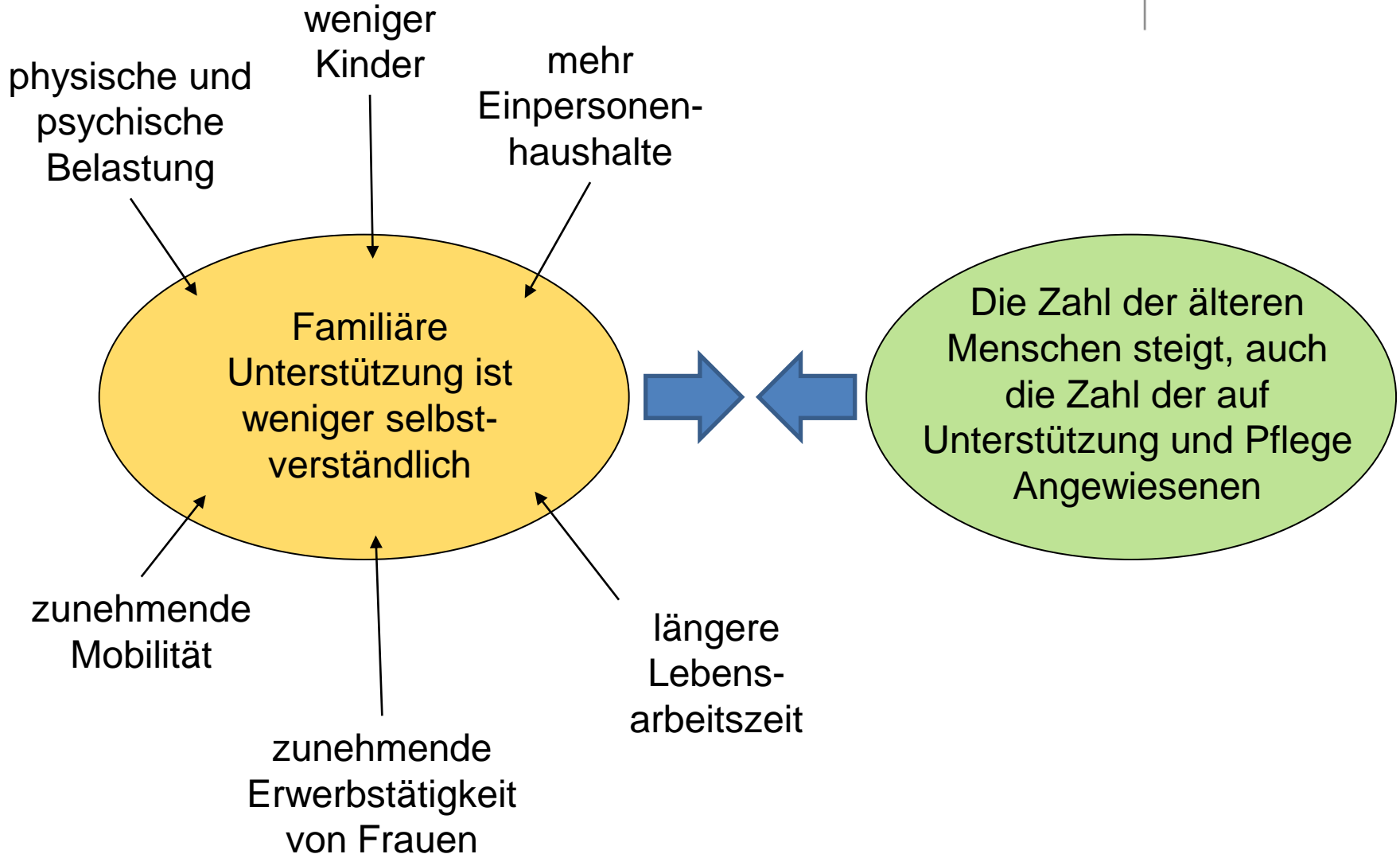


# Wohnen – Sorge – Pflege: Auf der Suche nach lokalen Arrangements

Fachveranstaltung „Pflegepolitik in den Kommunen –  
Neue Herausforderungen für Nordrhein-Westfalen“

