutschen Krankenhäusern abgebaut wurden. Angesichts des Kostendrucks im Krankenhauswesen erwartet die Studie einen weiteren Stellenabbau in der Pflege, wengleich im Jahr 2006 so viele Überstunden geleistet worden sind, dass dafür rund 5.000 Pflegekräfte mehr hätten eingestellt werden müssen.

5. Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Das Hauptergebnis aus dem Kapitel 3 zur Demografie ist (Basisjahr 2005):

- Die Bevölkerungszahl im Kreis Minden-Lübbecke nimmt bis zum Jahr 2025 ab (-4%);
- Gleichzeitig nimmt die Lebenserwartung zu, d.h. die Zahl der älteren Menschen wird bis 2025 ansteigen (über 65jährige: +15%; über 80jährige: +54%).

Es ist davon auszugehen, dass das mit der höheren Lebenserwartung erhöhte Pflegerisiko trotz sinkender Bevölkerungszahlen zu einer höheren Anzahl pflegebedürftiger Menschen führen wird.

Schon aktuell steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, auch im Kreis Minden-Lübbecke kontinuierlich an. Zur Überschlagsrechnung auf Kreis- sowie auf Stadt- bzw. Gemeindeebene ist die sog. dynamische Quote zum Wachstum der Pflegebedürftigkeit von 1,6% aus dem Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaft (DIW) berücksichtigt worden⁵⁹.

Ausgewiesen wird für den Kreis Minden-Lübbecke in der nachfolgenden Berechnung ein Zuwachs von 8.095 Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 11.120 Pflegebedürftige im Jahr 2025. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg von +37,37%. Die jeweiligen Zuwachsraten auf Kreis- sowie Städte- und Gemeindeebene sind in der nachfolgenden Tabelle 6 ausgewiesen.

Besonders hohe Zuwächse an pflegebedürftigen Menschen über dem Kreisdurchschnitt sind demnach zu erwarten in Espelkamp (45,73%), Hüllhorst (+44,15%), Lübbecke (42,34%), Porta Westfalica (+40,53%) und Preußisch Oldendorf (+40,18%).

Vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Entwicklungen in den verschiedenen Bereichen können die hier errechneten Zahlen nur eine demografisch gestützte Bestimmung bilden, die anhand aktueller Entwicklungen (z.B. anhand der Pflegequoten) der kontinuierlichen zeitnahen Überprüfung bedürfen.

⁵⁹ Deutsches Institut der Wirtschaft (2001): Wochenbericht des DIW Berlin 05/01. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland bis 2050.

Tabelle 6: Zahl Pflegebedürftiger Kreis Minden-Lübbecke und Städte/Gemeinden: Einfache Berechnung mit dynamischer Quote

Kreis Minden-Lübbecke	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflegebedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	321.965 (165.076)	8.095 (5.450)	2,51 (3,30)	-
2010	319.551 (163.421)	8.765 (5.900)	2,74 (3,61)	670 + 8,28% (450) (+ 8,26%)
2015	316.317 (161.319)	9.488 (6.390)	3,00 (3,96)	1.393 +17,21% (940) (+17,25%)
2020	313.055 (159.285)	10.272 (6.900)	3,28 (4,33)	2.177 +26,89% (1.450)(+26,61%)
2025	309.110 (157.007)	11.120 (7.480)	3,60 (4,76)	3.025 +37,37% (2.030) (+37,25%)

Bad Oeynhausen	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflegebedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	49.221 (25.840)	1.235 (853)	2,51 (3,30)	-
2010	48.544 (25.372)	1.330 (916)	2,74 (3,61)	95 + 7,69% (63) (+ 7,39%)
2015	47.685 (24.812)	1.430 (983)	3,00 (3,96)	195 +15,79% (130) (+15,24%)
2020	46.808 (24.271)	1.535 (1.051)	3,28 (4,33)	300 +24,29% (198) (+23,21%)
2025	45.894 (23.733)	1.652 (1.130)	3,60 (4,76)	417 +33,77% (277) (+32,47%)

Espelkamp	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflegebedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	26.126 (13.307)	656 (439)	2,51 (3,30)	-
2010	26.199 (13.319)	718 (481)	2,74 (3,61)	62 + 9,45% (42) (+ 9,57%)
2015	26.341 (13.351)	790 (529)	3,00 (3,96)	134 +20,43% (90) (+20,50%)
2020	26.482 (13.379)	869 (579)	3,28 (4,33)	213 +32,47% (140) (+31,89%)
2025	26.565 (13.380)	956 (637)	3,60 (4,76)	300 +45,73% (198) (+45,10%)

Hille	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	16.554 (8.326)	416 (275)	2,51 (3,30)	-
2010	16.391 (8.232)	449 (297)	2,74 (3,61)	33 + 7,93% (22) (+ 8,00%)
2015	16.159 (8.106)	485 (321)	3,00 (3,96)	69 +16,59% (46) (+16,73%)
2020	15.961 (8.004)	524 (347)	3,28 (4,33)	108 +25,96% (72) (+26,18%)
2025	15.743 (7.898)	567 (376)	3,60 (4,76)	151 +36,30% (101) (+36,73%)

Hüllhorst	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	13.655 (6.900)	342 (228)	2,51 (3,30)	-
2010	13.675 (6.904)	375 (249)	2,74 (3,61)	33 + 9,65% (21) (+ 9,21%)
2015	13.686 (6.904)	411 (273)	3,00 (3,96)	69 +20,18% (45) (+19,74%)
2020	13.710 (6.911)	450 (299)	3,28 (4,33)	108 +31,58% (71) (+31,14%)
2025	13.702 (6.904)	493 (329)	3,60 (4,76)	151 +44,15% (101) (+44,30%)

Lübbecke	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	26.261 (13.648)	659 (450)	2,51 (3,30)	-
2010	26.319 (13.623)	721 (492)	2,74 (3,61)	62 + 9,41% (42) (+ 9,33%)
2015	26.295 (13.560)	789 (537)	3,00 (3,96)	130 +19,73% (87) (+19,33%)
2020	26.221 (13.479)	860 (584)	3,28 (4,33)	201 +30,50% (134) (+29,78%)
2025	26.069 (13.368)	938 (636)	3,60 (4,76)	279 +42,34% (186) (+41,33%)

Minden	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	83.118 (42.928)	2.086 (1.417)	2,51 (3,30)	-
2010	82.418 (42.443)	2.258 (1.532)	2,74 (3,61)	172 + 8,25% (115) (+ 8,12%)
2015	81.451 (41.795)	2.444 (1.655)	3,00 (3,96)	358 +17,16% (238) (+16,80%)
2020	80.312 (41.087)	2.634 (1.779)	3,28 (4,33)	548 +26,27% (362) (+25,55%)
2025	78.885 (40.271)	2.840 (1.917)	3,60 (4,76)	754 +36,15% (500) (+35,29%)

Petershagen	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frau- en)	Zunahme 2005 (Zunahme Frau- en)
2005	26.882 (13.595)	675 (449)	2,51 (3,30)	-
2010	26.442 (13.369)	725 (483)	2,74 (3,61)	50 + 7,41% (34) (+ 7,57%)
2015	25.863 (13.075)	776 (518)	3,00 (3,96)	101 +14,96% (69) (+15,37%)
2020	25.295 (12.793)	830 (554)	3,28 (4,33)	155 +22,96% (105) (+23,39%)
2025	24.693 (12.496)	889 (595)	3,60 (4,76)	214 +31,70% (146) (+32,52%)

Porta Westfalica	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	36.175 (18.377)	908 (606)	2,51 (3,30)	-
2010	36.066 (18.318)	988 (661)	2,74 (3,61)	80 + 8,81% (55) (+ 9,08%)
2015	35.902 (18.220)	1.077 (722)	3,00 (3,96)	169 +18,61% (116) (+19,14%)
2020	35.714 (18.106)	1.171 (784)	3,28 (4,33)	263 +28,96% (178) (+29,37%)
2025	35.456 (17.952)	1.276 (855)	3,60 (4,76)	368 +40,53% (249) (+41,09%)

Preußisch Oldendorf	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	13.393 (6.866)	336 (227)	2,51 (3,30)	-
2010	13.323 (6.814)	365 (246)	2,74 (3,61)	29 + 8,63% (19) (+ 8,37%)
2015	13.234 (6.750)	397 (267)	3,00 (3,96)	61 +18,15% (40) (+17,62%)
2020	13.186 (6.703)	433 (290)	3,28 (4,33)	97 +28,87% (63) (+27,75%)
2025	13.098 (6.642)	471 (316)	3,60 (4,76)	135 +40,18% (89) (+39,21%)

Rahden	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frau- en)
2005	16.079 (8.136)	404 (268)	2,51 (3,30)	-
2010	15.919 (8.021)	436 (290)	2,74 (3,61)	32 + 7,92% (22) (+ 8,21%)
2015	15.704 (7.876)	471 (312)	3,00 (3,96)	67 +16,58% (44) (+16,42%)
2020	15.544 (7.770)	510 (336)	3,28 (4,33)	106 +26,24% (68) (+25,37%)
2025	15.369 (7.665)	553 (365)	3,60 (4,76)	149 +36,88% (97) (+36,19%)

Stemwede	Bevölkerung (Anteil Frauen)	Zahl Pflege- bedürftiger (Anteil Frauen)	Pflegequote (Quote Frauen)	Zunahme 2005 (Zunahme Frauen)
2005	14.501 (7.153)	364 (236)	2,51 (3,30)	-
2010	14.255 (7.006)	391 (253)	2,74 (3,61)	27 + 7,42% (17) (+ 7,20%)
2015	13.997 (6.870)	420 (272)	3,00 (3,96)	56 +15,38% (36) (+15,25%)
2020	13.822 (6.782)	455 (294)	3,28 (4,33)	91 +25,00% (58) (+24,58%)
2025	13.636 (6.698)	491 (319)	3,60 (4,76)	127 +34,89% (83) (+35,17%)

6. Komplementäre Angebote

Die meisten älteren Menschen leben weitgehend selbständig und unabhängig von fremder Hilfe in ihrem eigenen Zuhause und werden gegebenenfalls von Familienangehörigen, Nachbarn und/oder Freunden versorgt.

Um dieser Tatsache auch weiterhin gerecht zu werden, müssen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein selbstbestimmtes Leben im Alter auch in Zukunft so lange wie möglich gewährleisten. Wenn die eigenen Hilfsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen, muss unterstützend eingegriffen und entsprechende Hilfen individuell bereitgestellt werden. Erst durch zusätzliche Hilfen, die komplementären Dienste, kann der im SGB XI vorgesehene Grundsatz „ambulant vor stationär“ verwirklicht werden. Komplementäre Dienste tragen wesentlich dazu bei, dass ältere Menschen auch bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bleiben können.

Eine gesetzliche Zuordnung findet sich in § 14 Abs. 1 Landespflegegesetz NRW (PfG NW):

Zu den komplementären ambulanten Diensten gehören insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdienste, Hausnotrufdienste und andere ergänzende ambulante Hilfen für Pflegebedürftige.

Gemäß § 14 Abs. 2 PfG NW sind die Kreise und kreisfreien Städte für die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste verantwortlich. Analysen im komplementären Bereich gestalten sich schwierig, da er statistisch nur unzureichend dokumentiert ist. Es liegen lediglich Teildaten aus diesem Segment im Rahmen der Förderung komplementärer ambulanter Dienste durch den Kreis Minden-Lübbecke vor.

6.1. Beratung und Begleitung

Die Bereitschaft, Hilfe bei Bedarf auch zu nutzen, setzt voraus, dass man entsprechende Angebote vor Ort kennt. Besonders in Krisensituationen, wenn Hilfe und Beratung am nötigsten wären, finden viele ältere Menschen und ihre Angehörigen den Zugang dazu häufig nicht. Dringend benötigte Hilfen können dann entweder nicht rechtzeitig genutzt werden oder bleiben sogar unbekannt. Modellversuche und Studien sowohl in Nordrhein-Westfalen als auch bundesweit belegen, dass Beratung wesentlich dazu beitragen kann, die Lebensqualität und die selbstständige Lebensführung im Alter zu erhalten.⁶⁰

⁶⁰ Vgl. MGSFF NRW (Hrsg., 2004): Transparent. Informationsdienst zur Seniorenpolitik, Beratung für ältere Menschen, S.1

Das Wissen über erforderliche Leistungen, über mögliche Anbieter und Versorgungsformen sowie über Finanzierungsmöglichkeiten bildet die wesentliche Grundlage für die Wahl der Versorgungsform.

Im Kreis Minden-Lübbecke existieren auf unterschiedlichen Ebenen Informations- und Beratungsangebote. So leisten sowohl die kommunalen Ämter (Sozialamt, Gesundheitsamt), wie auch die Pflegekassen Beratung. Neben den Info-Zentren Pflege, die im Kreis Minden-Lübbecke den Beratungsauftrag gemäß § 4 Landespflegegesetz NRW ausführen, existieren Beratungsstellen freigemeinnütziger Träger und auch weitere Pflegeanbieter beteiligen sich an dem Informations- und Beratungsangebot vor Ort.

Mit den Projekten „HilDe - Hilfen bei Demenz im Kreis Minden-Lübbecke“ des Paritätischen Vereins und „vergissmeinnicht“ des Diakonischen Werkes Minden, dem „Netzwerk Demenz“ des Diakonischen Werkes Vlotho in Bad Oeynhausen, dem Verein „Leben mit Demenz - Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.“ und dem „Infotelefon Demenz für den Kreis Minden-Lübbecke“⁶¹ werden darüber hinaus zielgruppenspezifische Angebote vorgehalten, die den besonderen Informations- und Beratungsbedarfen aufgrund demenzieller Erkrankungen Rechnung tragen.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) hebt eine umfassende, integrierte Beratungsstruktur als notwendige Voraussetzung für die Qualität des Gesamtsystems der Pflegeversorgung hervor. Dabei sollte Alten- und Angehörigenberatung möglichst flächendeckend, niedrigschwellig und mit präventivem Charakter sowie als zugehende Beratung angeboten werden.⁶²

Mit den demografischen und strukturellen Veränderungen des Alters erhöht sich der Beratungsbedarf. Weitere Gründe für die Notwendigkeit von Beratung und Vermittlung von Hilfen sind häufig unbekannte Finanzierungsstrukturen von Hilfeleistungen und Unkenntnis über Möglichkeiten der Beanspruchung finanzieller Hilfen. Ältere Menschen haben zudem häufig Schwierigkeiten, die dringend benötigte professionelle Hilfe außerhalb der Familie zu organisieren. Hinzu kommt, dass Hilfe- und Pflegebedarf oftmals unverhofft eintritt und dieses Lebensrisiko von älteren Menschen und ihren Angehörigen oft verdrängt wird. In dieser Situation benötigen sie in der Regel Zeit, Zuspruch und eine individuelle Beratung. Diese und andere Gründe machen eine Beratung für ältere Menschen und ihre Angehörigen nötig, die weniger an eine spezifische Einrichtung oder ein spezielles Angebot gebunden, sondern möglichst trägerneutral sein soll.⁶³

⁶¹ Trägerverbund Demenz: Diakonisches Werk Minden und Paritätischer Verein

⁶² Vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen (2003): Informationsdienst Altersfragen, Heft 03, Mai/Juni 2003, S. 3

⁶³ Vgl. Ellerbrock (2004): Allgemeine Seniorenberatung in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit.

