



Pflegestrukturplanung im Landkreis Bernkastel-Wittlich:

Zusammenfassung und
Handlungsempfehlungen

November 2009

Zu Hause alt werden im Landkreis Bernkastel-Wittlich

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich
Geschäftsbereich 3 Dr. Pascal Schleder
FB 30 Soziale Hilfen Hermann-Josef Valerius
Kurfürstenstrasse 16
54516 Wittlich

Gefördert durch das Land Rheinland-Pfalz
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen

transfer – Unternehmen für soziale Innovation, Wittlich

in Zusammenarbeit mit

Kappenstein – Büro für Sozialplanung, Trier

1 ZUSAMMENFASSUNG

Die *pflegerische Infrastruktur* des Jahres 2007 im Landkreis Bernkastel-Wittlich hat sich gegenüber dem Jahr 2004/2005 nicht wesentlich verändert. Die Pflegestatistik weist 15 stationäre Einrichtungen und 18 ambulante Dienste der Alten- und Pflegehilfe aus. Die Verteilung der Dienste und Einrichtungen konzentriert sich auf dichter bewohnte Städte im Landkreis. Die stationären Einrichtungen sind zu 67 % in Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände, ambulante Dienste sind zu 78 % in privater Trägerschaft. 5 Beratungs- und Koordinierungsstellen waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Landkreis Bernkastel-Wittlich tätig. 70 % der Kunden der Beratungs- und Koordinierungsstellen sind weiblich, zwischen 70 und 90 Jahre alt und deutsche Staatsangehörige.

Durch die Analysen der Statistik der *Beratungs- und Koordinierungsstellen* als auch durch die Ergebnisse der Zukunftskonferenz „Zu Hause alt werden“ kann gesagt werden, dass es einen **Bedarf** hinsichtlich der **Versorgung mit Dienstleistungen**, einer **verbesserten Mobilität** sowie der **verlässlichen Unterstützung bei persönlichen Notlagen** im Vor- und Umfeld von Pflege zu geben scheint. Die klassischen Leistungen der ambulanten Dienste: Behandlungspflege und Grundpflege, der mobilen Essensversorgung und dem Hausnotruf, sind den Menschen vor Ort bekannt. Sie stellen notwendige Hilfen für ein Altern in den eigenen vier Wänden dar.

Wichtige Strukturen der *Kooperation und Vernetzung* im Landkreis sind seit 2004 entwickelt worden: die örtliche Pflegekonferenz, die Koordinatoren/innen im Landkreis Aktiv, Seniortrainer und Seniortrainerinnen, Sicherheitsberater und Sicherheitsberaterinnen sowie der Seniorenbeirat im Landkreis. Die vielfältigen Arbeitskreise (AK Pflegende Angehörige, AK Zusammenarbeit, AK Fortbildung, AK Demenz, AK Öffentlichkeit) fördern den Austausch von Expertenwissen und die Information der Bürger- und Bürgerinnen. Zwei Modellprojekte – Demenz-Zuhause leben – und das Projekt „Beratung und Koordinierung zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements“ im Landkreis Bernkastel-Wittlich dienen weiterhin der Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Allerdings sind Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Organisationen im Landkreis nur vereinzelt geschlossen.

Die Versorgung mit *Allgemeinmedizinern und Fachärzten* im Landkreis Bernkastel-Wittlich liegt unter dem rheinland-pfälzischen Durchschnitt, ist jedoch in der Betrachtung auf regionaler Ebene der Verbandsgemeinden sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Nach wie vor leben die Menschen, die im Landkreis Bernkastel-Wittlich Leistungen nach SGB XI erhalten, überwiegend in der *eigenen Häuslichkeit*. Sie machen fast 70 % der Personen nach SGB XI aus. 46 % von ihnen erhalten ausschließlich Pflegegeld. 23 % nutzen Pflegesachleistungen der ambulanten Dienste oder erhalten Kombinationsleistungen (Pflegegeld und Pflegesachleistungen).

Im Jahr 2007 lebten im Landkreis Bernkastel-Wittlich 113.043 Menschen. Bis zum Jahr 2050 wird lt. Schätzung des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz die Zahl der Einwohner und Einwohnerinnen im Landkreis Bernkastel-Wittlich auf 87,5 % des heutigen Standes, dies sind 98.904 Menschen, fallen. Statistisch wird die Anzahl der älteren Menschen zum Anteil der jüngeren Menschen stark ansteigen. Der Anteil der über 80 Jährigen betrug im Jahre 2007 6.330 Menschen und wird auf 14.205 Menschen bis zum Jahr 2050 prognostiziert. Ausgedrückt als *Pflegepotential* (Anteil der 40 bis 59-Jährigen im Verhältnis der 80-Jährigen und älteren Menschen) bedeutet dies, dass im Jahre 2007 je nach Region 4 bis 7 jüngere Menschen einem Menschen im Alter von über 80 Jahren gegenüberstanden. Im Jahre 2020 sind dies nur noch 3 bis 4 Menschen. Neben diesem quantitativen Rückgang der zur Verfügung stehenden Anzahl jüngerer Generationen, die heute als pflegende Angehörige zur Verfügung stehen, wird die Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, sinkende Haushaltsgrößen und veränderte Familienstrukturen die Versorgung der älteren pflegebedürftigen Menschen verändern.