Dortmund, 2. März 2017

- Im Siebten Altenbericht steht die **Verschiedenartigkeit von Lebenslagen** im Alter, wie sie sich mit Blick auf Finanz- und Bildungsressourcen, Wohnbedingungen und soziale Netzwerke sowie auf die Gesundheit zeigt, im Mittelpunkt. Wenn es um zukünftige „Sorgestrukturen“ im Quartier geht, beeinflussen verschiedene Lebenslagen das Eingebundensein in **Versorgungssettings** wie auch das Geben von Unterstützung.
- Beim Aufbau und der Sicherung „zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wird die Genderperspektive hervorgehoben. Empirische Befunde zeigen, dass Sorgearbeiten in familiären und außerfamiliären Netzwerken primär von **Frauen** erbracht werden. Zugleich lässt sich zeigen, dass im höheren Lebensalter vor allem Frauen von **sozialer Ungleichheit** betroffen sind.
- Allerdings haben sich Lebensläufe und Orientierungen vieler Frauen in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert (insbes. eine höhere Erwerbstätigkeit). Aufgrund der zurückgehenden **familiären Hilfekapazitäten** müssen die Versorgungsstrukturen neu austariert werden („Wohlfahrtsmix“ bzw. „Subsidiarität revisited“).



## Leitgedanken:

Ältere Menschen als Sorgende und als Umsorgte

Geschlechtergerechtigkeit

Generationenübergreifende Perspektive

## Grundsätzliche Überlegungen:

Subsidiarität

Soziale Ungleichheit

Regionale Unterschiede

## Handlungsfelder:

Vernetzung und Kooperation

Gesund-  
heitliche  
Versor-  
gung

Pflege-  
rische  
Versor-  
gung

Wohnen  
und  
Wohn-  
umfeld

Stärkung der Rolle der Kommunen

- Im neuen Altenbericht wird auf die lokale Ebene und den **Gestaltungsauftrag** der Kommunen hingewiesen. Allerdings sind die **Steuerungsressourcen** regional ungleich verteilt, sodass der Bund und die Länder in der Verpflichtung stehen, Kommunen bei der Ausgestaltung der **Daseinsvorsorge zu** helfen.
- In allen europäischen Ländern gewinnt die lokale Ebene als Versorgungsinstanz an Bedeutung. In den letzten Jahren gibt es zudem ein neues Leitbild mit Blick auf das **Wohnen im Alter**. Je älter Menschen werden, desto wichtiger wird der **Wunsch**, so lange wie möglich selbstständig in den eigenen vier Wänden und der traditionellen Umgebung leben zu können.
- Diese ausgeprägte „Sesshaftigkeit“ hat zu einer Revitalisierung der **Quartiersdebatte** geführt. Es liegen vielfältige Definitionen vor. Klar ist: Quartiere sind **mehr** als administrative Gebietsabgrenzungen, sie sind sozial konstruiert und überschaubar. Erforderlich ist eine ressortübergreifende Politik, die neben dem Wohnen und der pflegerischen Versorgung auch andere Infrastrukturfelder wie Mobilität, Einkaufsmöglichkeiten etc. umfassen muss.

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

- „Die Sachverständigenkommission fordert in der Konsequenz umfangreicherer Zuständigkeiten auch eine Erweiterung der finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen. Die Kommission schlägt dafür ein Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern, etwa in Form einer neuen Gemeinschaftsaufgabe „Daseinsvorsorge für strukturschwache Kommunen“ vor. Die Bundesregierung entzieht sich in ihrer Stellungnahme einer klaren Positionierung zu dem Vorschlag der Sachverständigenkommission...
- Die BAGSO unterstützt die Forderung der Sachverständigen nach einem Daseinsvorsorgeprogramm nachdrücklich: Eine Gemeinschaftsaufgabe „Demografie“, die auch Binnen- und Außenwanderungen und deren Auswirkungen berücksichtigt, wäre ein Weg, eine Planungssicherheit für Bund, Länder und Kommunen für die nächsten 15 bis 20 Jahre zu schaffen.
- Bund, Länder und Kommunen müssen also die seit längerem bestehenden Forderungen prüfen, die Altenhilfe zu einer kommunalen Pflichtaufgabe zu machen und ein kommunales Basisbudget für die gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit zu schaffen“ (BAGSO November 2016).