Dem zunehmenden Beratungsbedarf steht noch zu häufig ein begrenzter Bekanntheitsgrad der bestehenden Angebote gegenüber. Dies kann als Signal für eine Intransparenz in Bezug auf die verfügbare Struktur sowie als Anzeichen für die Undurchsichtigkeit der Zuständigkeiten für bestimmte Fragestellungen gesehen werden.

6.1.1. Beratung gemäß § 4 Landespflegegesetz NRW (PfG NW)

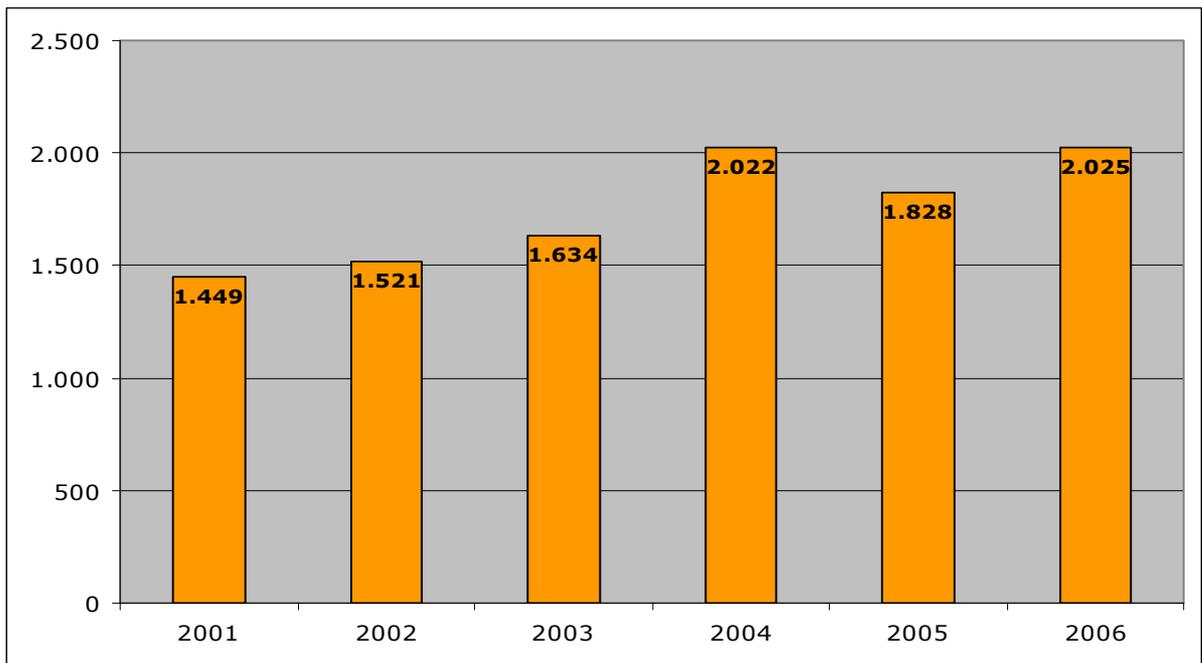
In Nordrhein-Westfalen ist die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Pflicht. Nach § 4 des Landespflegegesetzes NRW muss jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt eine neutrale Stelle zur Pflegeberatung einrichten. Konzept und Struktur der Beratungsstellen sind landesweit sehr unterschiedlich, alle Pflegeberatungsstellen müssen aber eine unabhängige und ausführliche Beratung gewährleisten. Durch diese trägerunabhängige Beratungsstellen sollen hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen informiert werden.

Von den ausführenden Ländergesetzen zur Pflegeversicherung ist das nordrhein-westfälische Landespflegegesetz bisher das einzige, das eine trägerunabhängige Beratung auf kommunaler Ebene explizit vorsieht. Bis Ende 2001 wurden in allen 54 Kreisen und kreisfreien Städten Nordrhein-Westfalens solche Pflegeberatungsstellen eingerichtet. 80% von ihnen befinden sich in Trägerschaft der Kommunen, die restlichen in geteilter Trägerschaft, zwei Kommunen haben den Verbraucherzentralen diese Aufgabe übertragen.⁶⁴

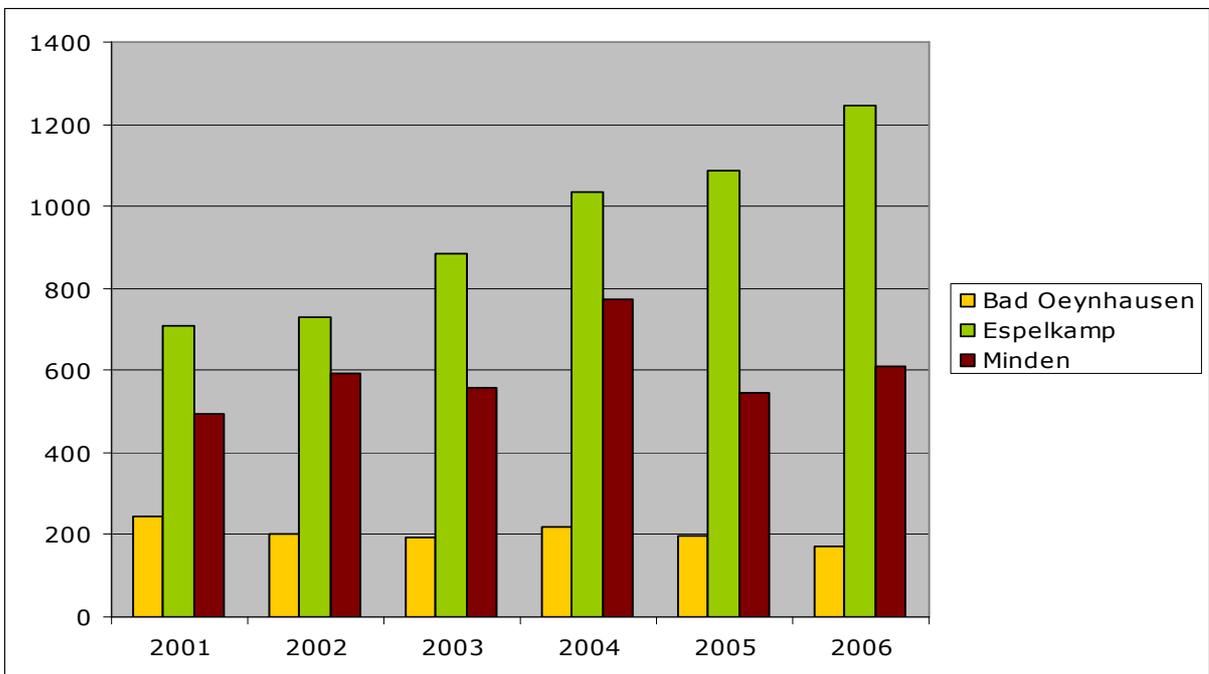
Auf der Basis entsprechender Kooperationsverträge zwischen dem Kreis Minden-Lübbecke und zwei Trägern der Freien Wohlfahrtspflege (AWO Kreisverband Minden-Lübbecke und DRK Kreisverband Altkreis Lübbecke) wird die Beratung gemäß § 4 PfG NW seit 1998 dezentral in den drei Info-Zentren Pflege in Bad Oeynhausen, Espelkamp (Altkreis Lübbecke) und Minden (einschließlich Hille, Petershagen und Porta Westfalica) durchgeführt.

⁶⁴ Vgl. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 144

**6.1.1.1. Anzahl beratener Personen (ältere Menschen, Angehörige, Betreuer)
in den Info-Zentren Pflege**

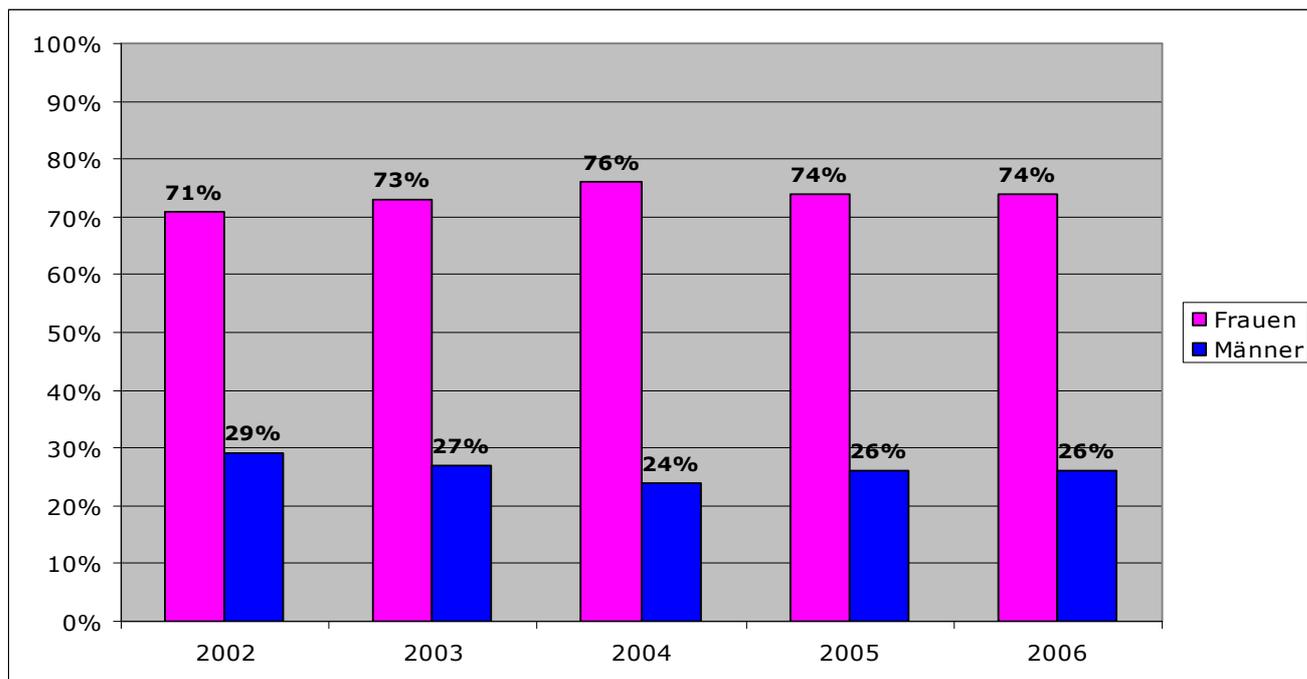


**6.1.1.2. Anzahl beratener Personen (ältere Menschen, Angehörige, Betreuer)
je Info-Zentrum Pflege**

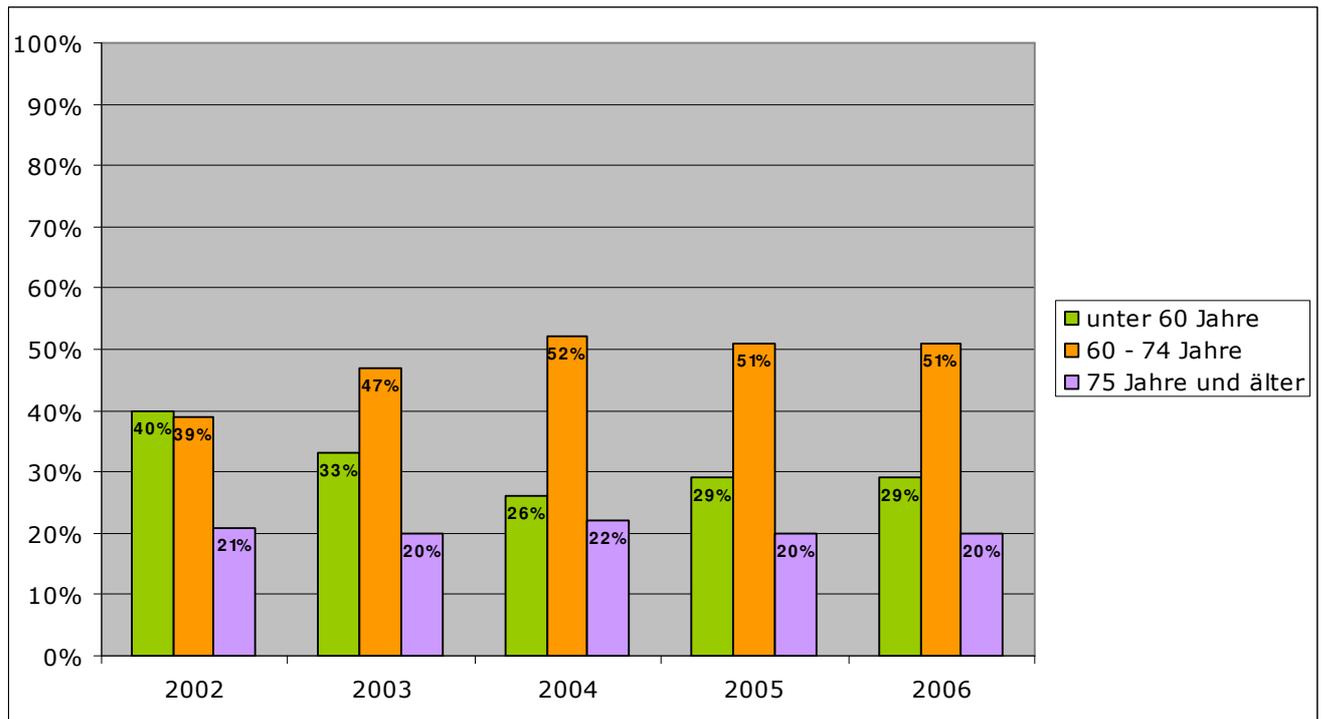


Die auffallend hohe Anzahl beratender Personen im Info-Zentrum Pflege für den Altkreis Lübbecke in Espelkamp ist auch dadurch zu erklären, dass das Info-Zentrum von der 50%-Stelle des darin angegliederten Seniorenbüros profitiert. De facto steht damit in Espelkamp eine Vollzeitstelle zur Verfügung; im Gegensatz zu Minden und Bad Oeynhausen, in denen jeweils ½ Stelle zu Verfügung steht.