Zukünftig wird ein *Mix an Pflege und Betreuungsleistungen* sowohl von professionellen Anbietern als auch durch Ehrenamtliche, pflegende Angehörige und Nachbarn von Nöten sein, um dem steigenden Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen als auch Haushaltsnaher Dienstleistungen gerecht werden zu können.

Neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung und weiteren haushaltsnahen Dienstleistungen wird ebenso die *Grundversorgung der älteren Bevölkerung in Flächenkreisen* von Bedeutung sein. Rollende Läden (Bäcker, Metzger, Lebensmittel, Geld) sind bereits in vielen Orten Selbstverständlichkeit geworden, Dorfläden werden neu gegründet. Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter beliefern Kunden auf Bedarf zu Hause. Geldautomaten sind zum Teil barrierefrei installiert.

2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Aufgrund der Ergebnisse des Datenreports wird, auch im Hinblick auf das Projekt „Zu Hause alt werden“, empfohlen:

1. Zielentwicklung mit betroffenen Fachbereichen der Kreisverwaltung

Mit der Entscheidung des Kreistages zu einem Projekt: „Zu Hause alt werden“ wurde ein Leitziel gesetzt, welches in der Zukunftskonferenz ausdifferenziert und spezifiziert wurde. Im Kern wird eine altersspezifische Belebung der Dörfer und Städte angestrebt. Als Beispiel seien genannt:

Grundversorgung der Bevölkerung (Bäcker, Metzger, Geld):

SFB 01: Infrastrukturentwicklung, Wirtschaftsförderung,

Mobilität: ÖPNV/ Barrierefreiheit/ Unser Dorf hat Zukunft

FB 40 Beraten Planen Fördern

Vernetzung von Dienstleistungen:

FB 30 FB 31: Soziale Hilfen und Hilfe zur Pflege

Medizinische Versorgung:

FB 52 Gesundheit

Dies zu realisieren wird unseres Erachtens die Verantwortlichkeit aller Geschäftsbereiche und einer Vielzahl von Fachbereichen tangieren.

Wir empfehlen eine Klärung, welche Fachbereiche im Einzelnen von einer weiteren Realisierung des Projektes „Zu Hause alt werden“ betroffen sind. Mit den Fachbereichsleitungen sollte des weiteren geklärt werden, was sie im Hinblick auf „Zu Hause alt werden“ erreichen wollen und welche internen und externen Gremien, Organisationen oder Personen in einem Steuerungskreis beteiligt werden sollten.

Vorschlag:

- **1 tägiger Workshop: Zu Hause alt werden; Zielentwicklung innerhalb der Fachbereiche sowie Nennung von Experten für den Steuerungskreis.**

2. Fallführung auch in der „Hilfe zur Pflege“

Nach den vorliegenden Daten sind nahezu die Hälfte aller Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen Bezieher von „Hilfe zur Pflege“ nach SGB XII. Angesichts dessen scheint die Einführung eines Fallmanagements auch in diesem Fachgebiet sinnvoll. Zwar unterscheiden sich

sowohl die Inhalte der Bedarfsklärung, als auch die Ermittlung notwendiger Maßnahmen, nicht jedoch das grundlegende Vorgehen einer aktiven Fallführung.

Wir empfehlen daher, im FB 31 sowohl in der Eingliederungshilfe als auch in der Hilfe zur Pflege, Prozesse und Strukturen eines Fallmanagements zu implementieren. Dies kann in einem Prozess geschehen.

- **Fallmanagement in der Pflege; Analyse der bisherigen Vorgehensweise**
- **Organisationsentwicklung – Workshop: Möglichkeiten der Implementierung von Fallführung und Fallmanagement in der Hilfe zur Pflege**

3. Aktivierung der örtlichen Ebene

Die Erhebungen und die Ergebnisse der Zukunftskonferenz zeigen einen Handlungsbedarf auf der Ebene der Gemeinden. Die Weiterentwicklung der örtlichen Strukturen zur Gewährleistung eines „Zu Hause alt werden“ liegt in hohem Maße in den Händen der Gemeinden.

Wir empfehlen daher, den Spitzen der Verwaltung [und den (Verbands-)Gemeinderäten] die sie betreffenden Ergebnisse vorzustellen und in einen Zielklärungsprozess mit ihnen einzutreten.

- **Pflegestrukturplanung Informationsabend der Vertreter/innen der örtlichen Ebene**
- **Koordination weiterer Vorgehen auf örtlicher Ebene mit dem Projekt „Zu Hause alt werden“**
- **Implementierung des Prozesses in die Breite**
- **Durchführung 1-tägiger Workshops mit den Spitzen der Verwaltung und den Fraktionsvorsitzenden**
- **Öffentlichkeitsarbeit.**