- Ein aktuelles Beispiel: DAK-Pflegereport 2016
- „Der Anteil der Kosten für Klinikaufenthalte an den Gesamtkosten der Krankenkassen für Pflegebedürftige in den letzten Lebensmonaten beträgt 83 %
- Viele Krankenhausaufenthalte sind vermeidbar
  - » Durch bessere Kooperation der Beteiligten (etwa heimärztliche Versorgung)
  - » Durch bessere fachliche Unterstützung pflegender Angehöriger in der eigenen Häuslichkeit
  - » Durch verlässliche hausärztliche Begleitung“ (Klie 10/2016).
- **Schlussfolgerung:** Pflege muss „kleinräumig gedacht“ werden (Rothgang), Care und Case Management sowie Beratungsstrukturen müssen aufgebaut werden. Dafür ist erforderlich: eine „entsprechende leistungsrechtliche Flankierung seiner Arbeit, die im Rahmen von Modellprojekten gewährleistet ist, im Regelbetrieb aber veränderte Routinen und Kontrakte im Leistungserbringungsrecht verlangt“ (DAK Pflegereport 2016, S. 103).



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

- In den wissenschaftlichen Diskursen zur Zukunft des Wohlfahrtsstaates werden die **Legitimationsverluste** „herkömmlicher institutionalisierter Formen der Repräsentation und Beteiligung in Verbänden, Ausschüssen und Gremien“ thematisiert und zunehmend auf die neu entstandenen Engagementformen verwiesen (etwa Quartiersprojekte und Freiwilligenagenturen). Diese Sichtweise fokussiert auch der neue Engagementbericht, allerdings dürfen die „traditionellen“ Nachbarschaftsbeziehungen nicht vergessen werden.
- „Aus den entsprechenden lokalen Aufbrüchen und Suchbewegungen haben sich aber bislang kaum generalisierte Modelle entwickelt. Sie können aber nicht am grünen Tisch oder im Rahmen akademischer Konzeptbildungen entstehen, sondern nur entlang von Prozessen des Suchens und demokratischen Experimentierens. Lokale Politik könnte eine Art Labor für erfahrungsgestützte Prozesse der Suche nach post-korporativen Formen der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung sein“ (Adalbert Evers, Lokale Governance, Engagement und die Rolle der Wohlfahrtsverbände, in: F. Hoose et al. (Hg.), Fortsetzung folgt. Kontinuität und Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft, Wiesbaden 2017, 248).

- **Kooperation, Vernetzung** und **strategisches Management** sind die Schlüsselfragen im Bereich sozialer und wohnbezogener Dienstleistungen. Die bisher nebeneinander stehenden Einrichtungen müssen „neu“ vernetzt werden, sodass Reibungsverluste verhindert und Ressourcen gebündelt werden in Richtung des Aufbaus einer lokalen sozialen Infrastruktur.
- Anders als in vormodernen Gesellschaften mit ihren klaren Rollenzuweisungen in Familie und Gesellschaft ist für eine moderne Gesellschaft charakteristisch, dass sie eine **Vielfalt** von Akteuren und Arrangements kennt. Dies verlangt eine pluralistische Form von Subsidiarität, die einer aktiven Sozialpolitik bedarf.
- Die empirische Erfassung gesellschaftlicher Wirkungen der Akteure im Sozialsektor wird an Bedeutung gewinnen. Um wirksame Anreize zu setzen, die räumliche Kooperationsmodelle belohnen, müssen die gesellschaftlichen Wirkungen der Akteure im Sozialsektor "vermessen" und evaluiert werden. Dabei müssen der Nutzer, die soziale Umgebung (inkl. der Sozialkassen) und die fachliche Ebene mit einbezogen werden.

- Wenn die sozialräumliche Dimension an Bedeutung gewinnt, ist auch auf kommunaler Ebene eine **ressortübergreifende** Querschnittspolitik gefragt. Hier sind auch die traditionellen Sozialorganisationen aufgefordert, nicht nur ihre Organisationsinteressen zu verfolgen, sondern der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „**Silodenkens**“ aktiv zu begegnen, um sowohl Doppelstrukturen zu vermeiden als auch neue strategische Allianzen mit Akteuren aus anderen Handlungsfeldern aufzubauen.
- In allen Quartieren, vor allem in strukturell benachteiligten Quartieren, werden zudem „**Schlüsselfiguren**“ gesucht, die das Leben vor Ort kennen, geschätzt werden und sich schon länger sozial engagieren. Sie können Aktivitäten anregen und gemeinsame Projekte aufbauen.
- Alternsgerechte Quartierentwicklung muss in den Kommunen auf Basis einer **Sozialraumanalyse** als neues **integriertes** kommunales Handlungs- und Infrastrukturkonzept entwickelt werden. Ermöglichungsstrukturen sind zu etablieren, zu überprüfen und fortzuführen.

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

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

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

## Kontakt:

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



0234/32-22981



Rolf.Heinze@rub.de

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