6.1.1.3. Alle Info-Zentren Pflege, beratene Personen nach Geschlecht



6.1.1.4. Alle Info-Zentren Pflege, beratene Personen nach Altersgruppen



Waren im Jahr 2002 die Altersgruppen der unter 60jährigen und die der 60-74jährigen mit rd. 40% in etwa gleich stark vertreten, hat in den darauf folgenden Jahren eine Verschiebung zugunsten der 60-74jährigen stattgefunden: Diese Altersgruppe stellt nunmehr rd. die Hälfte der Kontakte, während die Kontakte der unter 60jährigen zurückgegangen ist.

Die Altersgruppe der 75 und älteren ist in den Jahren 2002 bis 2006 nahezu konstant mit rd. 20% vertreten.

Die Beratung Pflegebedürftiger, von Pflegebedürftigkeit Bedrohter und ihrer Angehörigen ist Bestandteil des Marktgedankens des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Einführung des Wettbewerbsprinzips auf der Anbieterseite ist verknüpft mit einer Stärkung der Nachfrageseite. Der Pflegebedürftige ist Kunde, um den viele Anbieter mit der Qualität und dem Preis ihres Angebotes konkurrieren.⁶⁵ Eine ergänzende trägerunabhängige Pflegeberatung, wie sie § 4 des nordrhein-westfälischen Landespflegegesetzes vorsieht, erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Handlungsleitend für die Beratung ist es, durch umfassende Informationsgewinnung und trägerneutrale Informationsvermittlung Transparenz für ihre Kunden herzustellen. Damit sollen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen unterstützt werden, um bewusst und kompetent im Pflegemarkt entscheiden zu können. Durch Pflegeberatung können Alternativen aufgezeigt und damit die Handlungsmöglichkeiten der Nachfrageseite verbessert werden. Somit kann Pflegeberatung die Konsumentensouveränität der Nutzer von Pflegeleistungen stärken. Weiterhin

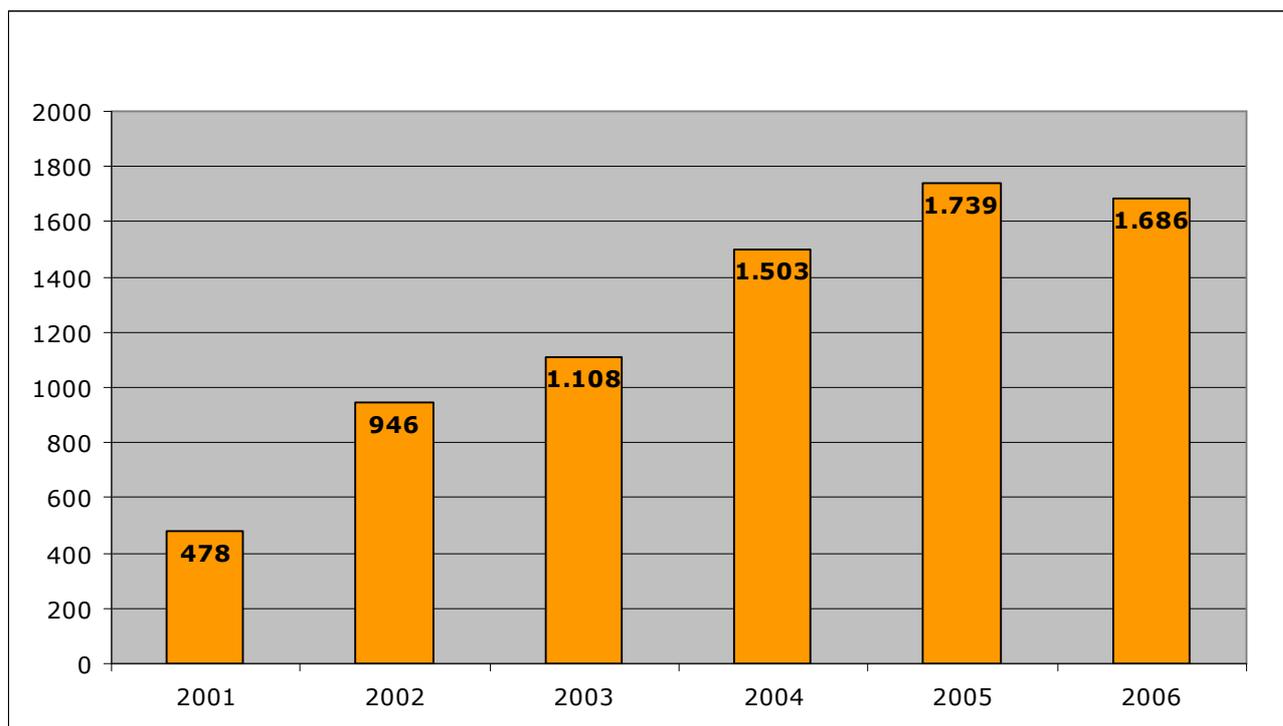
⁶⁵ Vgl. Lipinski (2007): Optimierung der Steuerung in der Alten- und Behindertenhilfe, S. 408

kann eine angemessene Pflegeberatung sowohl zu positiven Effekten auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene führen. So können bei rechtzeitiger Inanspruchnahme einer Beratung langfristig auch Pflegekosten gesenkt werden - bei gleichzeitig individuell angemessenen Pflegeleistungen.⁶⁶ Die Enquete-Kommission zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW stellt im Zusammenhang mit der Beratung gemäß § 4 Landespflegegesetz NRW fest: *Angesichts des unübersichtlichen und Wettbewerbsgesichtspunkten folgenden Pflegemarktes sind solche Beratungsangebote unverzichtbar.*⁶⁷

6.1.2. Psychosoziale Begleitung

Die kreisweite psychosoziale Begleitung durch fünf Verbände der Freien Wohlfahrtspflege (Caritasverband Minden, Diakonische Werke Lübbecke, Minden und Vlotho in Bad Oeynhausen, Paritätischer Verein) beinhaltet die individuelle Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Personen (Angehörige, Nachbarn, Freunde). Im Gegensatz zu der Beratung in den Info-Zentren Pflege findet die Beratung im Rahmen der psychosozialen Begleitung in der Regel in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen statt.

6.1.2.1. Psychosoziale Begleitung, Anzahl der beratenen Personen

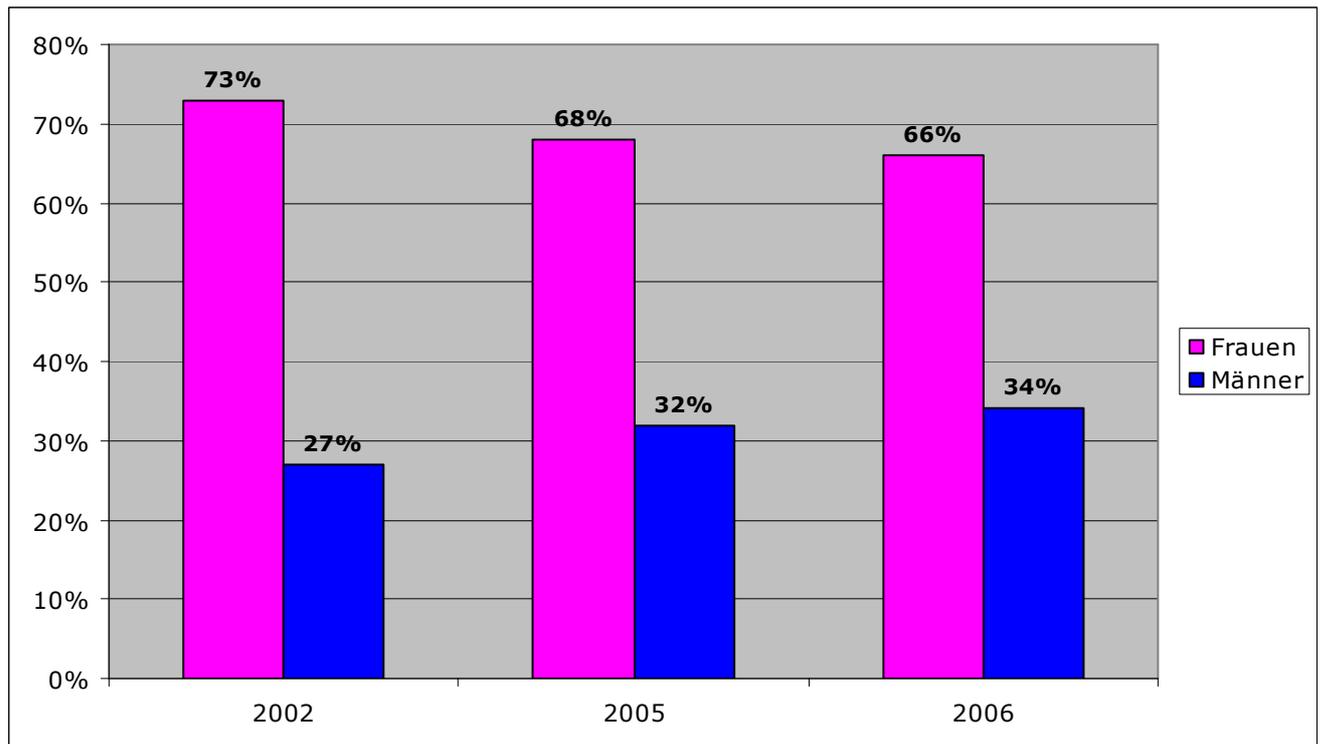


Statistisch erfasst werden die Personen, die in dem jeweiligen Jahr erstmals individuell beraten werden und im Kreis Minden-Lübbecke wohnhaft sind.

⁶⁶ Vgl. Eifert (2004): Beratung nach dem Pflegeversicherungsgesetz

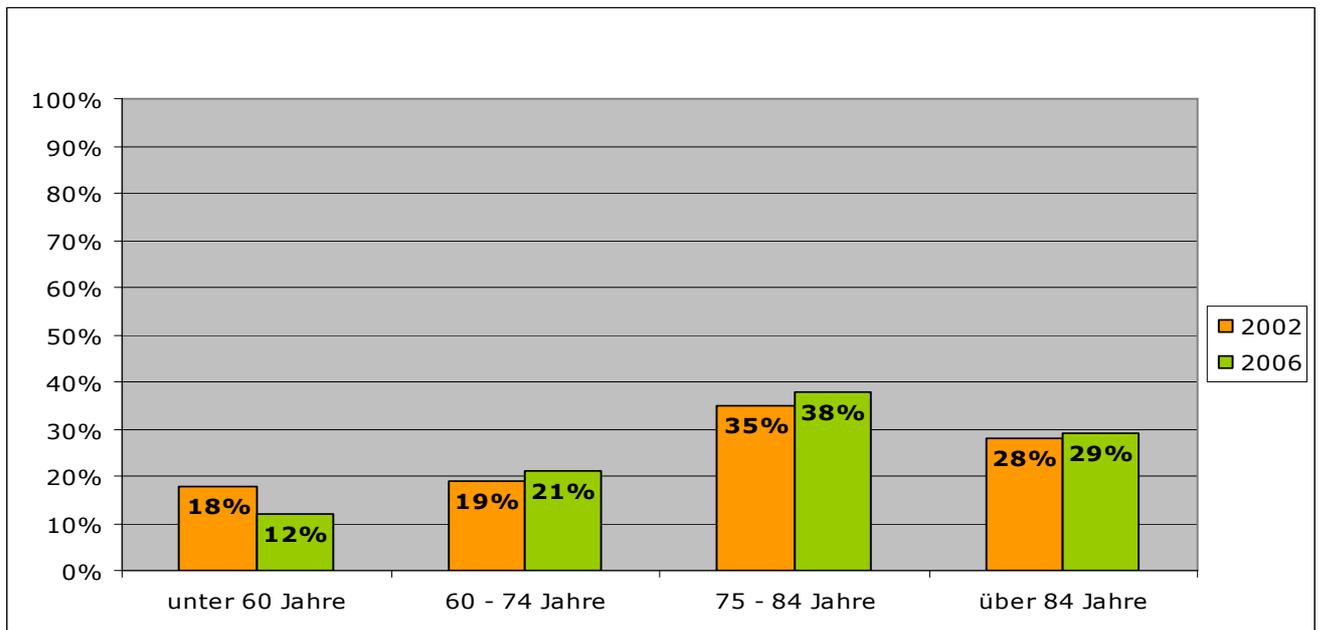
⁶⁷ Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005): „Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen“, S. 187

6.1.2.2. Psychosoziale Begleitung, beratene Personen nach Geschlecht



Die Mehrheit der beratenen Personen ist weiblich, wenngleich die Zahl der beratenen Männer geringfügig zunimmt. Hier deutet sich eine Veränderung innerhalb der privaten Pflegearrangements an: Pflege ist zwar nach wie vor weiblich, aber es finden sich allmählich auch immer mehr Arrangements, bei denen Männer (Ehemänner, Söhne) die Aufgabe der Sicherstellung einer häuslichen Versorgung übernehmen.

6.1.2.3. Psychosoziale Begleitung, beratene Personen nach Altersgruppen, Vergleich der Jahre 2002 und 2006



Vergleicht man die Verteilung der beratenen Personen in den Jahren 2002 und 2006 auf die verschiedenen Altersgruppen, so wird eine Entwicklung hin zu den höheren und hohen Altersgruppen ersichtlich. Besonders auffällig ist in diesem Zusammenhang der Rückgang der beratenen Personen unter 60 Jahre. Dies bestätigt die Annahme, dass neben den Pflegebedürftigen auch die (Haupt-) Pflegepersonen zunehmend den höheren Altersgruppen angehören.

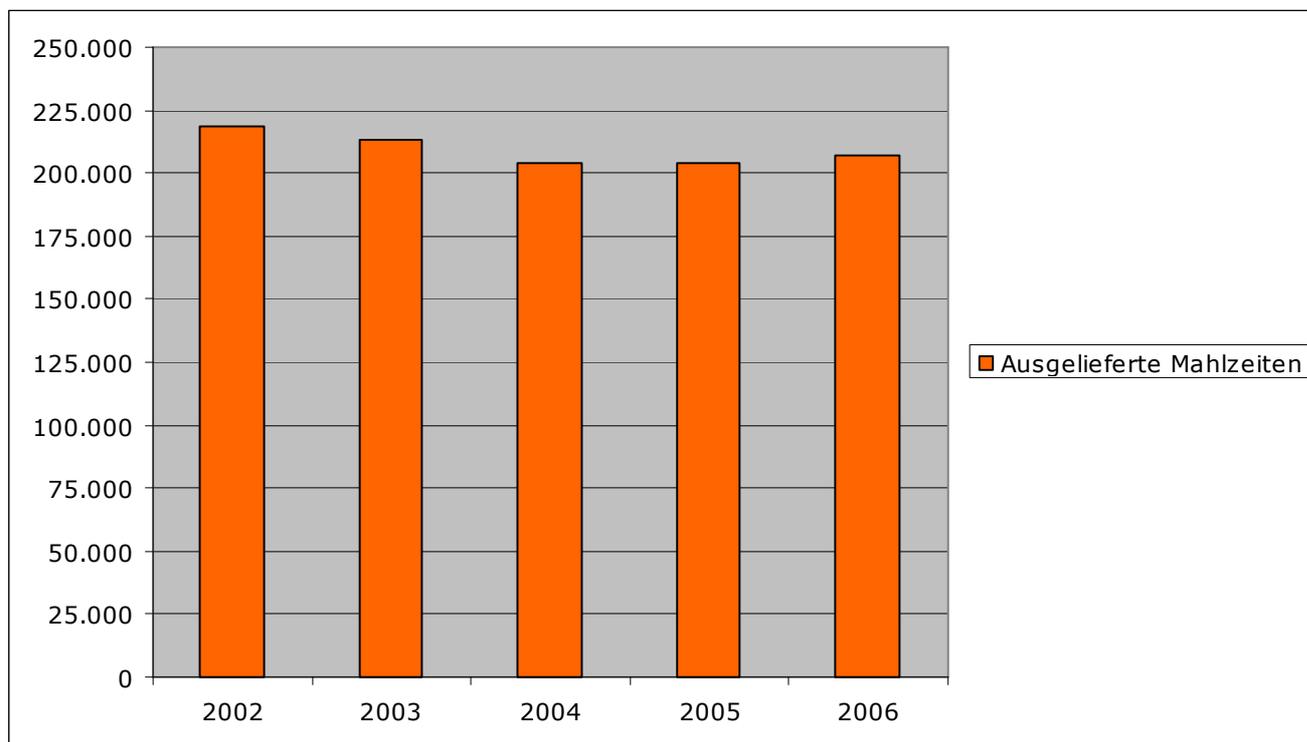
6.2. Mahlzeitendienste

Mahlzeitendienste zielen u.a. auf den Bedarf alter, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft an einzelnen Tagen oder täglich eine Mahlzeit benötigen. „Mahlzeitendienst“ ist der Oberbegriff für Angebote wie „Essen auf Rädern“, „Fahrbarer Mittagstisch“ oder „Menü-Service“.

In der Regel handelt es sich um Speisen, die beim Nutzer mit geringem Aufwand zuzubereiten sind, entweder als Tiefkühlkost oder als fertige warme Mahlzeit.

Anbieter im Kreis Minden-Lübbecke sind neben vier Verbänden der freien Wohlfahrtspflege auch privatgewerbliche Unternehmen, teilweise mit überregionalem Versorgungsgebiet.

Die nachfolgende Abbildung stellt die Anzahl der im Rahmen von „Essen auf Rädern“ ausgelieferten Mahlzeiten der freien Wohlfahrtspflege in den Jahren 2002 bis 2006 dar:



Neben „Essen auf Rädern“ bieten kreisweit „stationäre“ bzw. „offene Mittagstische“ älteren Menschen, die zu Hause leben, die Möglichkeit, das Mittagessen in Gemeinschaft mit anderen in Alten- und Pflegeheimen bzw. sonstigen sozialen Einrichtungen einzunehmen. Ein wesentlicher positiver Effekt liegt in der gleichzeitigen Anregung zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und dem Aufbau bzw. der Pflege sozialer Kontakte. Vereinsamung und Isolation wird somit entgegengewirkt.

6.3. Ambulante Hospizdienste und Palliativversorgung

Ambulante Hospizdienste

Sich verändernde Familien- und Haushaltsstrukturen sowie verkürzte Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern führen dazu, dass insbesondere ältere Menschen auf Fremdhilfe und Versorgungsstrukturen angewiesen sein werden. Dies gilt besonders für die Begleitung während der Zeit des Sterbens.⁶⁸

Die meisten Menschen haben den Wunsch, zu Hause zu sterben, in ihren vertrauten sozialen und kulturellen Zusammenhängen. Die ambulante Sterbebegleitung durch die meist ehrenamt-

⁶⁸ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg., 2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, S. 270

lichen Mitarbeiter der kreisweit existierenden Hospizinitiativen/Hospizkreise trägt wesentlich dazu bei, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen. Ergänzend zur Sterbebegleitung durch das Pflegepersonal bieten diese Hospizdienste auch die Begleitung von alleinstehenden Sterbenden in Pflegeeinrichtungen an.

In einem eher ländlich geprägten Kreis wie dem Kreis Minden-Lübbecke kann davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig sterbende Menschen oftmals noch durch Angehörige und/oder Nachbarn begleitet werden. Aber auch Angehörige und Nachbarn haben in Zeiten des Abschieds, des Verlusts und der Trauer einen hohen Betreuungsbedarf. Vor diesem Hintergrund hat sich ein „Trauernetz im Kreis Minden-Lübbecke“ gebildet. Das Trauernetzwerk ist ein Zusammenschluss von hiesigen Hospizkreisen, Trauergruppen, Kirchengemeinden sowie dem stationären Hospiz Veritas (Lübbecke) und bietet kreisweit Angebote der Trauerbegleitung an.

Palliativversorgung

Über das bereits genannte Informations- und Beratungsangebot im Kontext von eintretender Pflegebedürftigkeit hinaus besteht mit der kreisweiten ambulanten Palliativberatung des Paritätischen Vereins für freie Sozialarbeit e.V. für den Kreis Minden-Lübbecke ein zielgruppenspezifisches Angebot im Bereich der ambulanten Pflege und Behandlung von schwerkranken Menschen.

Darüber hinaus besteht seit April 2007 das „Palliativ-Netzwerk Minden-Lübbecke (PAN)“. Es hat das Ziel, Menschen mit einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung eine flächendeckende palliative Behandlung zu ermöglichen. Kooperationspartner im PAN sind Hospizkreise, Trauergruppen, Hausärzte mit palliativmedizinischer Weiterbildung, ambulante Pflegedienste sowie das stationäre Hospiz Veritas.

6.4. Exkurs: Haushaltsnahe Dienstleistungen

Eine allgemein gültige Definition, welche Dienstleistungen als „haushaltsnah“ oder als „haushaltsbezogen“ zu bezeichnen sind, gibt es nicht. In der Regel werden darunter vor allem Dienste verstanden, die auf eine Unterstützung von Privathaushalten im Alltag zielen: Haushaltsreinigung, Wäschepflege, Einkaufen, kleinere Reparaturen, Versorgung von Hilfsbedürftigen.

Der Bereich „Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere“ ist aus mindestens zwei Gründen von besonderer Relevanz:

1. Aus der Sicht der Älteren geht es zum einen um eine Erhöhung ihrer Lebensqualität durch Erleichterungen im Alltag, die möglicherweise auch dazu führen können, dass sie länger eigenständig leben können, statt auf eine stationäre Versorgung angewiesen zu sein. Hieran besteht auch aufgrund angespannter Finanzlagen kommunaler Haushalte ein hohes Interesse.
2. Zum anderen ist das Thema auch für die Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik von besonderer Bedeutung, weil im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen generell, aber auch speziell bezogen auf die Kundengruppe der Älteren, erhebliche Potenziale für zusätzliche Beschäftigung vermutet werden.⁶⁹

In diesem Zusammenhang entstand im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative „EQUAL“ des Europäischen Sozialfonds (ESF) die Entwicklungspartnerschaft „Wohnortnahe Dienstleistungen für ältere Menschen“⁷⁰. Es handelt sich um ein Gemeinschaftsprojekt von Wohnungsunternehmen, Kommunen, Forschungs- und Beratungseinrichtungen sowie verschiedenen arbeitsmarktnahen Einrichtungen. Koordiniert wird die Entwicklungspartnerschaft von der LEG Arbeitsmarkt- und Strukturentwicklung GmbH (LEG AS). Innerhalb der Entwicklungspartnerschaft ist der Kreis Minden-Lübbecke einer von 20 strategischen Partnern. Während der Projektlaufzeit (01.01.2005 - 31.12.2007) sollen in ausgewählten Quartieren in NRW tragfähige Strukturen für personen-, haushalts- und unternehmensbezogene Dienstleistungen aufgebaut werden. Die unterschiedlichen Akteure in den Quartieren werden vernetzt, bereits vorhandene Angebote zusammengeführt und um neue, bislang fehlende Angebote ergänzt. Professionelle Angebote sollen mit ehrenamtlichen und nachbarschaftlichen Ansätzen verknüpft werden. Gleichmaßen gilt es, Beschäftigte bei Handwerksbetrieben und Pflegediensten sowie Arbeitslose zu qualifizieren, um Arbeitsplätze zu sichern und zu schaffen. Die Ergebnisse aus dieser Entwicklungspartnerschaft werden nach Abschluss der Projektlaufzeit auch im Kreis Minden-Lübbecke vorgestellt.

⁶⁹ Vgl. Weinkopf (2005): „Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung“, S. 5

⁷⁰ Internet: www.silberdienste.de

7. Besondere Aspekte

Um der im Zuge des demografischen Wandels (siehe Kapitel 3) zu erwartenden Zunahme an Pflegebedürftigen (siehe Kapitel 5) entgegenwirken zu können, gilt die Prävention als ein Mittel der Wahl.

Innerhalb der großen Gruppe der Hilfs- und Pflegebedürftigen erfahren diejenigen Gruppen noch zu wenig Beachtung, deren Lebenslagen durch eine besonders hohe Verletzlichkeit im Vergleich zur Mehrheitsgruppe der Pflegebedürftigen gekennzeichnet ist. Zu diesen Gruppen gehören u.a.

- Menschen mit Demenz,
- ältere Menschen mit Behinderungen sowie
- ältere Menschen mit Migrationshintergrund.

7.1. Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung⁷¹ sind eine lohnenswerte Investition zur Erhaltung der Gesundheit und zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme. Sie bieten einen nachhaltigen gesellschaftlichen Nutzen. Dieser Nutzen kann in der Umsetzung folgender Punkte bestehen⁷²:

- Stärkung der Eigenverantwortung;
- schonender Umgang mit Solidarmitteln;
- frühes Erkennen von krankhaften Veränderungen (mit der Folge erfolgreicher Therapie);
- Beitrag zu höherer Produktivität der Unternehmen bzw. der gesamten Wirtschaft.

Um eine positive Wirkung auf die Rentenfinanzierung zu erzielen, ist die Erwerbsquote von älteren Arbeitnehmern zu steigern, nach Aplitz & Winter (2004) mittelfristig sogar auf 50%. In diesem Kontext ist eine zwingende Voraussetzung dafür, dass die zukünftig zu erwartende steigende Anzahl an 60 bis 65jährigen im Kreis Minden-Lübbecke in Beschäftigung gehalten wird, diese Zielgruppe darin zu unterstützen, den gesundheitlichen Anforderungen des Erwerbslebens so lange wie möglich gewachsen zu sein.

⁷¹Unter Gesundheitsförderung oder auch Stärkung der Gesundheitsressourcen versteht man Maßnahmen, die gesundheitlich abträgliche Verhaltensweisen generell abbauen helfen, die Gesundheitskompetenz des Einzelnen fördern sowie zur Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen beitragen. Dazu gehören beispielsweise der Nichtraucherschutz, die Gewährleistung einer angemessenen Bildung oder Informationen über gesundheitsförderliche Ernährungsstile.

Als Prävention wird dagegen die gezielte Verhütung von bestimmten Krankheiten und ihren Folgen verstanden. (Definitionen aus: Gesundheit in Deutschland. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt. Berlin. 2006, S. 125.).

⁷²Aplitz, R.; Winter, S. (2004): Potentiale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin. 2004.

Darüber hinaus ist das Ziel zu verfolgen, die prognostizierte Zunahme der Pflegebedürftigen durch verstärkte präventive Anstrengungen in der zu erwartenden Gesamtzahl zu reduzieren bzw. zu verhindern. Frühzeitige und lebensbegleitende präventive Maßnahmen zur Förderung des gesunden Älterwerdens und der Gesunderhaltung im Alter sind für die Erreichung dieses Ziels wichtig und zwingend erforderlich⁷³.

Gemäß der Zunahme älterer und hochaltriger Menschen ist von einer zukünftigen Zunahme chronischer Erkrankungen (z.B. Bösartige Neubildungen, Herzinfarkt, Diabetes) auszugehen. Bekannt ist dabei, dass akute und chronische Erkrankungen bereits in der zweiten Phase des mittleren Lebensalters zunehmen⁷⁴.

Die Auswertung ausgewählter Indikatoren des Landesinstitutes für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) für den Gesundheitszustand weisen darauf hin, dass auch im Kreis Minden-Lübbecke für die Menschen in der mittleren Lebensphase erhöhte Erkrankungsraten vorliegen. In Abbildung 7.1.1. ist abzulesen, dass die Krankenhauseinweisungen aufgrund der häufigsten Diagnosegruppen „Bösartige Neubildungen“, „Herz- / Kreislaufkrankungen“ und „Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes“ mit zunehmendem Alter ansteigen. Dieser Anstieg wird bereits in der zweiten Hälfte der mittleren Lebensphase deutlich⁷⁵.

⁷³ Kruse A (2002): *Gesund altern, Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*, Band 146 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden. 2002.

⁷⁴ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG 2002): *Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW*. Düsseldorf. 2002.

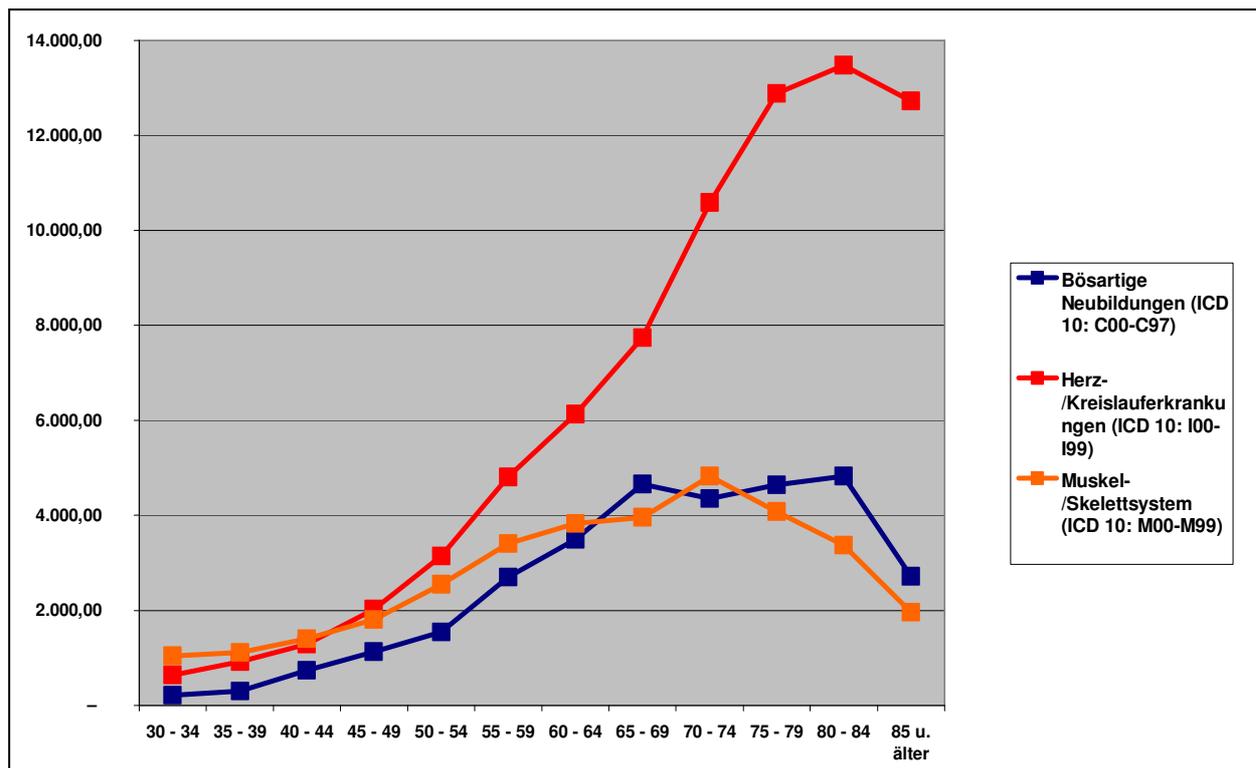
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG 2000): *Gesundheit von Frauen und Männern. Gesundheitsberichte NRW*. Düsseldorf. 2000.

Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA 2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE)*. 2005.

Robert-Koch-Institut (2005): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter*. 2005.

⁷⁵ Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (2007): *Krankenhausdiagnose-Statistik. GBE Stat 2007*.

Abb. 7.1.1.: Krankenhausfälle (je 100.000 EW) im Kreis Minden-Lübbecke (2004)



Quelle: Iögd (2007): Krankenhausdiagnose-Statistik

7.1.1. Auswirkungen akuter und chronischer Erkrankungen und Verletzungen

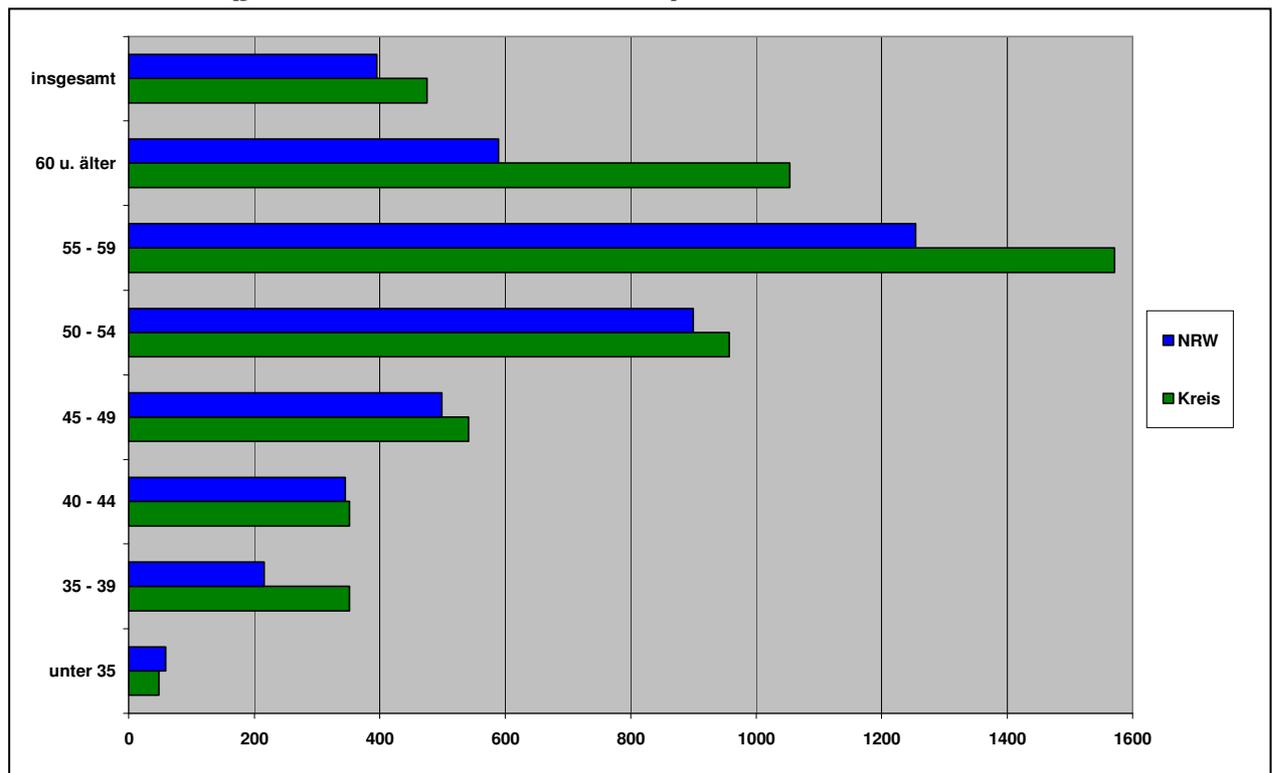
Die Auswirkungen akuter und chronischer Erkrankungen sowie Verletzungen sind beträchtlich: Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage, verminderte Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, hohe volkswirtschaftliche, betriebliche und individuelle Folgekosten⁷⁶.

Die Folgen des Gesundheitszustandes für die Erwerbsfähigkeit sind für den Kreis Minden-Lübbecke gravierender als auf Landesebene: So liegt auf Kreisebene die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in allen Altersgruppen - einzige Ausnahme die unter 35jährigen - über dem Landesdurchschnitt, wobei die Differenz bei den über 60jährigen besonders groß ist (siehe Abbildung 7.1.1.1., Iögd 2007: Rehabilitations- und Rentenstatistik).

Der ebenfalls deutliche Rückgang der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in dieser Altersgruppe gegenüber den 55- bis 59jährigen kann darüber erklärt werden, dass aufgrund der gesetzlichen Regelungen über 60jährige generell eher in den vorgezogenen Ruhestand gehen, als dass eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beantragt wird.

⁷⁶ Robert-Koch-Institut (2005), a.a.O.
Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA 2005), a.a.O.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag, Drucksache 15/5670, 2005.

**Abb. 7.1.1.1.: Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (2005)
(je 100.000 aktiv Versicherte)**

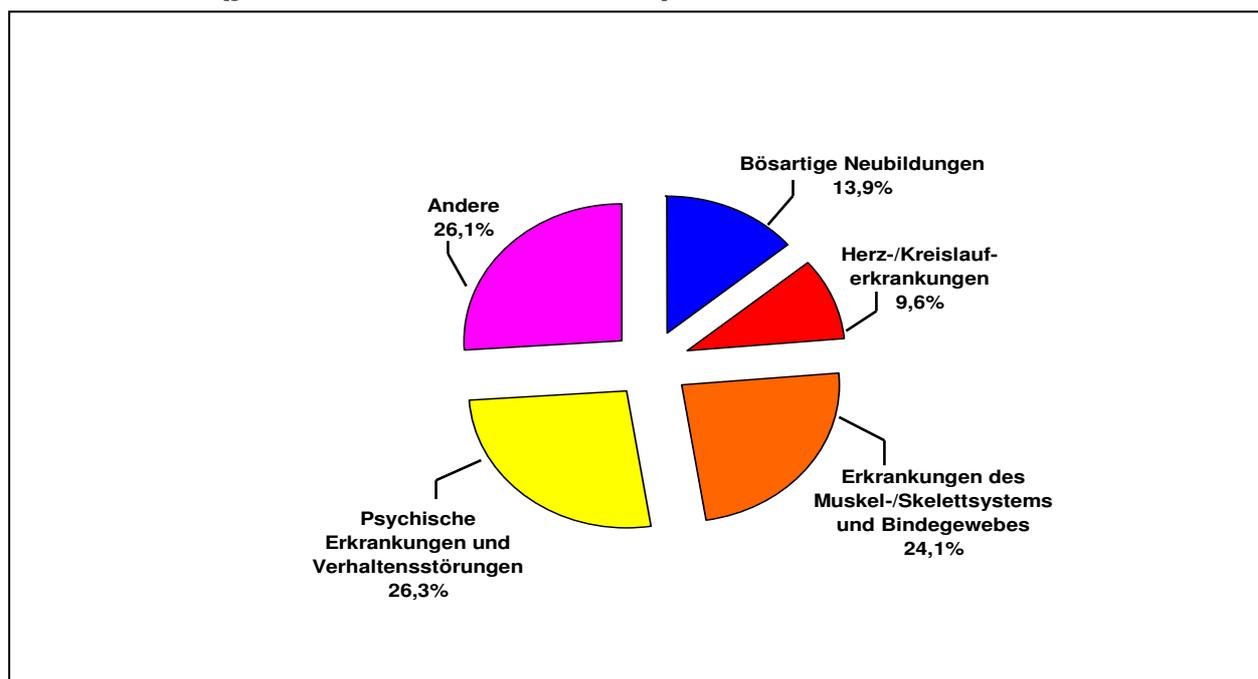


Quelle: lögd (2007): Rehabilitations- und Rentenstatistik

Wird das Diagnosespektrum abgebildet, das zu den Frühberentungen führt, so entfallen jeweils ein Viertel auf psychische Erkrankungen und auf Erkrankungen des Bewegungsapparates. Mit rund 14 Prozent sind darüber hinaus bösartige Neubildungen und mit rund 10 Prozent Herz-/Kreislaufkrankungen und von Bedeutung (siehe Abbildung 7.1.1.2., lögd 2007: Rehabilitations- und Rentenstatistik).

Auch diese Verteilung ist ein Indiz dafür, dass Belastungen durch die Arbeit und Belastungen durch Arbeitslosigkeit für den Gesundheitszustand der Menschen in der mittleren Lebensphase eine wichtige Rolle spielen.

**Abb. 7.1.1.2.: Frühberentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (2005)
(je 100.000 aktiv Versicherte)**



Quelle: Iögd (2007): Rehabilitations- und Rentenstatistik

Eine unkontrollierbare Zunahme dieser häufig vermeidbaren Erkrankungen ist aber nicht unausweichlich. Durch einen gesunden Lebensstil, z. B. durch gesunde Ernährung, viel Bewegung und verbesserte Früherkennungsuntersuchungen kann diese Entwicklung aufgehalten werden. Studien haben evidenzbasiert gezeigt, dass es durch zielgruppenspezifische Interventionen gelingen kann, sowohl das Gesundheitsverhalten günstig zu beeinflussen als auch die Krankheitsmanifestationen zu verringern. Darüber hinaus sind fast alle relevanten chronischen Erkrankungen durch präventive Maßnahmen beeinflussbar⁷⁷ (Schwartz 2003).

Dennoch versterben auch im Kreis Minden-Lübbecke gerade an diesen Erkrankungen viele Menschen. Ein regionaler Vergleich der Sterbefälle weist zudem darauf hin, dass im Kreis Minden-Lübbecke (neben dem Kreis Paderborn) die Zahl der an Herz-/ Kreislauf-erkrankungen Verstorbenen höher ist als in den übrigen Kommunen des Regierungsbezirkes Detmold. Darüber hinaus zeigt die Tabelle 7, dass im Kreisgebiet mehr Menschen an Herz-/Kreislauf-erkrankungen versterben als im Landesdurchschnitt⁷⁸.

⁷⁷ Schwartz F W (2003): Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2003.

⁷⁸ Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (2007): Todesursachenstatistik. GBE Stat 2007

Tabelle 7: Sterbefälle Bösartige Neubildungen und Herz-/ Kreislauf-krankungen NRW, OWL und Kreis Minden-Lübbecke (2005)

	Bösartige Neubildungen	Herz-/Kreislauf-erkrankungen
Nordrhein-Westfalen	176	259
Stadt Bielefeld	178	205
Kreis Gütersloh	165	227
Kreis Herford	157	231
Kreis Höxter	155	253
Kreis Lippe	170	237
Kreis Paderborn	165	271
Kreis Minden-Lübbecke	162	263

Quelle: Iögd (2007): Todesursachen-Statistik (altersstandardisiert, Europa-Bevölkerung alt)

Resümierend ist festzuhalten: Werden Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgt, können sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die im Zuge der Steigerung der Lebenserwartung gewonnen Lebensjahre auch mit einem Zugewinn an „vitalen“ Jahren verbunden sind. Dabei gilt grundsätzlich zu berücksichtigen, dass der sozioökonomische Status ein signifikanter Einflussfaktor auch für den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten älterer Menschen ist⁷⁹.

7.2. Demenz

Die Pflege älterer Menschen wird immer stärker auch zur Begleitung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen.⁸⁰

Mit dem Begriff der Demenz wird ein vielschichtiges Krankheitsbild bezeichnet, das mit der Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit und einer allgemeinen Veränderung der Persönlichkeit verbunden ist. Eine Heilung ist derzeit nicht möglich. Demenzielle Erkrankungen gehen mit körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen einher und erfordern für diese Personengruppe eine spezifische Ausrichtung der bestehenden Hilfen, Dienste und Einrichtungen. Die Krankheit erschwert den Betroffenen häufig die selbständige Gestaltung ihres Alltags; sie sind zunehmend von Hilfe abhängig, gleichzeitig erfassen die bisherigen Kriterien der Pflegestufen nicht das Facettenreichtum dieser Krankheit.

⁷⁹ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG 2002): Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW. Düsseldorf. 2002.
Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA 2005): Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). 2005. S. 89 ff.

⁸⁰ Vgl. Kämmer (2002): Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz, S. 186

Derzeitigen Schätzungen zufolge sind in Deutschland etwa 7% aller über 65-Jährigen an einer Demenz erkrankt. Für den Kreis Minden-Lübbecke bedeutet dies im Jahr 2005 rund 4.600 demenzkranke Menschen (65 Jahre und älter). Die Häufigkeit einer Demenzerkrankung nimmt mit fortschreitendem Alter deutlich zu: Sie liegt bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1,5%, bei den 80- bis 84-Jährigen bei rund 13%, bei den 85- bis 89-Jährigen bei etwa 22% und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30%. Die Krankheitshäufigkeit ist bei Frauen deutlich erhöht. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen eine längere Lebenserwartung haben als Männer.⁸¹

Wenngleich bis zu 80% aller demenzkranken Menschen im Laufe ihrer Erkrankung in ein Alten- und Pflegeheim übersiedeln, ist eine demenzielle Erkrankung nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit dem Erfordernis einer vollstationären Pflege. Gleichwohl geht die häusliche Pflege eines Demenzerkrankten für Angehörige mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen einher. Entsprechend stützen Hilfs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige die Möglichkeit, demenziell erkrankten Menschen einen möglichst langen Aufenthalt in der gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Im Kreis Minden-Lübbecke schließen die Projekte „HilDe - Hilfen bei Demenz“ und „EDe - Entlastungsprogramm bei Demenz“ des Paritätischen Vereins sowie „vergissmeinnicht“ des Diakonischen Werkes Minden und das „Netzwerk Demenz“ des Diakonischen Werkes Vlotho in Bad Oeynhausen als Anlaufstellen im Bereich der demenzspezifischen Information und Beratung eine bisher bestehende Lücke und tragen zur Aufklärung über die Erkrankung, Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Vernetzung zielgruppenspezifischer Angebote bei.

Im Jahr 2005 haben „HilDe“ und „vergissmeinnicht“ einen Kooperationsvertrag geschlossen und dadurch den „Kooperationsverbund Demenz“ gegründet.

Ebenfalls im Jahr 2005 wurde der Verein „Leben mit Demenz - Alzheimergesellschaft Kreis Minden-Lübbecke“ gegründet. Der Verein entwickelt und fördert Hilfen für alle von Demenzerkrankungen betroffenen Menschen, dies schließt Angehörige und alle weiteren an der Versorgung Beteiligten ein.

Seit dem 01. April 2002 haben Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in der Mehrzahl demenziell Erkrankte) einen zusätzlichen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse von bis zu 460,- € je Kalenderjahr, der zweckgebunden für Betreuungsleistungen im häuslichen Bereich und zur Unterstützung der sie Pflegenden in Anspruch genommen werden kann.

⁸¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2005): Altersdemenz, S. 12 ff., S. 25

Im Kreis Minden-Lübbecke werden diese Angebote zum einen im Rahmen der o.g. genannten Projekte angeboten, hierbei handelt es sich um

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen,
- Helferkreise zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen,
- Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer,
- familienentlastende und familienunterstützende Dienste (FED/FUD) sowie
- Agenturen zur Beratung und Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige und der sie Pflegenden.

Zum anderen bieten kreisweit auch ambulante Pflegedienste niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsleistungen an. Hierzu zählen

- Beaufsichtigung, insbesondere zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei Störungen des Tag- und Nachtrhythmus, bei der Gefahr des unkontrollierten Verlassens des Wohnbereiches oder das Verkennen oder Verursachen gefährdeter Situationen,
- Training von Alltagskompetenzen und tagesstrukturierenden Maßnahmen,
- Anleitung und Unterstützung bei der Aufnahme sinnhafter Beschäftigungen,
- Anregung und Unterstützung bei sozialen Kontakten,
- entspannende Aktivitäten zum Erhalt und zur Förderung der Motorik und der Gesellschaftsfähigkeit,
- Gespräche führen, Unterhaltung fördern mit dem Ziel der Aktivierung.

Um die Arbeit der niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote auf eine verbindliche rechtliche Grundlage zu stellen, hat das Land NRW durch Erlass einer Rechtsverordnung Regelungen zur Anerkennung dieser Angebote getroffen.⁸² Voraussetzung für die Anerkennung ist insbesondere die Einhaltung der Vorgaben zur Qualitätssicherung, diese soll im Wesentlichen durch die

- Anleitung der Helfer durch qualifizierte Fachkräfte und
- verpflichtende Qualifizierungsangebote für die ehrenamtlichen Mitarbeiter erreicht werden.

Zuständig für die Anerkennung niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote ist das Versorgungsamt Düsseldorf.

⁸² Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPFVO) vom 22.07.2003

Ungeachtet dieser, auf den Bereich der häuslichen Versorgung abzielenden Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen, wird die stationäre Unterbringung demenziell erkrankter Personen zukünftig eine wichtige Alternative bleiben. Dies gilt in besonderem Maße für alleinstehende Personen, die auf kein familiäres Hilfesystem zurückgreifen können und/oder bei denen eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist.

Bereits jetzt liegt der Anteil demenziell veränderter Menschen in den Alten- und Pflegeheimen im Kreis Minden-Lübbecke bei rd. 47%⁸³. Angesichts der steigenden Zahlen demenzkranker Menschen in den nächsten Jahren stehen damit auch die stationären Einrichtungen vor dem Erfordernis, sich baulich, konzeptionell und personell auf diesen Personenkreis verstärkt einzustellen. Im Kreis Minden-Lübbecke haben in den letzten Jahren einige Alten- und Pflegeheime damit begonnen, besondere Angebote für Menschen mit Demenz zu schaffen, so entstehen z.B. spezielle Wohngruppen oder Wohnbereiche.

Neben der Verbesserung der Angebotsstruktur wird zukünftig der gerontopsychiatrischen Fort- und Weiterbildung in Pflegeeinrichtungen ein besonderer Stellenwert zukommen. Bei der Versorgung von demenzkranken Menschen bedarf es eines veränderten professionellen Selbstverständnisses: Die rein medizinisch-pflegerische Ausrichtung und das ausschließlich auf die Defizite Demenzkranker abzielende Handeln von Fach- und Hilfskräften ist nicht geeignet, um im Rahmen einer dem Normalisierungsprinzip folgenden Versorgung erfolgreich sein zu können. Zentral ist vielmehr die Bereitschaft, zeitlich befristet mit einer Gruppe demenzkranker Menschen zu leben und ihnen ein dementengerechtes Milieu zu gestalten.⁸⁴

In den nächsten Jahren und Jahrzehnten ist aufgrund der Zunahme älterer, vor allem hochbetagter Menschen mit einem deutlichen Anstieg der Zahl demenzkranker Menschen zu rechnen, wobei ein hoher Anteil dauernder Betreuung und Pflege bedarf. Angesichts dieser Entwicklung und einer Prognose für den Kreis Minden-Lübbecke von bis zu 1.300 Neuerkrankungen im Jahr⁸⁵, wird im Zuge der Sicherstellung einer ortsnahen Grundversorgung ein vielfältiges, auf unterschiedlichen Ebenen ansetzendes Hilfesystem für diese Zielgruppe zu entwickeln und auszubauen sein.

⁸³ Quelle: Kreiseigene Erhebung im Rahmen der Pflegestatistik, Stichtag: 15.12.2005

⁸⁴ Vgl. Klie / Schmidt (2002): Demenz und Lebenswelten, S. 179

⁸⁵ Vgl. Gust (2005): Atlas der Demenz, S. 61

7.3. Wohnen im Alter

Wenn die Zahl älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen deutlich ansteigt, die Tragfähigkeit familiärer Netzwerke immer mehr abnimmt und das Heim als institutionalisierte Wohnform immer mehr an Akzeptanz verliert, werden alternative Wohn- und Betreuungsangebote zu erproben und auszubauen sein. Eine Strukturveränderung der Altenhilfe in Richtung einer Stärkung der Rolle selbstbestimmten Wohnens ist erforderlich. Dies nicht nur aus sozialen, sondern vor allem auch aus ökonomischen Gründen.

„Wohnen“ ist eines der zentralen Themen zukunftsorientierter Pflege- und Altenpolitik. Leitbild kommunaler Altenarbeit und Wohnpolitik muss sein, Wohnung, Wohnumfeld und wohnortnahe Dienstleistungen so zu gestalten, dass ältere Menschen am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen und auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich selbständig und selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung leben können. Dabei ist darauf zu achten, dass entsprechende Wohn- und Versorgungsformen bezahlbar sind und es auch dauerhaft bleiben. Damit dies gelingen kann, bedarf es neuer Formen der Zusammenarbeit.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Minden-Lübbecke im Mai 2006 die Fachtagung „Altersgerechte Wohnkonzepte: Gestaltungsmöglichkeiten im Kreis Minden-Lübbecke“. Im Rahmen der Fachtagung wird von den Referentinnen und Referenten auf Folgendes hingewiesen:

- Im Zuge des demografischen Wandels müssen Altersbilder zunehmend differenziert betrachtet werden. Dabei müssen auch die Potentiale des Alters erkannt und Senioren an der Planung von differenzierten Wohnangeboten beteiligt werden. Kleinräumige Verknüpfungen verschiedener Wohn- und Betreuungsformen im Wohnquartier entsprechen immer mehr dem Wunsch der meisten älteren Menschen.
- Für die Kommunen sind mit dem demografischen Wandel zahlreiche Herausforderungen verbunden. Die Anpassung der gesamten kommunalen Infrastruktur ist dabei unausweichlich. Als Instrumente einer solchen Anpassung dienen u. a. die Förderung von Netzwerken (insbesondere im ambulanten Bereich), die Schaffung eines attraktiven Wohnumfeldes für Senioren, die Zentrumsstärkung durch Wirtschaftsförderung und die kommunale Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte. Wenngleich vieles der Markt lösen wird, so bedarf es doch einer kommunalen Pflegeplanung, in deren Rahmen neben der pflegerischen Infrastruktur insbesondere auch der Wohnungsbestand entsprechend optimiert wird.
- Im Hinblick auf eine zunehmende Nachfrage nach personen- und haushaltsbezogenen Dienstleistungen liegt das Innovative manchmal „nur“ in der intelligenten Verknüpfung von bereits Vorhandenem.

- Die Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste werden häufig unterschätzt. Die Zahl der Heimaufenthalte könnte deutlich gesenkt werden, wenn mehr Menschen wüssten, was ambulante Dienste alles leisten können. Auf Seiten der ambulanten Pflegedienste gilt es, Konkurrenzen hintanzustellen und Kompetenzen zu bündeln - dies nicht zuletzt auch, um der Schwarzarbeit in der häuslichen Pflege den Kampf anzusagen.
- Zu einem zukunftsfähigen, generationengerechten Wohnen gehört neben einer barrierefreien Wohnraumgestaltung ebenso die Gestaltung des Wohnumfeldes: Bushaltestellen, Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf sowie Ärzte und Apotheken müssen in unmittelbarer Nähe vorhanden sein. Die Beteiligung von Senioren an der Weiterentwicklung der kommunalen Infrastruktur, insbesondere von entsprechenden Wohnformen, ist unverzichtbar. Die kommunalen Seniorenbeiräte im Kreis Minden-Lübbecke stehen hierfür als Kooperationspartner in den Städten und Gemeinden zur Verfügung.⁸⁶
- Seniorengerechtes Bauen und Wohnen ist ein bedeutsamer Zukunftsmarkt für das Handwerk. Insbesondere in den baunahen Gewerken kann das Handwerk umfangreiche Leistungen zur Wohnraumanpassung oder zur barrierefreien und altersgerechten Ausgestaltung von Neubauten erbringen. In diesem Zusammenhang kann das Handwerk stark von strategischen Allianzen profitieren, indem es Kontakte zu Krankenhäusern, sozialen Einrichtungen, Pflegediensten und Pflegeberatungsstellen auf- und ausbaut.

Um die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen bewältigen zu können, muss auch das Wohnen stärker in das Zentrum der Betrachtung rücken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch der beste barrierefreie Wohnungsbau nichts nützt, wenn ältere Menschen nicht im näheren Wohnumfeld ihren täglichen Bedarf selbst decken und soziale Nähe erleben können.

⁸⁶ Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es in 7 Städten und Gemeinden kommunale Seniorenbeiräte: Bad Oeynhausen, Espelkamp, Hüllhorst, Lübbecke, Minden, Porta Westfalica und Preußisch Oldendorf.

7.4. Ältere Menschen mit Behinderungen

Als Folge der bis 1945 betriebenen nationalsozialistischen Vernichtungspolitik hat erst in den letzten Jahren die Annäherung der Lebenserwartungen behinderter und nicht-behinderter Menschen beginnen können.

Auch der medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen steigt, und dass immer mehr behinderte Menschen in das Rentenalter hineinwachsen. Allerdings wird lediglich ein Teil der älter werdenden behinderten Menschen in den Lebensfeldern Wohnen, Beschäftigung und Freizeit im Rahmen von Rehabilitations- und Eingliederungshilfemaßnahmen unterstützt. So leben bspw. zahlreiche erwachsene Menschen insbesondere mit geistigen Behinderungen (noch) bei ihren Eltern bzw. Familien.⁸⁷

Dabei verringern sich aufgrund von gesamtgesellschaftlichen Prozessen die bisherigen familiären Unterstützungsstrukturen (z.B. Flexibilisierung des Arbeitsmarkts mit den entsprechenden Anforderungen an die Arbeitnehmer, die Abnahme von Mehr-Generationen-Familien und die Zunahme der Frauenerwerbsquote, wobei die Bereitschaft bei Männern, die häusliche Unterstützung zu übernehmen, nicht im gleichen Umfang steigt). Dies führt zu einer Zunahme des außerfamiliären Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung. Ob das bisher vorhandene Unterstützungsangebot zur Deckung dieses zusätzlichen Bedarfs ausreicht, ist fraglich.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen mit Behinderungen keine homogene Gruppe ist und sich hinsichtlich zahlreicher Dimensionen unterscheidet. So muss bspw. unterschieden werden zwischen älteren behinderten Menschen mit geistigen, psychischen und körperlichen sowie angeborenen und im Lebensverlauf erworbenen Beeinträchtigungen.

Die Situation älterer behinderter Menschen ist gegenwärtig in einigen Bereichen als problematisch zu betrachten.⁸⁸

Es stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, dass ältere Menschen mit Behinderungen auch bei Pflegebedürftigkeit in ihrem sozialen Umfeld verbleiben können. So möchten z. B. behinderte Menschen, die bereits seit vielen Jahren in stationären Wohnformen leben, auch im Falle der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dort bleiben. Die Heime sind jedoch häufig weder räumlich noch organisatorisch und personell auf eine zunehmend pflegebedürftige Klientel vorbereitet.

In verschärftem Maße stellt sich die Situation dar, wenn behinderte Menschen in ihrer eigenen Wohnung ambulant betreut werden. Es stellt sich hier insbesondere die Frage, wie eine sinnvolle Tagesstruktur auch nach Beendigung des Arbeitslebens sichergestellt werden kann. Im Falle von Pflegebedürftigkeit ist es derzeit oftmals sehr schwer, eine erforderliche intensive

⁸⁷ Vgl. Gitschmann (2003): Ältere Behinderte zwischen Behinderten- und Altenhilfe, S. 2

⁸⁸ Vgl. Hasseler / Görres (2004): Künftige Bedarfskonstellationen pflegebedürftiger Menschen. Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags von Nordrhein-Westfalen, S. 62

Versorgung und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten. Insgesamt wird bei älteren behinderten Menschen angesichts dieser Veränderungen ein Risiko der sozialen Isolierung im Alter gesehen. Diese Gefahr ist insbesondere auch dann gegeben, wenn Angehörige durch Krankheit oder Tod nicht mehr die Betreuung im häuslichen Bereich übernehmen können. Perspektivisch ist zu fragen, wo die älter werdenden behinderten Menschen wohnen und bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterstützt und versorgt werden.

An dieser Stelle setzt eine Untersuchung an, die im Rahmen der Kommission zur Begleitung des Koordinators für Behinderten- und Seniorenbelange des Kreises in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (ZPE) durchgeführt wird. Im Zentrum der Untersuchung stehen Familien im Kreis Minden-Lübbecke, in denen erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen leben. Im Rahmen der Untersuchung soll u.a. herausgearbeitet werden, welche Bedarfe bei diesen Familien im Kreis Minden-Lübbecke zukünftig erwartet werden und wie bestehende Unterstützungsangebote weiterentwickelt werden können. Die Untersuchungsergebnisse sollen im ersten Quartal 2008 vorliegen.

Im Folgenden werden zunächst die seitens des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe veröffentlichten Zahlen zur Altersstruktur in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in Westfalen-Lippe dargestellt. Diese entbehren zwar der detaillierten Angabe zur Situation im Kreis Minden-Lübbecke, dürften aber in ihren zentralen Tendenzen auch für die Situation im Mühlenkreis gültig sein:

Altersstruktur in den Werkstätten für behinderte Menschen in Westfalen-Lippe⁸⁹:

Altersgruppe	Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
unter 30	20,8%
30 - 40	38,9%
40 - 50	25,6%
50 - 60	11,2%
über 60	3,5%

Stand: 01.01.2000

⁸⁹ Vgl. Baur (2006): Zur Situation der Eingliederungshilfe, S. 7 ff.

Der Altersschwerpunkt in den Werkstätten für behinderte Menschen liegt bei den 30-40jährigen Beschäftigten. Das bedeutet, die größte Gruppe der Menschen mit Behinderungen wird in 25 bis 35 Jahren das Alter von 65 Jahren erreicht haben. Bis dahin wird sich die Anzahl der aus der Werkstatt für behinderte Menschen ausscheidenden Personen kontinuierlich erhöhen und die Aufgabe der Versorgung von WfbM-Rentnern zunehmend massiver auftreten. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, dass das tatsächliche Alter, in dem Menschen mit Behinderungen aus der Werkstatt ausscheiden, häufig unter 65 Jahren liegt.

Nachfolgend werden altersdifferenzierte Daten bezogen auf den Kreis Minden-Lübbecke zu Menschen mit Behinderungen dargestellt, die Unterstützung in ambulanten oder stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe erhalten. Die Angaben beziehen sich auf den Stichtag 31.12.2006.⁹⁰

⁹⁰ Quelle: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Aufbereitung: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen

Menschen mit Behinderungen in ambulanten wohnbezogenen Hilfen der Eingliederungshilfe am Stichtag 31.12.2006 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen aus dem Kreis Minden-Lübbecke

Altersgruppen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Suchterkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
18-29	63	18,5	30	23,3	21	15,8	5	12,8	7	17,9
30-39	93	27,4	40	31,0	38	28,6	8	20,5	7	17,9
40-49	96	28,2	38	29,5	33	24,8	11	28,2	14	35,9
50-64	72	21,2	18	14,0	34	25,6	14	35,9	6	15,4
65 u. älter	16	4,7	3	2,3	7	5,3	1	2,6	5	12,8
Gesamt	340	100	129	100	133	100	39	100	39	100

Die Mehrheit der Leistungsempfänger im Ambulant Betreuten Wohnen ist zwischen 30 und 49 Jahre alt. Deutlich wird der sehr geringe Anteil der über 65jährigen Personen, die gegenwärtig ambulante Hilfen zum selbständigen Wohnen in Anspruch nehmen.

In Bezug auf die Altersgruppenverteilung im stationären Bereich ergibt sich das nachfolgende Bild:

Menschen mit Behinderungen in stationären wohnbezogenen Hilfen der Eingliederungshilfe am Stichtag 31.12.2006 differenziert nach Zielgruppen und Altersgruppen aus dem Kreis Minden-Lübbecke⁹¹

Altersgruppen in Jahren	Gesamt		Menschen mit geistiger Behinderung		Menschen mit seelischer Behinderung		Menschen mit Suchterkrankungen		Menschen mit körperlicher Behinderung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 18	4	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	1	2,3
18-29	135	13,5	98	14,2	28	13,1	1	1,9	8	18,2
30-39	189	18,9	136	19,7	36	16,8	7	13,5	10	22,7
40-49	269	26,8	174	25,1	69	32,2	15	28,8	11	25,0
50-64	286	28,5	188	27,2	66	30,8	24	46,2	8	18,2
65 u. älter	119	11,9	93	13,4	15	7,0	5	9,6	6	13,6
Gesamt	1.002	100	692	100	214	100	52	100	44	100

Insgesamt zeigt sich im stationären Wohnen zielgruppenübergreifend im Vergleich mit dem ambulanten Bereich ein größerer Anteil älterer Personen. Stationäre Hilfen zum Wohnen werden überwiegend von 50-64jährigen Personen in Anspruch genommen, dicht gefolgt von der Gruppe der 40-49jährigen. Der Anteil der Leistungsempfänger, die über 65 Jahre alt sind, ist bislang relativ gering, jedoch deutlich höher als im Ambulant Betreuten Wohnen.

⁹¹ Dabei ist zu beachten, dass es sich um Leistungsempfänger handelt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt (gA) im Kreis Minden-Lübbecke haben, jedoch zum Teil auch in anderen Regionen betreut werden.

Tendenziell ist deutlich feststellbar, dass ein entsprechender Handlungsbedarf besteht, da auch bei Menschen mit Behinderungen in den nächsten Jahren mit einer deutlich steigenden Zahl älterer und höchstwahrscheinlich auch pflegebedürftiger Menschen zu rechnen ist.

7.5. Ältere Migrantinnen und Migranten

Die Generation der „Gastarbeiter“ kommt ins Rentenalter, zudem befinden sich unter den Aussiedlern häufig auch ältere Menschen. Vor diesem Hintergrund rückt das Thema Pflege und Unterstützung von älteren Migranten verstärkt in das Blickfeld der kommunalen Pflegeplanung.

Unter allen Ende 2003 erfassten Einwohnern des Kreises Minden-Lübbecke zählen 17.164 zur ausländischen Bevölkerung, was einem Anteil von 5,3% an der Gesamtbevölkerung des Kreises entspricht. 913 davon sind 65 Jahre und älter. Gemessen an der Gesamteinwohnerzahl des Kreises (323.290 Einwohner am Stichtag 31.12.2003) stellt die Gruppe der älteren Ausländer somit einen Anteil von 0,28%. Die größte Ausländergruppe im Kreis Minden-Lübbecke wird von Menschen aus der Türkei gestellt (28% der im Kreisgebiet lebenden Ausländer).⁹²

Der Zugang von Aussiedlern im Kreis Minden-Lübbecke beträgt im Zeitraum 01.01.1987 bis zum 31.12.2003 insgesamt 28.796 Personen. Die Altersstruktur der Aussiedler ist, bedingt durch die sofortige Annahme der deutschen Staatsbürgerschaft, nicht genau zu beschreiben. Den höchsten Anteil an Aussiedlern an der jeweiligen Einwohnerzahl hat im Kreis Minden-Lübbecke mit deutlichem Abstand die Stadt Espelkamp (rd. 36,9%), gefolgt von der Gemeinde Stemwede (rd. 12,5%).⁹³

Durch die im Rahmen der letzten Pflegestatistik durchgeführte kreiseigene Erhebung zur Versorgung von Migranten (Stichtag: 15.12.2005) wurden insgesamt 149 zugewanderte Personen erfasst: 65 von ihnen wurden durch ambulante Pflegedienste und 84 Personen in Alten- und Pflegeheimen versorgt. 68% stammen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion.

Derzeit greifen ältere Migranten noch überwiegend auf familiäre bzw. private Hilfesysteme zurück, da sie im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung seltener allein, dafür in größeren Haushalten und mit mehreren Generationen leben. Diese Strukturen folgen allerdings (wenn auch zeitverzögert) der Entwicklung der einheimischen Familienstrukturen: Die Großfamilie ist auch bei älteren Migranten eine verschwindende Lebensform.⁹⁴

⁹² Vgl. Buder/Stahlhut (2005): Demenzberatung und psychosoziale Unterstützung von Migrantengruppen, S. 77 ff. Hierin nicht enthalten sind die Gruppen der (Spät-)Aussiedler und die der eingebürgerten Arbeitsmigranten und ihrer in Deutschland geborenen Kinder (im Jahr 2004: 464 Einbürgerungen im Kreis Minden-Lübbecke).

⁹³ Vgl. Buder/Stahlhut (2005): Demenzberatung und psychosoziale Unterstützung von Migrantengruppen, S. 80 ff.

⁹⁴ Vgl. BMFSFJ (Hrsg., 2004): Die Lebenssituation älterer alleinstehender Migrantinnen, S. 4

Gegenwärtig nehmen ältere Migranten nur in einem sehr geringen Maße ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch. Als Zugangsbarrieren sind vor allem zu nennen⁹⁵:

- Informationsdefizite,
- Verständigungsschwierigkeiten,
- kulturell begründeter Umgang mit Krankheit und Gesundheit,
- fehlende aufsuchende Beratungsangebote,
- fehlendes Fachpersonal mit kultursensibler Kompetenz.

Aufgrund des quantitativen Zuwachses der Personengruppe bei gleichzeitigem Rückgang des familiären Pflegepotentials wird zukünftig von einem höheren Versorgungsbedarf dieser Zielgruppe im ambulanten und stationären Sektor auszugehen sein. Verstärkt wird diese Entwicklung dadurch, dass ältere Migranten noch immer in vielen Lebenslagedimensionen (bspw. Gesundheit) schlechter gestellt sind als gleichaltrige Einheimische.⁹⁶

Vor diesem Hintergrund kommt einer kultursensiblen Gestaltung der Pflegeinfrastruktur ein hoher Stellenwert zu, der auch in § 1 des nordrhein-westfälischen Landespflegegesetzes Niederschlag findet: „(...) Die besonderen Belange pflegebedürftiger Migrantinnen und Migranten (...) sind zu berücksichtigen.“

Gefordert werden allgemein ein Abbau der o.g. Zugangsbarrieren sowie die Öffnung der pflegerischen und unterstützenden Einrichtungen für die spezifischen Belange der Migranten. Aus Modellprojekten geht allerdings hervor, dass die Umsetzung dieser Forderungen in der Praxis an Grenzen stößt, weil die Gruppe der Migranten insgesamt noch klein und heterogen ist und häufig erhebliche Sprachbarrieren bestehen.

Im Allgemeinen sind als künftige Handlungserfordernisse und Strategien zu nennen⁹⁷:

- Enge Zusammenarbeit zwischen Altenhilfe und Migrationsdiensten,
- Kooperation mit lokalen Ausländerbeiräten im Rahmen der kommunalen Pflegeplanung,
- gezielte ethnisch zentrierte Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen,
- zugehende Sozialarbeit in Form von Informationsangeboten in ausländischen Vereinen bzw. Treffpunkten (es kann nicht davon ausgegangen werden, dass ältere Migranten bestehende Dienste und Einrichtungen von sich aus aufsuchen),
- Einsatz von Multiplikatoren ausländischer Nationalität.

⁹⁵ Vgl. Schopf/Naegele (2005): Alter und Migration, S. 389

⁹⁶ Vgl. Schopf/Naegele (2005): Alter und Migration, S. 384

⁹⁷ Vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie (Hrsg., 2004): Auch Migranten werden alt, S. 63 ff. / Schopf/Naegele (2005), S. 393 ff.

Nicht erforderlich erscheint es, neue Angebote zu schaffen, sondern bestehende Angebote optimal mit einander zu verbinden und effektiver zu gestalten.

In Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und Diensten gilt es, den Rahmen dafür zu schaffen, dass auch ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis Minden-Lübbecke eine Versorgung erhalten, die sich durch einen hohen Grad an Fachlichkeit und Kultursensibilität auszeichnet. Darüber hinaus sollen wechselseitige Lernprozesse angeregt werden.

Erste Ansätze sind im Kreis Minden-Lübbecke bereits sichtbar: So führte das Seniorenbüro mit Info-Zentrum Pflege für den Altkreis Lübbecke gemeinsam mit weiteren örtlichen Akteuren das Projekt „Älter werden in Deutschland“ durch, in dem es um kultursensible Pflege in der Stadt Espelkamp ging.

7.6. Exkurs: Gewalt gegen ältere Menschen in Pflegebeziehungen

Bei der Pflege alter Menschen kann es sowohl in Institutionen, als auch im häuslichen Bereich zur Anwendung von Gewalt in den verschiedensten Formen kommen. Schätzungen zufolge werden z.B. etwa fünf Prozent der pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause versorgt werden, von den pflegenden Angehörigen psychisch oder physisch misshandelt.⁹⁸ Dies wären im Kreis Minden-Lübbecke umgerechnet rund 250 pflegebedürftige Menschen.

Gewalt gegen ältere Menschen orientiert sich in diesem Zusammenhang an dem in der Gerontologie gewonnenen Verständnis und umfasst nicht nur körperliche Misshandlung Pflegebedürftiger, sondern alle Handlungen und Unterlassungen, die gravierende negative Auswirkungen auf die Lebenssituation und Befindlichkeit des älteren Menschen haben (beispielhaft sei hier Vernachlässigung genannt). Von den älteren Menschen und von ihrer Umgebung (z.B. Nachbarn, Freunde) sowie von den Gewaltausübenden selbst wird diese Gewalt häufig nicht als solche wahrgenommen, man betrachtet sie vielmehr als „Privatangelegenheit“.

Nur selten trauen sich Opfer, Anzeige zu erstatten. Die Angst, unter noch schlimmeren Repressalien leiden zu müssen oder die Scham, über möglicherweise peinliche oder sogar entwürdigende Zustände zu berichten, ist meist größer. Hinzu kommt, dass Pflegebedürftige, und hier insbesondere demente Menschen, vielfach nicht in der Lage sind, über das zu berichten, was mit ihnen geschieht. Das Thema „Gewalt gegen ältere Menschen“ stößt noch häufig auf Vorbehalte und berührt gesellschaftliche Tabus. Fest steht allerdings:

⁹⁸ Vgl. Rückert (1999): Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter, S. 426

- Insbesondere alte Menschen in Pflegesituationen gehören zu einem besonders gefährdeten Personenkreis.
- Entsprechende gewaltsame Übergriffe werden häufig nicht aktenkundig, es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.⁹⁹

Gewalt gegen alte Menschen ist meist keine Folge einer kriminellen Gesinnung, sondern auf die Überlastung der Pflegenden und die damit verbundene Stresssituation zurückzuführen.¹⁰⁰ Dies kann sowohl in der institutionellen wie auch in der häuslichen Pflege auftreten. Pflegende Angehörige sind oft überfordert und wissen zu wenig Bescheid über die körperlichen, geistigen und seelischen Veränderungen, zu denen das Alter führen kann. Institutionelle und finanzielle Vorgaben bei der Pflege in Heimen können ebenfalls zu Problemen führen.

Bei Gewalt in Pflegesituationen sind daher Aufklärung, Hilfe und Entlastung gefragt, nicht allein Strafe. Von zentraler Bedeutung ist es, im Einzelfall herauszufinden, in welchen Situationen es zu Gewalthandlungen kommt. Wenn verurteilt wird, ohne zu verstehen, werden die Beteiligten nicht ermutigt, sich mit dem Gewaltgeschehen konstruktiv auseinander zu setzen. Eine ausführliche (psychologische) Beratung und Begleitung kann hier helfen. Ebenso helfen können z.B. Selbsthilfegruppen pflegender Angehöriger, indem dort Erfahrungen darüber ausgetauscht werden, wie man am besten mit aggressiven Impulsen umgeht.¹⁰¹

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang ebenso Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Professionellen, die mit älteren Menschen arbeiten. Diese Maßnahmen dienen dem Verstehen von eigenen Gewaltimpulsen, von Misshandlungssituationen, ihren Ursachen und Folgen sowie der aktiven Vermeidung oder Verringerung von Misshandlung.¹⁰²

Ist auch nicht belegt, dass Gewalthandlungen gegen alte Menschen zunehmen, so ist schon allein aufgrund der demografischen Entwicklung davon auszugehen, dass sich die Anzahl der alten und pflegebedürftigen Menschen, die einer Gewalthandlung ausgesetzt sind, vergrößern wird.

⁹⁹ Vgl. Landespräventionsrat NRW (Hrsg., 2006): Gefahren für alte Menschen in der Pflege, S. 6 ff.

¹⁰⁰ Darüber hinaus kann ein negatives Altersbild, wonach ältere Menschen als Belastungs- und Kostenfaktor des sozialen und gesellschaftlichen Lebens gesehen werden, dazu beitragen, dass die Hemmschwelle für Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen sinkt (Vgl. Hirsch (2005) unter www.journalmed.de/newsview.php?id=9152).

¹⁰¹ Vgl. Rückert (1999): Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter, S. 429

¹⁰² Vgl. Hirsch (ohne Jahresangabe): Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland - Möglichkeiten zur Prävention und Intervention durch private Initiativen, S. 10

Die Gleichstellungsstelle des Kreises Minden-Lübbecke führt im Rahmen der PRIO-Vernetzung¹⁰³ und in Zusammenarbeit mit dem Koordinator für Behinderten- und Seniorenbelange des Kreises ein Projekt durch zur „Eröffnung von Hilfsstrukturen für ältere Opfer häuslicher Gewalt“. Ziel dieses Projekts ist es, adäquate Hilfsangebote neu zu konzipieren, Zugangswege zur Zielgruppe der älteren Menschen zu eröffnen und Fachleute von Seiten der PRIO-Vernetzung mit Fachleuten der Altenhilfe in Kontakt zu bringen, um eine Umsetzung der im Rahmen des Projekts entwickelten Maßnahmen in die Wege zu leiten. Projektergebnisse sollen Ende 2007 vorliegen.

¹⁰³ Bündnis gegen häusliche Gewalt (PRIO: Prävention - Intervention - Opferschutz) im Kreis Minden-Lübbecke

8. Literatur

- Apitz, R.; Winter, S. (2004):
Potentiale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland.
Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Berlin. 2004.
- Baur, Dr., F. (2006):
Zur Situation der Eingliederungshilfe. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg., 2006): Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Perspektiven der Eingliederungshilfen für behinderte Menschen.
- Buder, O.; Stahlhut, H. (2005):
Demenzberatung und psychosoziale Unterstützung von Migrantengruppen.
Diplomarbeit an der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg., 2002):
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. 2002.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg., 2004):
Die Lebenssituation älterer alleinstehender Migrantinnen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, Hrsg., 2006):
Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Deutscher Bundestag (Hrsg., 2002):
Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“.
Bundestags-Drucksache 14/8800
- Deutscher Bundestag (Hrsg., 2002):
Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:
Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Drucksache 124/8822. 2002.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg., 2005):
Nomenklatur der Altenhilfe.

- Deutsches Institut der Wirtschaft (Hrsg., 2001):
Wochenbericht des DIW Berlin 05/01. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland bis 2050.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA, Hrsg., 2003):
Informationsdienst Altersfragen, Heft 03, Mai/Juni 2003
- Eifert, B. (2004)
Beratung nach dem Pflegeversicherungsgesetz
In: Forum Seniorenarbeit, 6/2005 (www.forum-seniorenarbeit.de)
- Eichener, V. (2004):
Wohnen älterer und pflegebedürftiger Menschen in NRW - Formen, Modelle Zukunftsperspektiven. Expertise für die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtags Nordrhein-Westfalen
- Ellerbrock, B. (2004):
Allgemeine Seniorenberatung in der gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit.
In: Forum Seniorarbeit, 2/2004 (www.forum-seniorenarbeit.de)
- Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005):
Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase.
Bern, u.a: Huber-Verlag. 2005.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie (Hrsg., 2004):
Auch Migranten werden alt!
Lebenslagen und Perspektiven in Europa.
Dokumentation der Fachtagung vom 30. Juni bis 01. Juli 2003 in Lünen
- Gemeinsamer Tätigkeitsbericht vom Diakonischen Werk Minden und dem Paritätischen Verein zum Infotelefon Demenz (Zeitraum: 01. Dezember 2006 bis 15. März 2007)
- Gitschmann, P. (2003):
Ältere behinderte zwischen behinderten- und Altenhilfe.
In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg., 2003):
Informationsdienst Altersfragen, Heft 05, September/Oktober 2003

- Gust, J. (2005):
Atlas der Demenz. Demenzerkrankungen von Aachen bis nach Zwickau.

- Hasseler, Prof., Dr., M.; Görres, Prof., Dr., S. (2004):
Künftige Bedarfskonstellationen pflegebedürftiger Menschen.
Gutachten im Auftrag der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“
des Landtags von Nordrhein-Westfalen

- Heitmann, D.; Bonato, M. (2006):
Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. Befunde einer Studie in Nordrhein-
Westfalen.
In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg., 2006):
Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Was brauchen alte Menschen? Her-
ausforderungen für eine alternde Gesellschaft, S. 104 - 118

- Hirsch, Prof. Dr. Dr., R.D. (ohne Jahresangabe):
Gewalt gegen alte Menschen: Ein Überblick zur Situation in Deutschland - Möglichkeiten zur
Prävention und Intervention durch private Initiativen
Quelle: www.hsm-bonn.de

- Infratest Sozialforschung (Hrsg., 2003):
Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland. Erste Ergebnisse der Reprä-
sentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen einer
selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushal-
ten“ (MuG 3). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Ju-
gend. München. Juli 2003.

- Kämmer, K. (2002):
Der Beitrag professioneller Pflege zur Lebensweltgestaltung von Menschen mit Demenz.
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 3, S. 186 - 189

- Klie, Prof., Dr., T.; Schmidt, Dr., R. (Hrsg., 1999):
Die neue Pflege alter Menschen.

- Klie, Prof., Dr., T.; Schmidt, Dr., R. (2002):
Demenz und Lebenswelten.
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Heft 3, S. 177 - 180

- Kofahl, C.; Mestheneos, E.; Triantafillou, J.; Pflüger, K. (2004):
Welche Unterstützung erfahren pflegende Angehörige älterer Menschen in Europa?
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 37, Supplement 1, S. I/29

- Kruse A (2002):
Gesund altern, Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien,
Band 146 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden. 2002.

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA, Hrsg., 2002):
Architektur + Gerontologie, Ausgabe 1: Planung humaner Pflegeheime - Erfahrungen und
Empfehlungen.

- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik (Hrsg., 2006):
Modellrechnung zur Bevölkerungsentwicklung. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des
Kreises Minden-Lübbecke und der Städten und Gemeinden des Kreises vom 31.12.2005.

- Landesamt für Statistik Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2004). Pflegestatistik 2004/2005.

- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg., 2007):
Krankenhausdiagnose-Statistik. GBE Stat 2007.

- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg., 2007):
Rehabilitations- und Rentenstatistik. GBE Stat 2007.

- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg., 2007):
Todesursachen-Statistik. GBE Stat 2007.

- Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2006):
Gefahren für alte Menschen in der Pflege

- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005):
Bericht der Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. 2005.

- Lehr, U. (2004):
Der demografische Wandel. Immer mehr Menschen erreichen ein immer höheres Alter.
In: Forum Seniorenarbeit, 6/2004 (www.forum-seniorenarbeit.de)

- Lipinski, H. (2007):
Optimierung der Steuerung in der Alten- und Behindertenhilfe
In: Der Landkreis, 7/2007, S. 408 - 409

- Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA 2005):
Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). 2005.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW, Hrsg., 2007):
Kommunale Pflegeplanung - Empfehlungen zur praktischen Umsetzung.
Loseblattsammlung.

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG NRW, Hrsg., 2000):
Gesundheit von Frauen und Männern. Gesundheitsberichte NRW. Düsseldorf. 2000.

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG NRW, Hrsg., 2002):
Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Gesundheitssurvey
Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsberichte NRW. Düsseldorf. 2002.

- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW, Hrsg., 2004):
Alter gestaltet Zukunft - Politik für Ältere in Nordrhein-Westfalen.
Rahmenbedingungen, Leitlinien 2010, Datenreport

- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (MGSFF NRW, Hrsg., 2004):
Transparent. Informationsdienst zur Seniorenpolitik. Beratung für ältere Menschen.
September 2004, Nr. 34

- Pleschberger, S. (2004):
Bloß nicht zur Last fallen!
Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen
Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. rer. soc.) des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen

- Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen (Hrsg., 2005):
Situation und Zukunft der Pflege in NRW.
Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg., 2005):
Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. 2005.
- Robert Koch-Institut (Hrsg., 2005):
Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28
- Rückert, W. (1999):
Von Mensch zu Mensch. Hilfe und Pflege im Alter.
In: Niederfranke, A.; Naegele, G.; Frahm, E. (Hrsg., 1999):
Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik,
Seite 426 - 429
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005):
Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Deutscher Bundestag.
Drucksache 15/5670. 2005.
- Schnabel, E.; Wingenfeld, K. (2002):
Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.
- Schnabel, Prof., Dr., R. (2007):
Zukunft der Pflege.
Universität Duisburg-Essen
- Schneekloth, U. (2006):
Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege.
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 39, Heft 6, S. 405 - 412
- Schopf, C.; Naegele, Prof., Dr., G. (2005):
Alter und Migration - ein Überblick.
In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 6, S. 384 - 395
- Schwartz, F. W. (2003):
Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, München 2003.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2007):
Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

- Weinkopf, Dr., C. (2005):
Haushaltsnahe Dienstleistungen für Ältere.
Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung „Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“ im Auftrag des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA).