



SENIORENBERICHT

des Landkreises Schmalkalden-Meiningen
Ausgabe 2015

Seniorenbericht des Landkreises Schmalkalden-Meiningen

Ausgabe 2015

Inhalt	Seite
Einführung	2
1. Situationsdarstellung	2
1.1. Bevölkerungsentwicklung – Anteil der Senioren	3
1.2. Für die Zukunft	6
2. Wohnen	7
2.1. Wohnen auf dem Land	7
2.2. Haushaltsstruktur	8
2.3. Den alten Baum verpflanzen?	9
2.4. Alternative altersgerechte Wohnformen	11
2.5. Für die Zukunft	14
3. Gesellschaftliches Engagement der Senioren	15
3.1. Seniorenpolitisches Engagement	15
3.2. Soziokulturelles Engagement	18
3.3. Für die Zukunft	19
4. Pflege	20
4.1. Allgemeine Entwicklung in der Pflege	20
4.2. Demenz – die große Herausforderung	24
4.3. Ambulante Pflege	27
4.4. Teilstationäre Pflege	31
4.5. Stationäre Pflege	35
4.6. „Hilfe zur Pflege“ – wenn die Rente nicht reicht	41
4.7. Für die Zukunft	43
5. Hospiz- und Palliativversorgung – Sterben gehört zum Leben	44
5.1. Ambulanter Hospizdienst	46
5.2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	47
5.3. Palliativstationen	48
5.4. Stationärer Hospiz	48
5.6. Für die Zukunft	50
Literaturverzeichnis	52

Einführung

Im Rahmen der Sozialplanung wurden in den letzten Jahren mehrere Berichte vorgestellt, welche die Situation der älteren Bevölkerung im Landkreis Schmalkalden-Meiningen darstellen. Dazu gehören der Sozialbericht (Stand 2014), der Demografiebericht „Demografische Entwicklung im Landkreis“ (Stand 2013) und der Pflegebericht „Leistungen nach dem SGB XI – Stand der pflegerischen Versorgung im Landkreis Schmalkalden-Meiningen“ (Stand 2009).

Der demografische Wandel wird dabei stets als vorherrschende Entwicklung benannt und die Veränderung der Altersstufen ist statistisch auch deutlich als gesellschaftliches Phänomen zu beobachten.

Dabei verzeichnet die Gruppe der Senioren nicht nur zahlenmäßig einen erheblichen Anstieg in der Bevölkerung: *Sie leben länger – und sie gestalten das Leben länger.*

Daher ist die Situation der Senioren allein an einem Altenhilfeplan, beziehungsweise Pflegebericht nicht mehr ablesbar. In Anlehnung an den ersten Thüringer Seniorenbericht werden **folgende Teilbereiche in diesem Bericht ausgearbeitet:**

- Wohnen
- Gesellschaftliches Engagement
- Pflegesituation
- Hospiz.

Weitere Teilbereiche werden als Schwerpunkte in nachfolgenden Berichten behandelt. Dazu gehören: Finanzielle Situation, Informationsangebote, Bildung, Freizeit und Sport.

Es wird darauf hingewiesen, dass es keine einheitliche gesetzliche Definition für den **Begriff „Senioren“** gibt, auch nicht in Bezug auf den Status der Verrentung. „Auch im politischen Sprachgebrauch knüpfen die Begriffe Seniorinnen und Senioren und ältere Menschen nicht an feste Altersgrenzen an. Das ist der Erkenntnis geschuldet, dass die Erscheinungsformen des Alters sehr vielfältig sind und Menschen desselben Alters sich in sehr verschiedenen Lebensumständen befinden können, so dass das chronologische Alter allein wenig aussagekräftig ist.“¹ Im Thüringer Seniorenmitwirkungsgesetz (ThürSenMitwG) werden als Senioren alle Personen festgelegt, die das 60. Lebensjahr vollendet haben. Die Seniorenstudie für den ersten Thüringer Seniorenbericht umfasste dagegen Personen ab 65 Jahren, ebenso bei der Generali Altersstudie 2013. Im vorliegenden Bericht wird der Begriff „Senioren“ für alle ab 60 Jahren verwendet. Bei statistischen Angaben wird auf die Alterseinteilung gesondert hingewiesen.

Das Ziel des Berichtes ist, in vorgenannten Teilbereichen die Situation im Landkreis Schmalkalden-Meiningen anschaulich darzustellen. Er gilt als Diskussionspapier und Grundlage für Entwicklungsvorschläge zukünftiger Planung. Dafür werden Empfehlungen benannt.

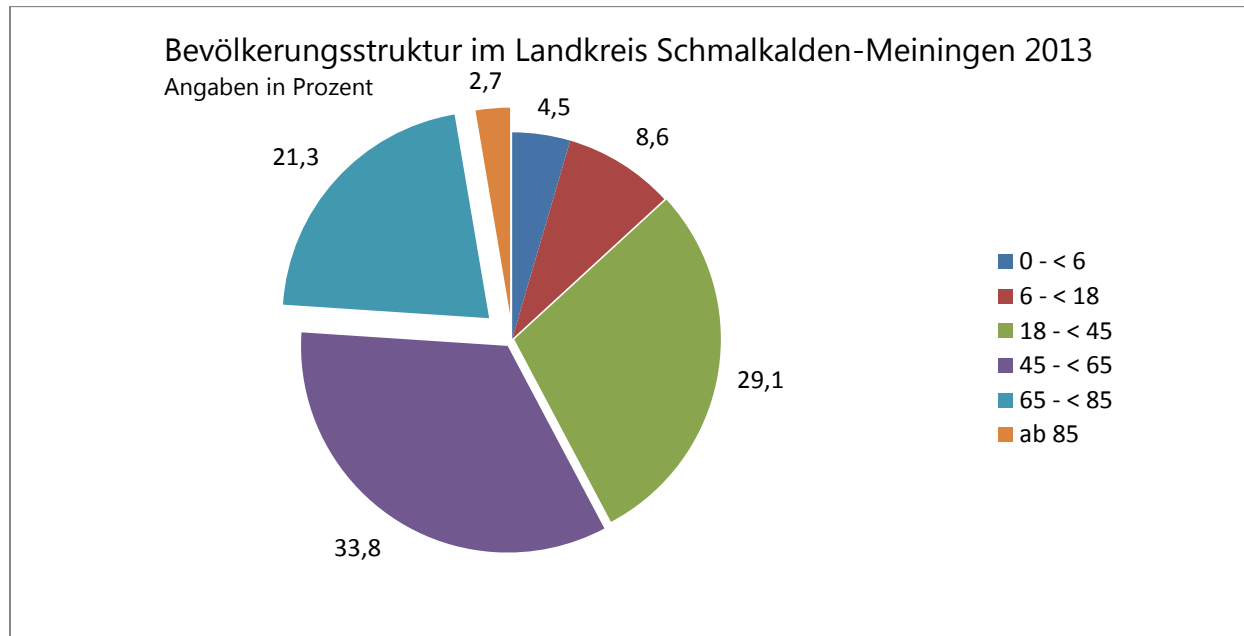
1. Situationsdarstellung

Die Entwicklung der Altersstruktur im Landkreis ist im Demografiebericht (Stand 2013) des Landratsamtes dargestellt. Ausgewählte und weitere Fakten in Bezug auf Senioren sind hier noch einmal aufbereitet.

¹ 1 Deutscher Bundestag – 16. Wahlperiode, Drucksache 16/10155, S. 5

1.1. Bevölkerungsentwicklung – Anteil der Senioren

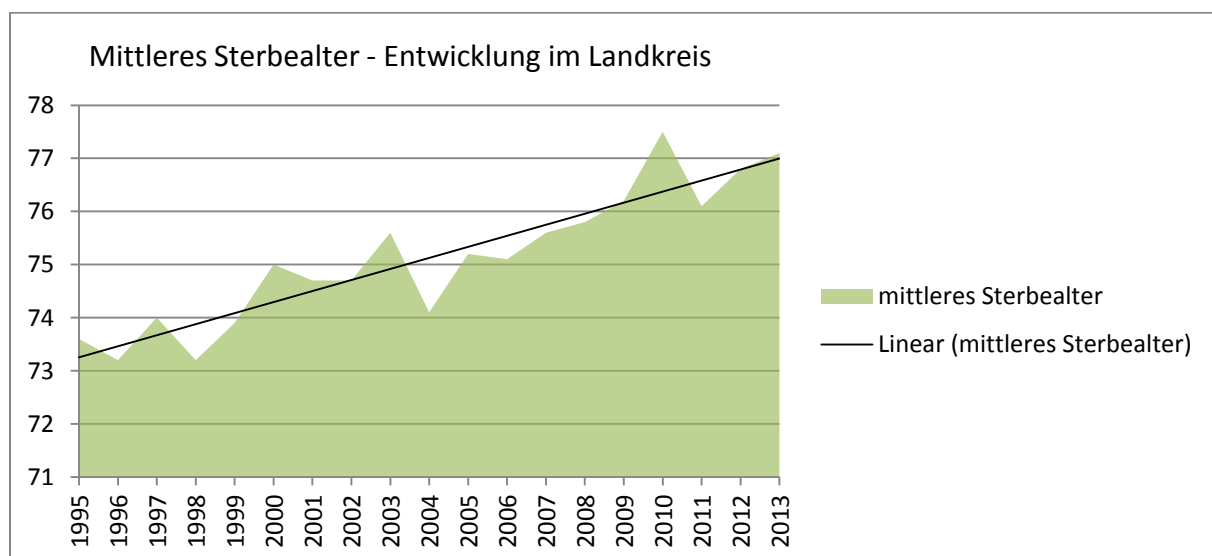
Der Blick auf den derzeitigen Stand der Bevölkerungsstruktur zeigt, dass nahezu ein Viertel der Bevölkerung 65 Jahre und älter ist. Zukünftig ist für die Themenbereiche der Senioren auch der Teil der Bevölkerung zu beachten, die derzeit noch der Gruppe „45 - < 65 Jahre“ zuzuordnen ist.



Einwohner	Gesamt	0 - < 6	6 - < 18	18 - < 45	45 - < 65	65 - < 85	ab 85
Jahr 2013	126.083	5.715	10.901	36.644	42.621	26.826	3.376

Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

Die Lebenserwartung im Landkreis ist nachweislich gestiegen. Insgesamt hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung seit 1995 um nahezu vier Jahre erhöht.

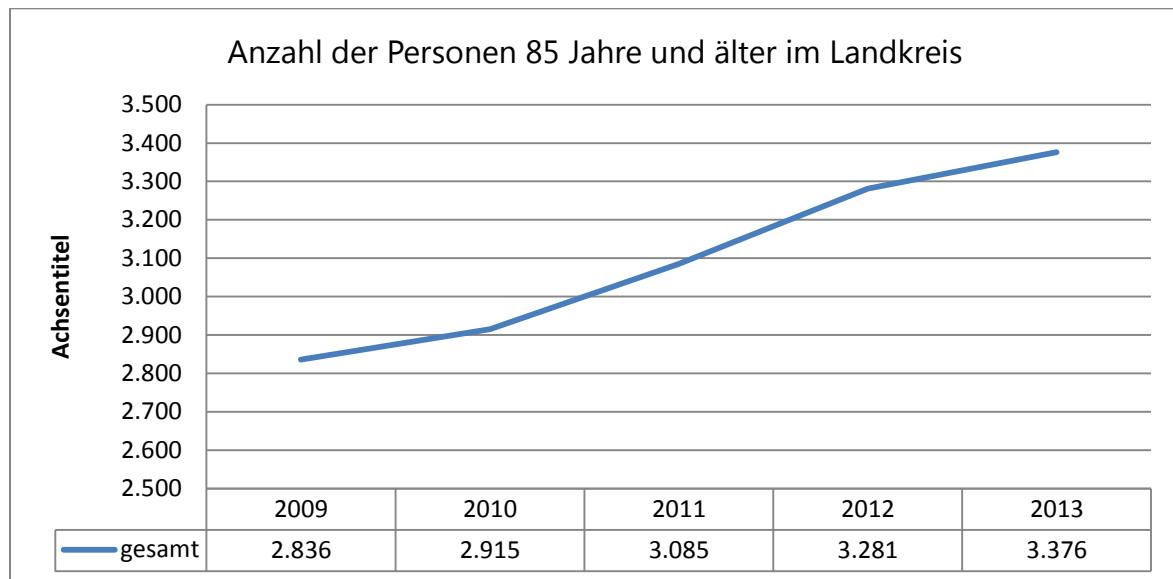


Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

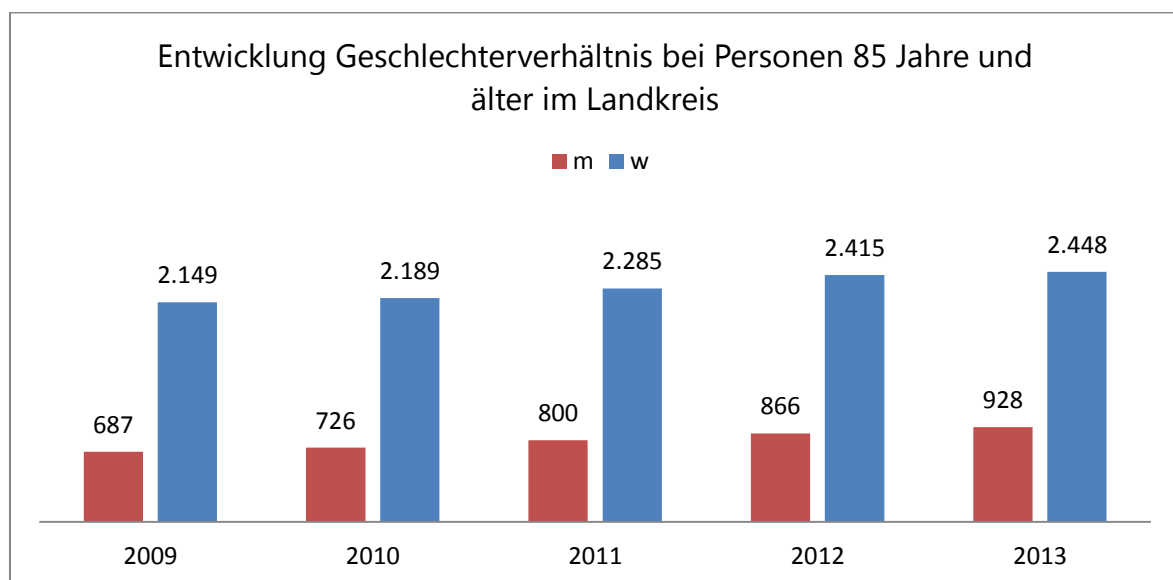
Die allgemein wahrgenommene Entwicklung des immer weiter steigenden Lebensalters wird statistisch somit auch in unserem Landkreis deutlich.

Beim Umgang mit dem Thema Alter hat sich eine Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter ausdifferenziert. Während das dritte Lebensalter von der Herauslösung aus dem Erwerbsleben in eine aktive und vitale Lebensphase ausgeht, ist das vierte Lebensalter geprägt von erhöhter Fragilität und körperlichen, psychischen und kognitiven Kompetenzverlusten. Die Trennung dieser Lebensalter ist individuell betrachtet nicht am Alter festzulegen. Im Allgemeinen geht man aber von „Hochaltrigkeit“ ab dem 80. oder 85. Lebensjahr aus.²

In den folgenden Darstellungen wird die Entwicklung für den Personenkreis 85 Jahre und älter dargestellt. Die Zeitspanne ist ab 2009 gewählt, da ab dem Jahr in der Sozialplanung eine statistische Neugruppenzuordnung der Altersstufen stattfand.

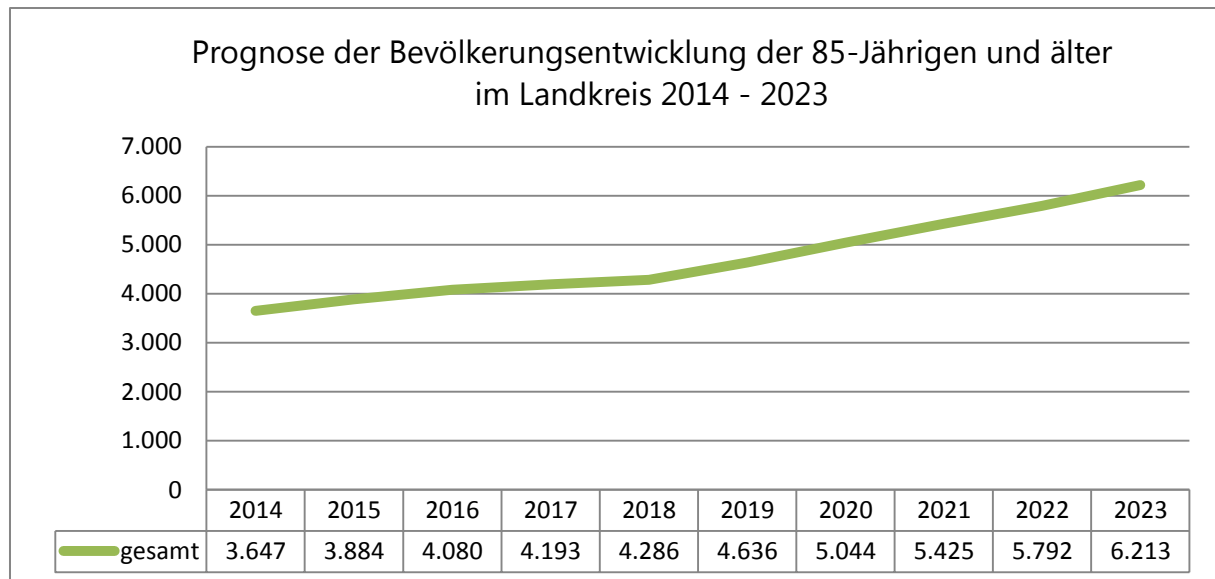


Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung



Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

² vgl. Seniorenreport 4/2014, S. 6

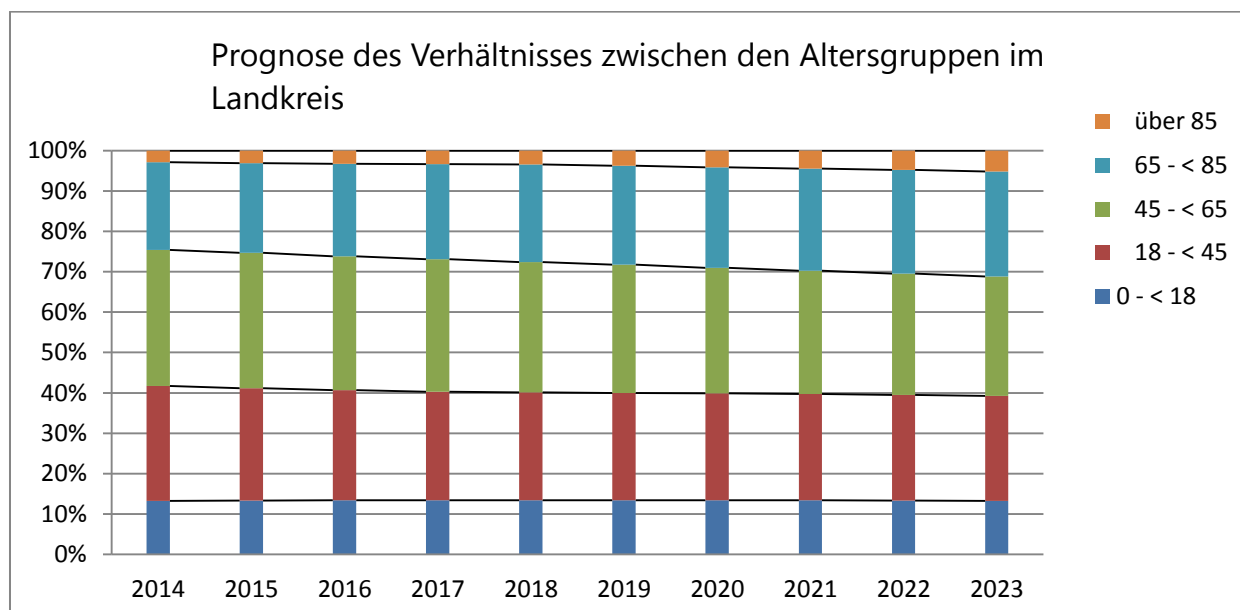


Quelle: „Bevölkerungsmodell“ der Hildesheimer Planungsgruppe, eigene Darstellung

Auf Grundlage des Bevölkerungsmodells der Hildesheimer Planungsgruppe wird ein weiterer Anstieg der Hochaltrigen im Landkreis prognostiziert, wobei Wanderungsbewegungen nicht berücksichtigt werden. Von 2013 aus gesehen ergibt sich ein Anstieg von nochmals 84 Prozent.

In der Bevölkerungsentwicklung ist zu beachten, dass die Anzahl der Einwohner insgesamt heute schon im Landkreis gesunken ist. 2004 waren es 138.429, dagegen im Jahr 2013 nur noch 126.083 Einwohner. In zehn Jahren ist damit ein Rückgang von 8,9 Prozent zu verzeichnen.

Zur Analyse ist es notwendig, nicht nur die zahlenmäßige Stärke der Altersgruppen aufzuzeigen, sondern auch das Verhältnis zueinander. *Ist der Anteil der Senioren tatsächlich so hoch? Wie ist die Relation zu den anderen Altersgruppen?* Zukünftig wird sich laut der Ergebnisse des Bevölkerungsmodells der Hildesheimer Planungsgruppe der Anteil der Senioren weiterhin ansteigen. Die Abbildung zeigt die Entwicklung in den nächsten zehn Jahren im Landkreis (ohne Wanderungsbewegungen) in Relation zu den anderen Altersgruppen:



Quelle: „Bevölkerungsmodell“ der Hildesheimer Planungsgruppe, eigene Darstellung

Die derzeitige Prognose zeigt an, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen stabil bleibt. Der Anteil der 18- bis 65-Jährigen nimmt ab. Das ist die Altersgruppe, die üblicherweise als Erwerbstätige in die Sozialversicherungen einzahlen, sich beruflich flexibel halten müssen, wenig freies Zeitbudget haben und die bislang üblicherweise auch Pflege von Familienangehörigen (Kinder, Elterngeneration) übernommen haben. Einen deutlichen Anstieg verzeichnet die Altersgruppe der Senioren, sowohl zwischen 65 - < 85 Jahre als auch die Hochaltrigen ab 85 Jahre.

Im Verhältnis zum bundesdeutschen Durchschnitt hat der Landkreis einen relativ hohen Anteil an Senioren zu verzeichnen. Zwar ist der prozentuale Anteil an Personen ab 65 Jahren im Verhältnis noch nicht am höchsten, aber der Altersdurchschnitt durchaus. Das heißt, dass die Zahl derer, die in einigen Jahren zu den Senioren zählen, einen großen Bevölkerungsanteil einnehmen. (vgl. Anlage 1 und 2)

Zusammenfassend wurde ein weiteres Mal dargestellt, was seit Jahren thematisiert wird: die Bevölkerung altert.

Einher gehen damit Befürchtungen in Bezug auf massive Erhöhung der Pflegebedürftigkeit, Nachlassen der Wirtschaftlichkeit durch fehlende Arbeitskräfte, Belastungen der Erwerbstätigen und so fort.

Eine wichtige Sichtweise auf diese Probleme zeigt die Generali Altersstudie auf. Unter anderem beschreibt sie eine „Verschiebung von Altersschwellen – Die Generation der 65- bis 85-Jährigen fühlt sich im Durchschnitt zehn Jahre jünger, als es dem tatsächlichen Lebensalter entspricht und führt weit überwiegend ein sehr aktive Leben, in dem Familie, eigene Interessen und Hobbys, aber auch bürgerschaftliches Engagement eine große Rolle spielen. Die Langzeitanalyse zeigt, dass sich die Altersschwellen, ab denen sich Interessenshorizont, Aktivität und Innovationsoffenheit deutlich vermindern, in den letzten zwei Jahrzehnten um rund zehn Jahre nach hinten verschoben haben. Während die Gesellschaft strukturell altert, hat sich die ältere Generation gleichsam verjüngt und kompensiert damit einen Teil der Auswirkungen der demografischen Entwicklung.“³

1.2. Für die Zukunft

Der Rückschluss auf die zukünftige Entwicklung kann damit nur der sein, sich aktiv mit der Lebenssituation der älteren Bevölkerung auseinanderzusetzen und konkrete Maßnahmen umzusetzen.

Empfehlung an fachliche und politische Entscheidungsträger:



Gerade im Osten der Bundesrepublik zeigen sich in anderen ländlichen Regionen ähnliche altersstrukturelle Veränderungen (siehe Anlage 1 und 2). Auf der Suche nach Entwicklungsstrategien und Lösungsmöglichkeiten wird auf überregionale Erfahrungen hingewiesen und ein direkter Austausch vorgeschlagen.

³ Generali Altersstudie 2013, S. 523

Empfehlung an Senioren:



Es ist absehbar, dass sich die Aufgabenverteilung der Generationen verändern wird, da der Anteil der 45- bis 65-Jährigen de facto schwindet. Die zu erbringenden privaten Leistungen dieser Personengruppe (z. B. Pflegeleistungen, Versorgungsleistungen, soziokulturelle Leistungen) werden sich aufteilen müssen, was auch die über 65-Jährigen betrifft. Es wird empfohlen sich mit der eigenen und regionalen Lebenssituation zu beschäftigen und aktiv damit auseinanderzusetzen.

2. Wohnen

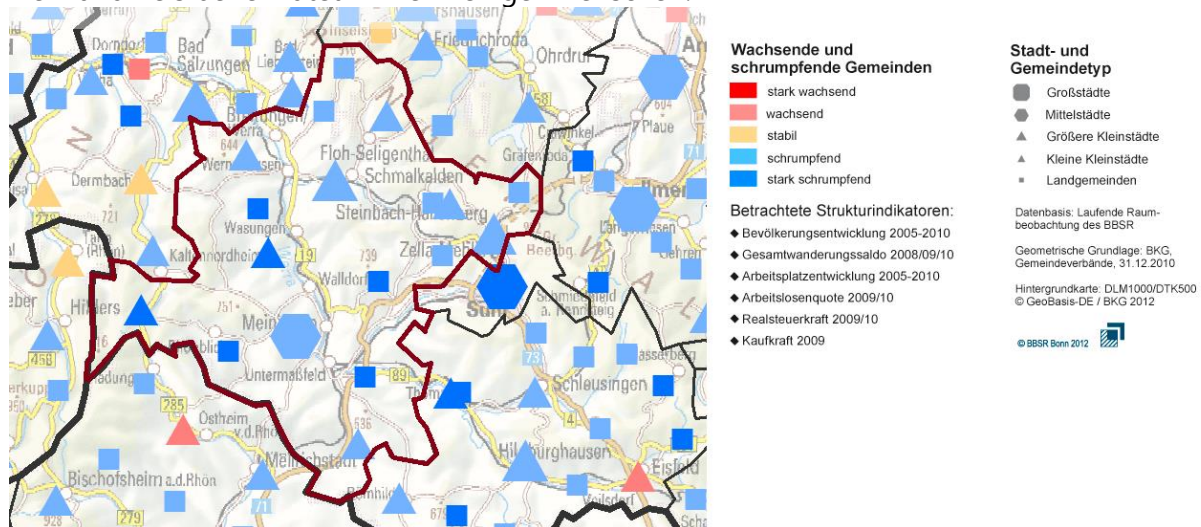
Dieses Kapitel beschäftigt sich mit folgenden Fragen: Wie wohnen die Senioren im Landkreis? Sind die Rahmenbedingungen für ein gutes Wohnen im Alter gegeben? Und was braucht eine zukunftsfähige Entwicklung?

2.1. Wohnen auf dem Land

Unser Landkreis zählt laut dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu den dünn besiedelten ländlichen Kreisen. Das ist die Einteilungskategorie mit der geringsten Einwohnerdichte (siehe Anlage 3). Die Lage ist als „peripher“ eingeteilt und bezieht sich auf die durchschnittliche erreichbare Tagesbevölkerung. „Peripher“ bedeutet, dass es auch tagsüber keinen Zustrom von Menschen gibt, wie es in und rund um die Großstädte üblich ist. Große urbane Zentren sind mit ihrer starken wirtschaftlichen Zugkraft und der ausgebauten Infrastruktur nicht mit den hiesigen Städten vergleichbar.

Zudem zeigt die Bevölkerungsentwicklung, dass immer weniger Menschen hier leben. Anhand der folgenden Grafik wird das veranschaulicht. Die ausschließlich blaue Markierung gibt an, dass ausnahmslos alle Städte und Gemeinden im Landkreis Einwohner verlieren. Die Datengrundlage der Grafik ist 2010. Nach Prüfung der vorliegenden Einwohnerzahlen im Landratsamt gibt es bis auf Meiningen und Oberhof keine weitere Stadt oder Gemeinde bzw. Verwaltungsgemeinschaft im Landkreis, deren Einwohnerzahl zwischen 2009 und 2013 nicht gesunken ist.

Der Landkreis beheimatet immer weniger Menschen:



Quelle: <https://www.bbr-server.de/imagemap/SWSGEM/WEB/INDEX.HTML>, 23.02.15

„Schrumpft eine Region, sinken die Preise und es entstehen Leerstände, die Attraktivität des Wohnumfelds und die Infrastruktur lassen nach – ein Kreislauf, aus dem die betroffenen Regionen nur schwer ausbrechen können.“⁴

Das heißt unter anderem, dass die Steuereinnahmen der Kommunen sinken und dass sich die Kosten der technischen Infrastruktur (für Wasser, Abwasser, Strom etc.) auf weniger Nutzer berechnen. Es entstehen bei fehlendem Zuzug Leerstand von Gebäuden und in unattraktiven Regionen damit auch die Entwertung der eigenen Immobilie. Kulturelle Angebote und Orte der Begegnungen werden weniger. Für Senioren besonders prägnant ist, dass insbesondere auf den Dörfern die Nahversorgung nicht dauerhaft gewährleistet ist. Immer mehr wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten, Poststellen, Geldinstitute schließen und auch die Wege zur medizinischen Versorgung werden länger und erfordern großräumigere Mobilität.⁵

Trotz dieser Entwicklungen zeigt die Mehrheit der Senioren derzeit einen ganz klaren Wunsch: Sie wollen so lange wie möglich in ihren bisherigen Wohnungen leben.⁶

2.2. Haushaltsstruktur

Wie genau die Wohnsituation von Senioren im Landkreis Schmalkalden-Meiningen aussieht, dafür liegt kein Datenmaterial unmittelbar vom Landkreis vor. Daher wurden Ergebnisse der Zensuserhebung 2011 verwendet.

Diese zeigen an, dass die Haushalte im Landkreis zu 60 Prozent durch Eigentümer bewohnt werden. Die anderen 40 Prozent sind Mietwohnungen. Unterschiede ergeben sich zwischen den hiesigen Städten und Gemeinden. So sind zum Beispiel in Meiningen 29 Prozent der Haushalte eigentümbewohnt, in Schmalkalden 45 und in Zella-Mehlis 49. Andererseits sind es beispielsweise in Grabfeld 83 Prozent, in Rhönblick 81 und in Floh-Seligenthal 74 Prozent. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Angaben gerade auch auf Haushalte von Senioren übertragen lassen: Auf den Dörfern wird vorwiegend Eigentum bewohnt, wobei oftmals auch Grundstücke und Grundstückspflege dazugehört. In den Städten dagegen stehen eher auch Mietwohnungen zur Verfügung.⁷

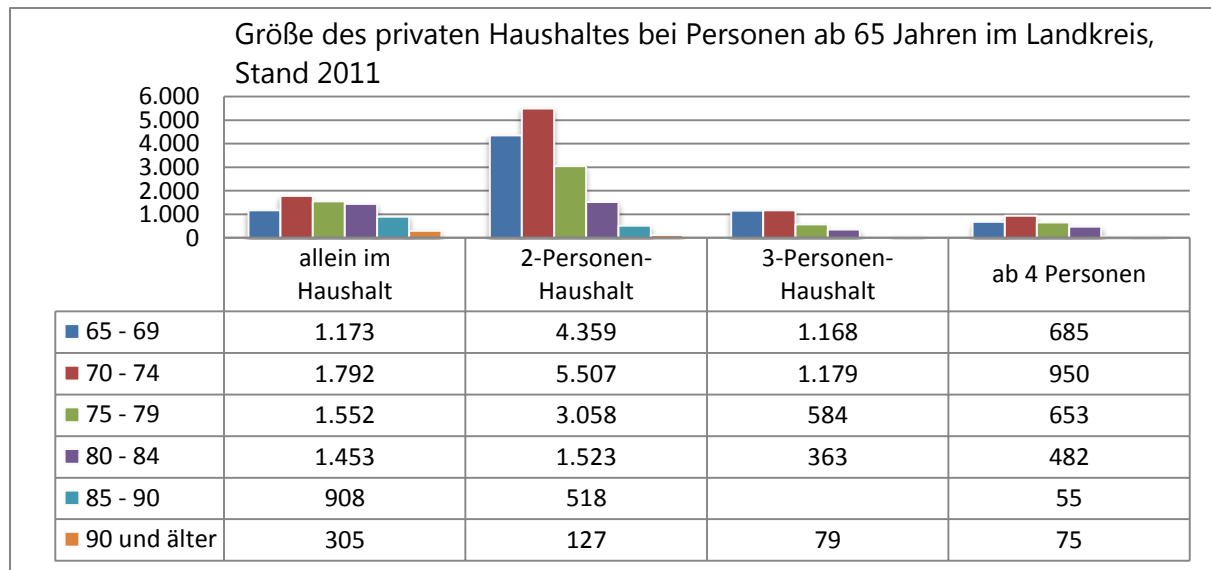
Zur Darstellung der Haushaltsgröße, in denen Senioren leben, wird ebenfalls der Zensus 2011 hinzugezogen. Bei dieser Statistik werden Senioren ab dem 65. Lebensalter gezählt.

⁴ Ländliche Regionen verstehen, S. 18

⁵ Vgl. Die Zukunft der Dörfer, S. 23-24

⁶ Vgl. 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 37

⁷ Vgl. <https://ergebnisse.zensus2011.de/#MapContent:16066,W177,,map>; aufgerufen am 24.02.2015



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder; eigene Darstellung

Die Zahlen geben an, dass 33 Prozent der Personen ab 65 Jahren allein leben, 37 Prozent zu zweit und 30 Prozent in Mehrpersonenhaushalten. Partnerschaften nehmen bis zur Altersgruppenteilung bei 84 Jahren den jeweils größten Anteil ein. Ab 85 Jahren – und damit im Alter mit höherem Unterstützungsbedarf – ist bei privaten Haushalten der Singlehaushalt dominant.

Vermutlich ist unmittelbare und alltägliche Unterstützung eher innerhalb eines Haushaltes zu gewährleisten. In Partnerschaften stärken und stützen die Senioren sich untereinander, soweit sie dazu in der Lage sind. Auch in Mehrpersonenhaushalten wird von Hilfepotential im Alltag ausgegangen. Besonders in Ein-Personenhaushalten wäre eine zusätzliche Hilfestellung notwendig.

Kann davon ausgegangen werden, dass Familienangehörige, die zwar nicht im selben Haushalt aber in der unmittelbaren Umgebung wohnen, eine angemessene Hilfestellung leisten können (zumal angenommen werden sollte, dass dieses Prinzip gerade in den ländlichen Strukturen noch greift)? Die Untersuchung zum 1. Thüringer Seniorenbericht ergab, „... dass diejenigen Befragten, die angaben in eher ländlichen Regionen zu leben, auf eine größere familiäre Unterstützung zurückgreifen können, als Befragte in städtischen Regionen.“⁸ Insgesamt konnten auf stete familiäre Unterstützung 38,8 Prozent der Befragten zählen.

2.3. Den alten Baum verpflanzen?

Gibt es Hinweise, wie Senioren ihre Wohnsituation im Allgemeinen einschätzen? Dazu zeigt die Generali Altersstudie eine erstaunliche Sichtweise der Senioren auf: „Die Zufriedenheit mit dem Wohnen steht sogar an der Spitze der Bewertung der einzelnen Lebensbereiche und erweist sich als stabil über alle Altersgruppen hinweg. Allerdings bezeichnen nur 31 Prozent der 65- bis 85-Jährigen ihre Wohnung bzw. ihr Haus als altersgerecht, 65 Prozent sagen, dass dies nur eingeschränkt der Fall sei. [...] Etwas anders sieht es bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand aus, die ihre Wohnung eher als nicht altersgerecht ansehen. Jeder Vierte von ihnen hat Probleme mit seiner Wohnung. [...] Die hohe Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld resultiert sicherlich auch daraus, dass in der unmittelbaren Wohnumgebung bislang die

⁸ 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 35

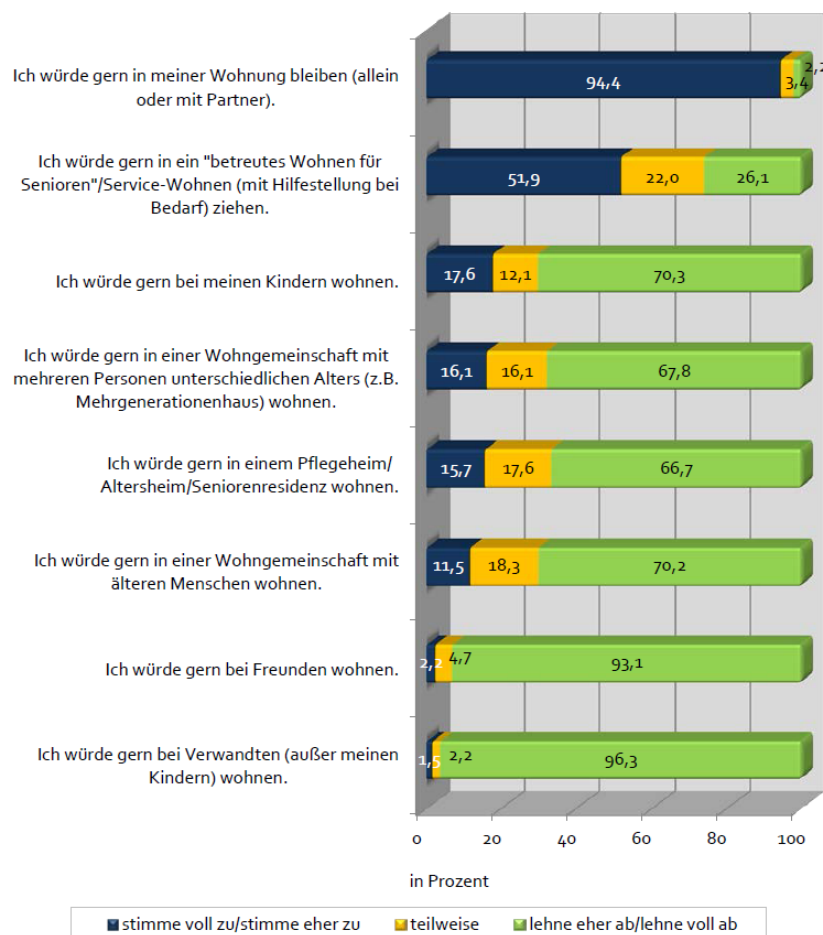
Infrastruktur noch gut aufgestellt ist: mehr als 80 Prozent haben eine Apotheke, einen Hausarzt und einen Supermarkt in ihrer unmittelbaren Umgebung.“⁹

Zwei Punkte gilt es bei dieser Aussage zu bedenken: Zum einen ist wie unter 2.1. beschrieben die Infrastruktur gerade in den dörflichen Strukturen nicht mehr in dem Maße gegeben. Zum anderen erklärt sich der hohe Grad an Zufriedenheit wohl auch durch das „Zufriedenheitsparadoxon“. Das heißt, mit Verschlechterung der Situation ändern sich eher die subjektiven Kriterien für ein gutes Leben.¹⁰

Es werden im Allgemeinen also lieber Einschränkungen in Kauf genommen, als die Wohnung zu wechseln. Hinzu kommt, dass mit zunehmendem Alter die Bereitschaft zum Umzug sinkt.¹¹

Das zählt auch für den Fall der auftretenden Pflegebedürftigkeit. Auch hier bevorzugt die Mehrzahl den Verbleib in der eigenen Wohnung mit Unterstützung durch den Pflegedienst.¹² Die Ergebnisse der Generali Altersstudie und des 1. Thüringer Seniorenberichtes sind sich einig: Die nächstfolgende Alternative ist das eigenständige Seniorenwohnen, mit großem Abstand danach das Wohnen bei den Kindern.

Wohnsituation bei Hilfs- und Betreuungsbedarf



Quelle: 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 36

⁹ Generali Altersstudie, S. 121f.

¹⁰ Vgl. Generali Altersstudie, S. 64f.

¹¹ Vgl. 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 35

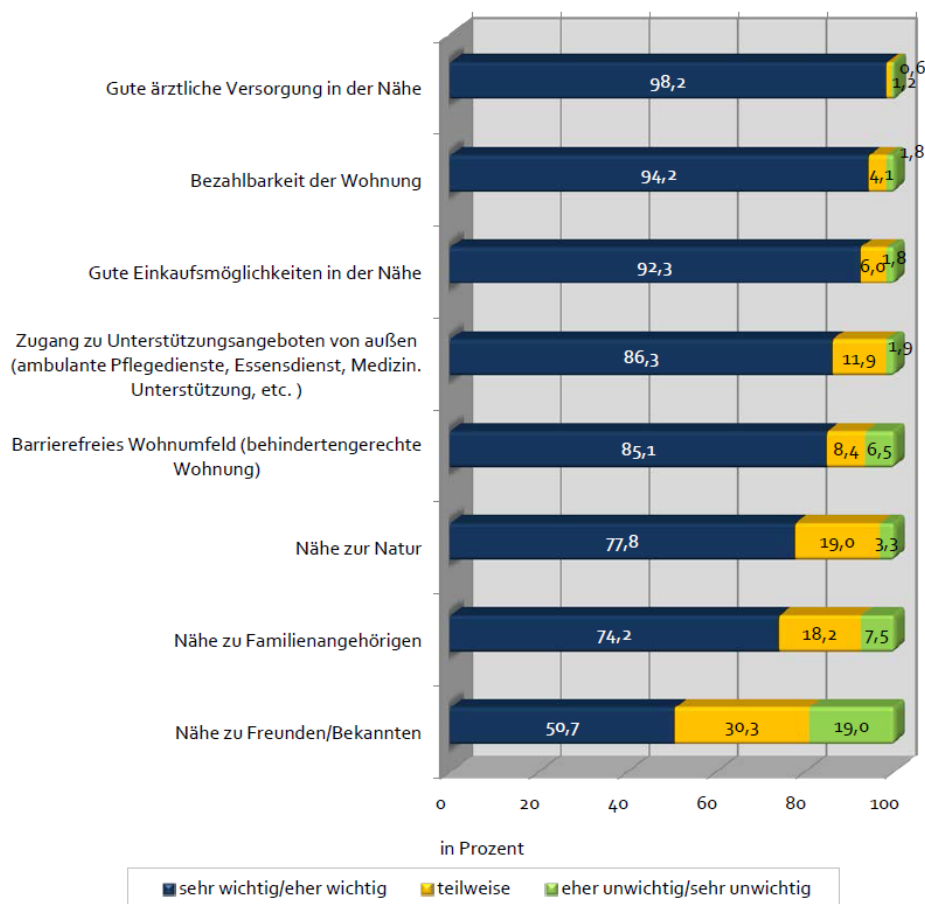
¹² Vgl. Generali Altersstudie, S. 307

Die Begründung für den geringen Anteil derer, die bei den Kindern wohnen wollen, ergibt sich daraus, dass die Senioren nicht zur Last fallen wollen und erst bei existenziellen Einschränkungen die familiäre Unterstützung in Anspruch nehmen.¹³

Aber es gibt auch einen Anteil an Senioren, die im Alter den Wohnort wechseln. Diese zieht es statistisch eher in städtische Gebiete.¹⁴ Allerdings kann man von einer hohen Verbundenheit mit der eigenen Region ausgehen. Ob Dorf oder Stadt: Wichtig ist neben der passenden Wohnung eine attraktive und lebendige Wohnumgebung.

Die nachfolgende Grafik zeigt an, welche Kriterien an die Wahl eines neuen Wohnumfeldes gesetzt werden:

Wohnortkriterien bei zunehmendem Alter



Quelle: 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 36

2.4. Alternative altersgerechte Wohnformen

Welche Wohnformen für Senioren gibt es im Landkreis neben dem Privathaushalt? Die klassische Alternative dazu ist das Alten- und Pflegeheim. Der Umzug hierhin basiert, wie eben beschrieben selten auf dem Willen der Senioren, sondern aus Mangel an Alternativen.

¹³ Vgl. Generali Altersstudie, S. 312

¹⁴ Vgl. 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 35

Im Landkreis Schmalkalden-Meiningen gibt es derzeit bereits verschiedene weitere Konzepte von Wohn-Alternativen. Das aktuelle Spektrum der möglichen Wohnformen für ältere Menschen reicht vom Wohnen in der eigenen Häuslichkeit mit und ohne Nutzung von Betreuungs-, Zusatz- und Serviceleistungen (z. B. Notruf-Dienste, Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste, Hausmeisterservice, Essen-auf-Rädern) über das Servicewohnen bis hin zur Pflegewohngemeinschaft. Für diese Wohnangebote gibt es keine Anzeigenpflicht beim Landratsamt. Die vorliegenden Informationen ergeben sich durch Anfragen oder freiwillige Angaben und erheben daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Folgende Angebote gibt es derzeit im Landkreis Schmalkalden-Meiningen:

(Die Vollständigkeit der Angaben kann aufgrund freiwilliger Angaben nicht gewährt werden.)

Barrierefreies / Barrierearmes Wohnen:

Die Barrierefreiheit des Wohnzuganges und auch innerhalb der Wohnung ermöglicht es Menschen mit Mobilitätseinschränkung, sich selbstständig und ohne Hilfe zu bewegen und ihren Alltag zu bewältigen. Beispielhaft zählen dazu: Vorhandensein eines Aufzuges, Verzicht auf Türschwellen, breitere Türen und ebenerdige Dusche.

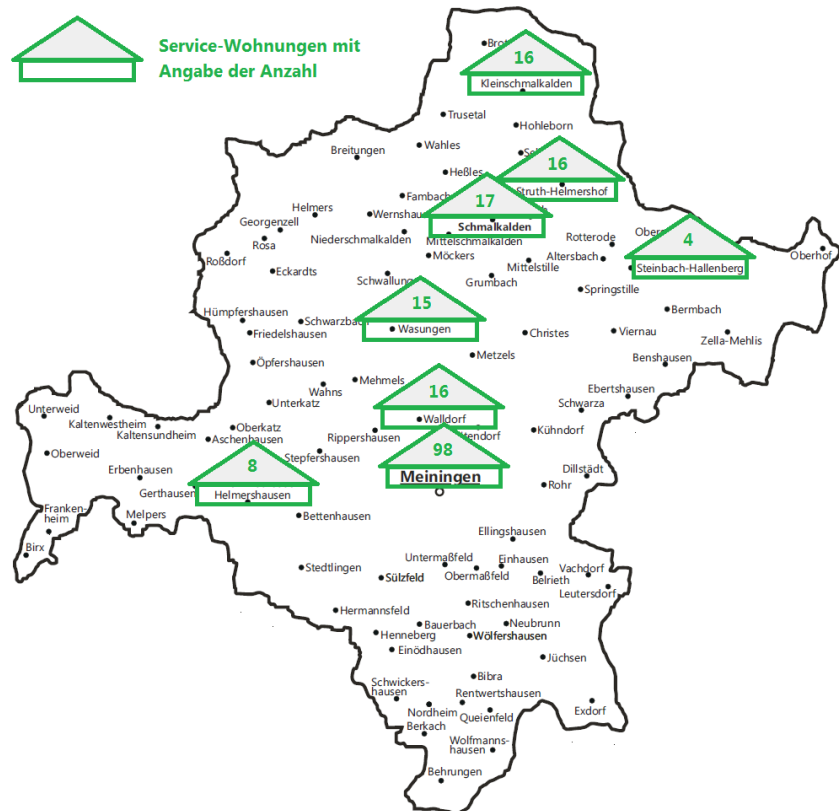


In der Aufzählung sind ausschließlich Mietwohnungen berücksichtigt.

Service-Wohnen:

Service-Wohnen ist das Wohnen in einer eigenen seniorengerechten Wohnung mit der Möglichkeit, je nach eigenem Bedarf Service, Hilfe und Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.

Derzeit gibt es im Landkreis eine Gesamtkapazität von 190 Wohnungen.



Pflege-Wohngemeinschaft:

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind keine Einrichtungen oder Kleinstheime. Damit müssen die betreuten Wohngemeinschaften im Prinzip keine heimrechtlichen Anforderungen an die Wohnraumgestaltung und den Personaleinsatz erfüllen.

Rechtlich unterliegen sie dem Mietrecht, den Regelungen für häusliche Pflege oder allgemeinen Verbraucherrechtsbestimmungen.

Der Gesetzgeber sieht hier ausdrücklich die Möglich-

keit vor, dass auch Bürger selbst eine Pflegewohngemeinschaft gründen können. Derzeit gibt es eine Gesamtkapazität von 113 Plätzen im Landkreis.

Alle Adressen zu den aufgezeigten Standorten der Angebote sind auf der Internetseite des Landratsamtes abrufbar (Pfad: www.lra-sm.de > Soziales, Jugend und Gesundheit > Senioren > Wohnen im Alter).

2.5. Für die Zukunft

Aufgrund des bestehenden hohen Eigentumanteils der Wohnhäuser und der rückläufigen Entwicklung der Einwohner in den Gemeinden, verbunden mit der Umzugshaltung der Senioren und der eher niedrigen Immobilienpreise ist davon auszugehen, dass auch zukünftig viele Senioren möglichst lange in ihren bestehenden Wohnung bleiben.

Die eindeutige Haltung des Landkreises, ambulanten Hilfen immer den Vorrang zu geben entspricht dem gesetzlichen Hintergrund¹⁵ und ist auch im Sinne der Bürger. „Wenn es gelingt, die Versorgungssicherheit quartiersbezogen zu organisieren und den Menschen in ihrer gewohnten Umgebung eine echte Perspektive bis ins hohe Alter zu bieten, so kann dies dazu beitragen, dass weniger Pflegeplätze in Anspruch genommen werden müssen und dadurch Kosten verringert werden können.“¹⁶

Dazu gehören nicht allein der Wohnraum, sondern auch ein barrierefreies bzw. barrierearmes Umfeld und entsprechende Angebote zur Bewältigung des Alltags. Das betrifft neben der Pflege auch die Infrastruktur, Möglichkeiten der Mobilität und der gesellschaftlichen Teilhabe.

Es sollte auch bedacht werden, dass die finanzielle Situation künftiger Rentengenerationen durch lückenhafte Erwerbsbiografien und geringere Rentenzahlungen bei inflationär bedingtem steigendem Finanzbedarf schwieriger wird. Somit entsteht ein höherer Bedarf an bezahlbarem Wohnraum.

Neuerungen und alternative Angebote gilt es aber nicht nur in den Städten anzusiedeln. Der Landkreis zeichnet sich durch eine starke ländliche Struktur aus. Die Heimat ist oftmals das Dorf und die Dorfgemeinschaft. Vor allem hier gilt es anzusetzen, Angebote zu schaffen und sich für die Zukunft vorzubereiten. Insbesondere für die Dörfer im Landkreis heißt es umdenken: „Die ländlichen Gebiete stehen damit vor der Wahl, sich ihrem Schicksal zu ergeben und sich irgendwann zu entvölkern, oder aber mit innovativen Ideen zu Pionieren des demografischen Wandels zu werden.“¹⁷ Der Vorteil ist: Das seniorengerechte Ausstatten von Wohnungen und des Verkehrsraums, das Sichern von Nahversorgung und gesellschaftlicher Teilhabe schließt andere Altersgruppen nicht aus. Im Gegenteil, auch junge Familien profitieren davon.

Empfehlung an fachliche und politische Entscheidungsträger:



- 1.) Daten erheben: Auch wenn das im Arbeitsalltag schwer fällt – die Grundlage von Planung ist das Erheben von Fakten. Wie ist die Altersstruktur und wie ist die Haushaltsstruktur der Anwohner? Wie ist die Angebotsstruktur vor Ort?
- 2.) Konzepte entwickeln: Was können wir? Was können wir leisten? Welche Schwerpunkte setzen wir? Wie wirken wir Leerstand entgegen? Was macht uns attraktiv? Was macht uns noch attraktiver? Woran machen wir das fest? Wie kontrollieren wir die Entwicklung?
- 3.) Bürgerbeteiligung: Veränderungen werden nur gelingen, wenn Bürger beteiligt werden und sie zur Neugestaltung beitragen. Der Bedarf beispielsweise wird oft durch Entscheidungsträger festgelegt und nicht erfragt, so dass der eigentliche Bedarf damit nicht festgestellt ist und im schlimmsten Fall daran vorbeigeplant wird.

¹⁵ § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege

¹⁶ Generali Altersstudie 2013, S. 316

¹⁷ Die Zukunft der Dörfer, S. 4

Zudem ist es wichtig, Innovation zu fördern und dass letztlich die Bürger auch einen erkennbaren Vorteil von den Veränderungen haben.

- 4.) Wohnberatung: Gebündelte und aktuelle Informationen über Umbau, Ausbau, Fördervoraussetzungen, passende Mietangebote – es braucht konkrete Beratungsangebote, die den Bürgern und Kommunen bekannt sind und auf individuelle Fragenstellungen eingehen können.
- 5.) Dialog und ressortübergreifende Themenarbeit: neue Formen der Zusammenarbeit innerhalb von Verwaltungen zur themenspezifischen Entwicklung, Vermittlungsmöglichkeiten zwischen Interessenten und Anbietern schaffen, Zusammenarbeit regionaler Anbieter fördern

Empfehlung an Senioren:



- 1.) Prüfen Sie den eigenen Wohnraum. Es ist kein Zeichen von beginnender Gebrechlichkeit, seinen Wohnraum auf Barrieren zu prüfen – es ist ein Zeichen von eigener Verantwortung. Wie wollen Sie wohnen? Wollen Sie bleiben oder umziehen? Setzen Sie sich mit diesen Gedanken auseinander. Sprechen Sie in der Familie über Ihre Vorstellungen.
- 2.) Seien Sie nett zu Zugezogenen. Es ist schwer, wenn man sich nicht kennt und einschätzen kann. Aber unser Landkreis und Ihr Wohnort können von Zugezogenen nur profitieren! Machen Sie sich ein Bild von den Menschen, die sich entschieden haben, in der Region eine neue Heimat zu finden und vielleicht gewinnen Sie sie für Ihren Verein oder andere Anliegen.
- 3.) Helfen Sie sich gegenseitig. Was für den einen ein kleiner Aufwand ist, ist für den anderen eine große Unterstützung. Die Kultur der unverbindlichen gegenseitigen Unterstützung trägt zu einem angenehmeren Zusammenleben bei und hilft auch mal in der Not. Es gibt auch schon Unterstützungsprojekte im Landkreis, diese sind unter Punkt 3 aufgeführt.
- 4.) Zeigen Sie Initiative. Sie müssen nicht das in Anspruch nehmen, was aktuell vorhanden ist. Es gibt weit mehr Wohnformen und Ideen zur Mobilität und Versorgung, die auch im Bundesgebiet schon existieren. Informationen darüber stellt Ihnen die Sachbearbeiterin Senioren des Landratsamtes zur Verfügung. Vielleicht haben Sie auch ganz andere Vorstellungen? Reden Sie darüber. Finden Sie Interessierte. Sprechen Sie mit kommunalen Vertretern.

3. Gesellschaftliches Engagement der Senioren

Bezugnehmend auf die eben benannten Empfehlungen an die Senioren soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass es bereits seniorenpolitisches Engagement in unserem Landkreis gibt und es wird aufgezeigt, welche Angebote im gesellschaftlich-kulturellem Bereich vorhanden sind. Auch hier wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

3.1. Seniorenpolitisches Engagement

Im Mai 2012 ist das Thüringer Seniorenmitwirkungsgesetz in Kraft getreten. „Das Ziel des Gesetzes ist die Stärkung der Mitwirkungsrechte der Senioren, die Förderung der aktiven Teilhabe an der Willensbildung bei wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und politischen Entscheidungen sowie die Verbesserung und Unterstützung des Zusammenlebens der Generati-

onen. Über die Stärkung der Interessenvertretung und der gesellschaftlichen Teilhabe hinaus soll unter aktiver Beteiligung der Senioren das Älterwerden in Würde ohne Diskriminierung gewährleistet werden.“¹⁸

Das Gesetz stärkt damit die Beteiligung der Senioren an demokratischen Entscheidungsprozessen.

Bereits vor dem Gesetz gab es die auch derzeit bestehenden **Seniorenbeiräte in den Städten Schmalkalden und Zella-Mehlis und die Seniorenvertretung in Meiningen**. Die Aufgabenstellung der Interessensvertretung der Senioren in der Kommune ist gleich. Unterschiede ergeben sich darin, ob die Mitglieder berufen oder gewählt sind.

Das Land Thüringen unterstützt durch Fördergelder auch kommunale Seniorenbeiräte – bestehende und neue – unter bestimmten Bedingungen, wie zum Beispiel, dass der Seniorenbeirat durch die Stadt- oder Gemeinderäte gewählt wird. Nähere Informationen zu den Förderbedingungen sind bei der Sachbearbeiterin Senioren des Landratsamtes erhältlich.

Neu ist, dass die kommunalen Seniorenbeiräte aber nicht nur Einfluss auf der Ebene ihrer Gemeinde haben. Sie haben nunmehr das Recht; eine/n ehrenamtliche/n Seniorenbeauftragte/n vorzuschlagen. Diese über den Kreistag gewählte Person ist dann Mitglied im Landesseniorenrat, der wiederum auch auf Entscheidungen der Thüringer Landesregierung Einfluss nimmt.

Die ehrenamtliche Seniorenbeauftragte des Landkreises Schmalkalden-Meiningen ist Cornelia Klötzke. Sie wurde im April 2014 vom Kreistag gewählt.

Die Kontaktdaten der kommunalen Seniorenbeiräte und der ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten sind im Anhang beigefügt.

In der nachfolgenden Übersicht werden die Zusammenhänge anschaulich dargestellt.

aktiv dabei

Interessenvertretung und Mitwirkung von
Senioren im Landkreis Schmalkalden-Meiningen

Wir stehen für:

- Mitwirkung von Senioren
- aktive Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse
- gelungenes Zusammenleben der Generationen
- Älterwerden in Würde und ohne Diskriminierung

gefördert von:

Freistaat Thüringen
Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Landkreis Schmalkalden-Meiningen
Landratsamt, Seniorenrat

Bild: Aufsteller der ehrenamtlichen
Seniorenbeauftragten für Veranstaltungen

¹⁸ § 1 Abs. 1 ThürSenMitwG

Seniorenpolitische Mitwirkung – Übersicht

Thüringer Landesregierung	2011 wurde das Seniorenpolitische Konzept zur Gestaltung einer nachhaltigen Seniorenpolitik im Freistaat Thüringen mit folgenden seniorenpolitischen Aktionsfeldern erstellt: altersgerechtes Wohnen und Mobilität, Gesundheit, Pflege, Hospizarbeit, Arbeitsmarkt und finanzielle Sicherheit, Information und Beratung, gesellschaftliches Engagement und generationenübergreifende Partizipation. Im Turnus von 5 Jahren ab 2013 wird ein Seniorenbericht unter dem Gesichtspunkt der seniorenpolitischen Aktionsfelder erstellt zur Bestandsaufnahme der Lebenswirklichkeit der Thüringer Senioren.
Landesseniorenrat	Der Landesseniorenrat berät und unterstützt die Landesregierung in allen seniorenpolitischen Fragen und wird beteiligt bei Programmen zur Seniorenpolitik. Er wird vor der Einbringung von Gesetzentwürfen und Erlass von Rechtsverordnungen, welche die Belange von Senioren unmittelbar betreffen, angehört. Der Landesseniorenrat informiert über seniorenrelevante Gesetze und deren Umsetzung. Stimmberechtigte Mitglieder sind die ehrenamtlichen Seniorenbeauftragten der Landkreise und kreisfreien Städte sowie sechs Vertreter der Landesseniorenvertretung, darüber hinaus gibt es beratende Mitglieder.
Ehrenamtliche/r Seniorenbeauftragte/r	Frau Cornelia Klötzke ist die ehrenamtliche Seniorenbeauftragte des Landkreises Schmalkalden-Meiningen. Die ehrenamtliche Seniorenbeauftragte ist von den kommunalen Seniorenbeiräten vorgeschlagen und durch den Kreistag als Vertreterin der Senioren des Landkreises Schmalkalden-Meiningen gewählt worden. Sie vertritt die Interessen der Senioren landkreisweit und sie unterstützt die Arbeit der kommunalen Seniorenbeiräte und –vertretungen und vertritt diese im Landesseniorenrat.
Kommunale Seniorenbeiräte	Seniorenbeiräte sind Ansprechpartner für die Senioren vor Ort und vertreten deren Interessen bei kommunalen Entscheidungen. Sie unterstützen zudem den Erfahrungsaustausch zwischen den Trägern der Seniorenarbeit. Derzeit gibt es drei kommunale Seniorenbeiräte und Seniorenvertretungen im Landkreis: Meiningen, Schmalkalden, Zella-Mehlis. Jede Kommune hat die Möglichkeit, einen Seniorenbeirat einzusetzen. Bedingungen für einen förderfähigen Seniorenbeirat nach der Richtlinie des Thüringer Ministeriums sind bei der Sachbearbeiterin Senioren des Landratsamtes zu erfragen.

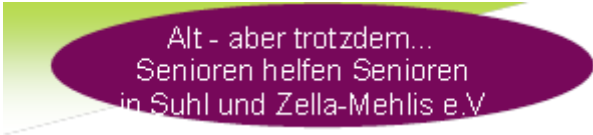
3.2. Soziokulturelles Engagement

Es ist nicht nur das politische Engagement, was Senioren ausüben. In vielen Ortschaften des Landkreises treffen sich Senioren in **Seniorenclubs und -begegnungsstätten** regelmäßig, um sich auszutauschen und zu bestimmten Themen informiert zu werden. Während die Seniorenclubs aus privatem Engagement heraus bestehen, sind Begegnungsstätten von sozialen Institutionen geführte Angebote mit angestellten Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen. Untereinander Kontakte zu halten und auch bei Krankheit besucht zu werden, ist ein wesentlicher Beitrag, um sich weiterhin als Teil der Gesellschaft wahrzunehmen und angenommen zu fühlen. In vielen Gemeinden engagieren sich die Senioren auch für die Kommune, beispielsweise bei der Gestaltung von Festen und Veranstaltungen. Das Engagement bezieht sich also nicht ausschließlich auf die Belange der Senioren selbst. „Die Ergebnisse der Generali Altersstudie belegen zunächst, dass das Engagement für jüngere Generationen, innerhalb wie außerhalb der Familie, für ältere Menschen ein wichtiges Anliegen darstellt.“¹⁹

Im Landkreis gibt es zwei **Seniorenbüros**. Sie sind den Mehrgenerationenhäusern in Schmalkalden und in Meiningen angegliedert. Seniorenbüros sind Informations-, Begegnungs-, Beratungs- und Vermittlungsstellen auf lokaler Ebene. Ihre Zielgruppe sind Menschen ab 50 Jahren, die für sich und andere aktiv werden wollen. Sie sind wichtige Punkte mit vielen Partnern auf lokaler Ebene.

Eine Auflistung dieser Seniorenclubs und -begegnungsstätten und der Seniorenbüros gibt es auf der Internetseite des Landratsamtes. (Pfad: www.lra-sm.de > Soziales, Jugend und Gesundheit > Senioren > Seniorenbeteiligung bzw. Seniorenclubs/-begegnungsstätten)

Neben den eben genannten finden sich **weitere Vereine und Initiativen**, die sich aktiv mit verändernden Situationen der Senioren auseinandersetzen und neue Wege ausprobieren.



Alt - aber trotzdem...
Senioren helfen Senioren
in Suhl und Zella-Mehlis e.V.

Beispielhaft angeführt ist hier der Verein „Alt aber trotzdem... – Senioren helfen Senioren Suhl und Zella-Mehlis e.V.“. Dieser Verein wurde 2014 aus einer Initiative heraus gegründet und bietet

an, die Unterstützung der Senioren untereinander zu regeln und zu koordinieren. Das Ziel ist, durch Unterstützung mit Dienstleistungsangeboten ein selbstbestimmtes Leben in gewohnter Wohnumgebung zu erleichtern und auch die Entwicklung der Kontakte zwischen junger und älterer Generation zu fördern. Das Innovative an dieser Art der Unterstützung ist, dass Mitglieder – je nach Lebenslage – zugleich Leistungsgeber und Leistungsempfänger sein können. Es besteht die Möglichkeit, durch erbrachte Leistung für andere Senioren ein Guthaben zu erwirtschaften, das bei eigenem Bedarf wieder eingesetzt werden kann. So ist gleichzeitig neben dem sozialen Aspekt auch eine finanzielle Erleichterung möglich.

Auch weitere Initiativen, die aus privatem Engagement heraus entstanden, setzen sich für die Stärkung des sozialen Miteinanders ein. Hier sind Senioren immer mit angesprochen, aber nicht als Hauptzielgruppe benannt. Für sie ist damit aber auch Potential gegeben, sich auf der einen Seite einzubringen und auf der anderen Seite unkompliziert und unbürokratisch Unterstützung zu erfahren. Beispiele hierfür sind der Tauschring mit Kontaktpartnern in Meiningen, Schmalkalden und Zella-Mehlis und der Verein „Nachbarschaftshilfe Meiningen e.V.“.

Die Kontakte zu den aufgeführten Vereinen und Initiativen sind im Anhang beigefügt.

¹⁹ Generali Altersstudie, S. 24

3.3. Für die Zukunft

Die Senioren sind allein durch ihre Anzahl eine stattliche Gruppe, die ähnliche Interessen hat – ob als Wähler oder als Konsumenten. Die Grundlage für neue Angebotsstrukturen ist, die Bedarfslage zu kennen. Für Senioren enthält es das Potential, ihre Bedürfnisse zu äußern und sie gemeinsam zu vertreten.

Aber kaum jemand bezeichnet sich selbst gern als „alt“ oder als „Senior“. Das hat damit zu tun, dass die gesellschaftliche Haltung das Adjektiv „alt“ eher mit negativen Eigenschaften assoziiert. Das zeigt beispielsweise die Synonymsuche im Schreibprogramm des Computers: „alt“ würde hier unter anderem ersetzt mit: „gesetzt, abgelebt, dienstunfähig, invalid, verkalkt, welk...“.

Das zeigt ein Altersbild, was nur auf Defizite ausgerichtet ist und aus so einer gesellschaftlichen Haltung heraus formt sich auch das Selbstbild. Die Notwendigkeit besteht also darin, das konventionelle Altersbild aufzubrechen und das Alt-Sein differenzierter zu betrachten: Es beinhaltet nämlich auch einen aktiven Lebensabschnitt von nicht unerheblicher Zeit.

Diese Veränderungen zeigen sich auch in den Interessen. Beispielsweise haben die Seniorenclubs und –begegnungsstätten oft „Nachwuchsprobleme“. In Äußerungen Einzelner ist zu erkennen, dass diese Form der Treffen die jüngeren Senioren ab 60 Jahren nicht anspricht und sie sich dort nicht zugehörig fühlen. Die unterschiedlichen Bedürfnisse zu kennen und darauf einzugehen ist vor Ort die Herausforderung. Aber auch die Senioren selbst können die Art der Angebote gestalten, indem sie Räume vor Ort nutzen, Interessensgemeinschaften bilden und aktiv in der Gestaltung ihres Lebensumfeldes mitwirken. Hier sollten Schwerpunkte gesetzt werden.

Empfehlung an fachliche und politische Entscheidungsträger:



- 1.) Engagement fördern: Engagement für das Wohnumfeld ist kein Automatismus. Um das zu fördern bedarf es laut der Generali Altersstudie eine angemessene Ansprache und Anerkennung und das Zusammenpassen von Engagement und persönlichen Präferenzen.²⁰
- 2.) Rahmenbedingungen schaffen: Manchmal benötigt es einen Raum oder es benötigt einen konkreten Ansprechpartner, immer aber benötigt es einen raschen Zugriff auf Informationen. Wichtig ist: Wenn Zuständigkeiten bestimmt werden, müssen diese mit Ressourcen ausgestattet werden.
- 3.) Innovative Projekte anschieben: Welche Problemlagen sind denn bekannt? Gibt es Menschen, die unkonventionelle Lösungsideen dazu haben? Nutzen Sie die Potentiale der Senioren vor Ort. Sprechen Sie miteinander und seien Sie offen. Es ist Zeit für Experimente.
- 4.) Besonders zu stärken ist das Engagement der Bürger untereinander, insbesondere, wenn es der Alltagsunterstützung dient.

Empfehlung an Senioren:



- 1.) Werden Sie sich bewusst, was Sie alles für Familienangehörige und andere bereits leisten – das ist Engagement!

²⁰ Vgl. Generali Altersstudie, S. 378

- 2.) Beteiligen Sie sich an der Entwicklung Ihres Lebens- und Wohnumfeldes. Gestalten Sie Ihre Zukunft mit. Lassen Sie sich Möglichkeiten, wie bei Bürgersprechstunden oder bei öffentlichen Ratssitzungen, nicht entgehen, um sich zu Wort zu melden.
- 3.) Informieren Sie sich über Möglichkeiten zum Engagement. Sie werden gebraucht. Und es gibt eine große Bandbreite, tätig zu werden. Die Seniorenbüros unterstützen Sie gern bei der Suche nach einer für Sie interessanten Beschäftigung.

4. Pflege

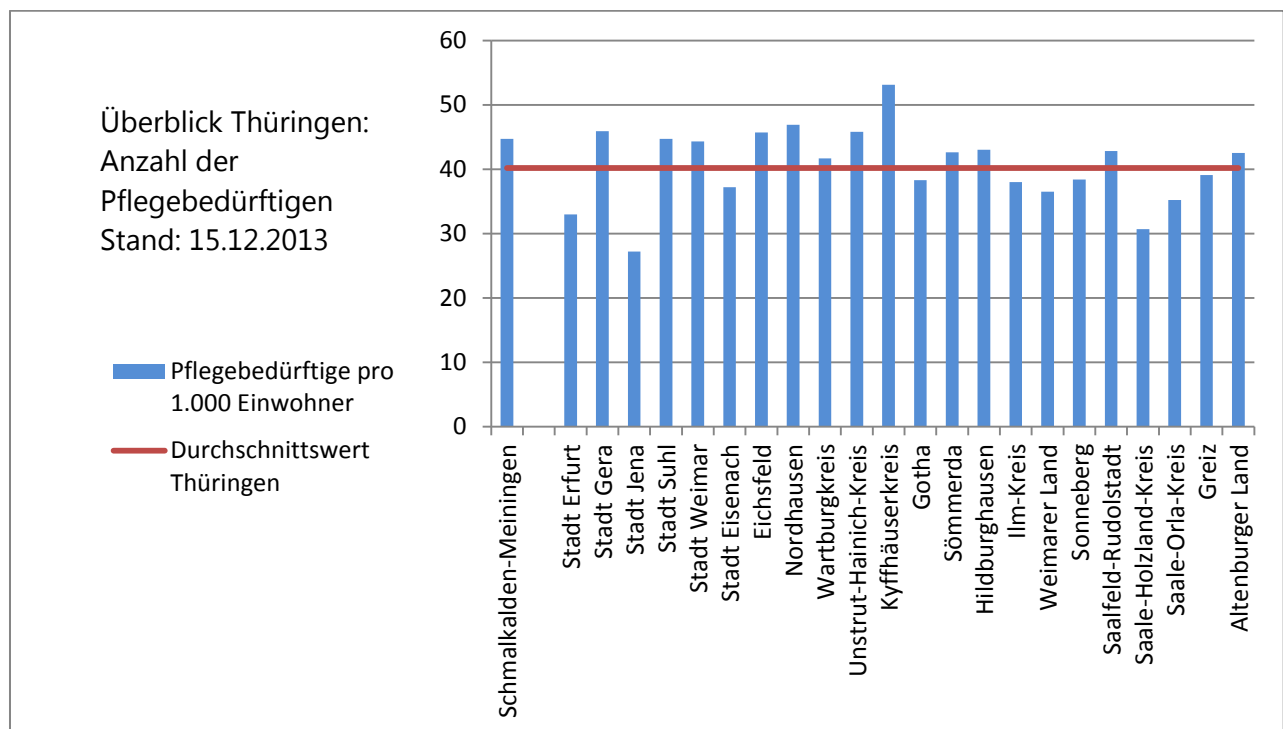
Wie ist die derzeitige Situation der Pflege im Landkreis? Welche Entwicklung hat sie bislang genommen und welche Schlüsse sind für die Zukunft zu ziehen? Dieses Kapitel beschäftigt sich mit diesen Fragestellungen.

Dabei wird unterschieden in Angehörigenpflege sowie die ambulanten, teilstationären und stationären Pflegedienstleistungen.

Um eine Einschätzung vornehmen zu können, wird alle zwei Jahre eine Erhebung im Landkreis durchgeführt. Die Pflegedienstleister beantworten dabei einen Fragebogen, wobei diese gesetzlich nicht zur Mitarbeit verpflichtet sind. Da aber nur mit deren Informationen ein Blick auf die Situation im Landkreis und zu bestimmten Fragestellungen möglich ist, sei an dieser Stelle ein Dank an alle teilnehmenden Einrichtungen gerichtet.

4.1. Allgemeine Entwicklung in der Pflege

Das Thüringer Landesamt für Statistik stellt zur Pflege Daten auf Landkreisebene zur Verfügung:



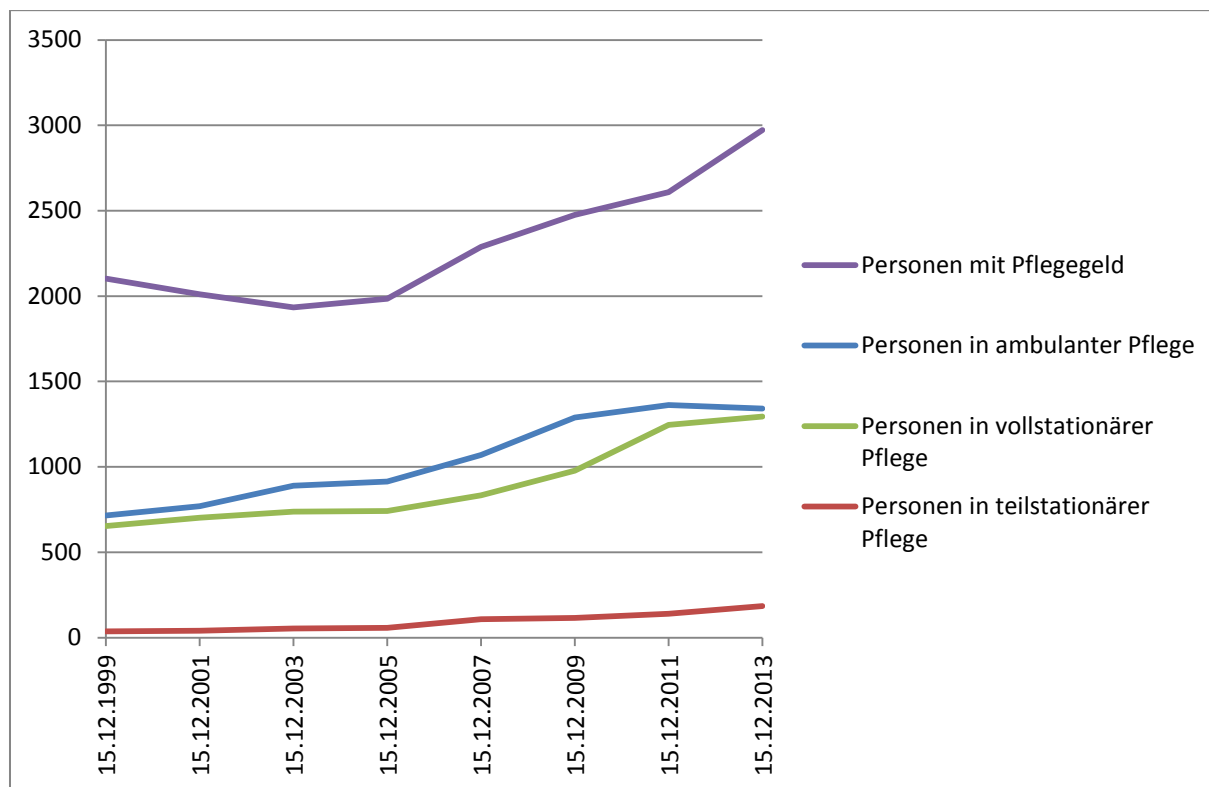
Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

Von den 23 Thüringer Landkreisen und Städten liegt der hiesige Landkreis gemeinsam mit der Stadt Suhl mit 44,7 Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner auf Rang 6. Nur die Stadt Gera sowie die Landkreise Kyffhäuserkreis, Nordhausen, der Unstrut-Hainich-Kreis und Eichsfeld

weisen einen noch höheren Grad auf. Der Thüringer Durchschnitt liegt bei 40,2 Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner.

Die folgende Aufstellung bezieht sich auf den Landkreis Schmalkalden-Meiningen. Sie zeigt dabei deutliche Tendenzen der letzten Jahre auf:

Entwicklung der Pflege im Landkreis Schmalkalden-Meiningen



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

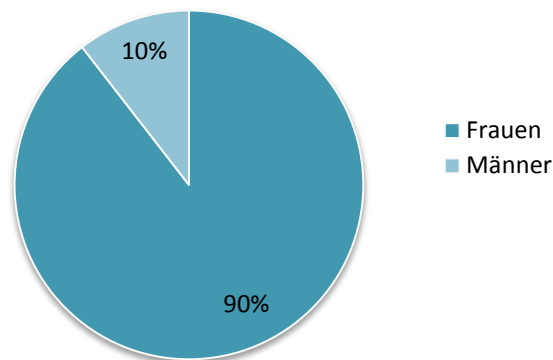
Den größten Anteil nehmen dabei Personen ein, die Pflegegeld beziehen. Pflegegeld können pflegebedürftige Personen laut §37 SGB XI erhalten, wenn sie die erforderliche Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson selbst sicherstellen. Das bezieht sich nicht ausschließlich auf Verwandte, wird verallgemeinernd aber meist als **Angehörigenpflege** benannt.

Die Pflegesituation ist auch für die Angehörigen eine Herausforderung. Die emotionale Bindung, ein einhergehender Rollenwechsel, hoher organisatorischer Aufwand, zunehmender Unterstützungs- und Pflegeeinsatz – um das dauerhaft umsetzen zu können und den Kreis der pflegenden Angehörigen zu erweitern, bedarf es leicht zugänglicher Entlastungsstrukturen. Dazu zählen unabhängige, individuelle Beratungsangebote, deren Bekanntheit durch Multiplikatoren in den einzelnen Kommunen mitgetragen wird.

Derzeit gibt es im Landkreis ein Angebot am Standort Meiningen, welches **kostenfrei und neutral persönliche Zeit und Informationen für pflegende Angehörige bietet: Die „Pflegebegleiter“** sind ehrenamtlich tätig und werden über die Lebenshilfe Meiningen e.V. koordiniert und qualifiziert. Die Kontaktdaten sind im Anhang beigefügt.

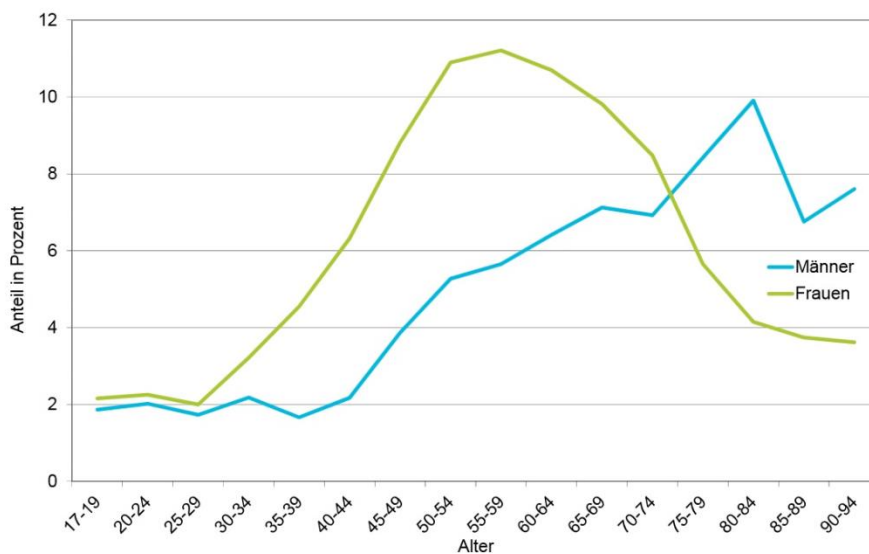
Nach wie vor ist die Pflege im Allgemeinen, aber insbesondere auch in der Angehörigenpflege vorwiegend Frauensache. Die folgende Grafik verdeutlicht das auf einen Blick:

Anteil der weiblichen und männlichen nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen (2010, bundesweit)



Quelle: WSI GenderdatenPortal²¹

Darüber hinaus beschäftigt sich der GEK Pflegereport mit dem Alter der Pflegenden und stellt folgende Übersicht auf:



Quelle: SOEP v29, gewichtet

Abbildung 23: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht

Quelle:

Barmer GEK Pflegereport
2014, S. 113

In der Begründung, warum Frauen im mittleren Lebensalter viel öfter die Pflegeposition einnehmen und Männer im hohen Alter, stimmen der GEK Pflegereport und der Aufsatz von Langehenning überein: „Von allen pflegenden Frauen sind die meisten im Alter von etwa 50-55 Jahren engagiert, und zwar vor allem in der Elternpflege. Von allen pflegenden Männern pflegen die meisten Männer im Alter ab 80 Jahren, und zwar in der Partnerinnenpflege.“²²

Langehenning beschäftigt sich in seinem Aufsatz mit dem Mann in der Pflegerolle und die Umstände, diese einzunehmen. Um Männer in der Angehörigenpflege zu fördern wird emp-

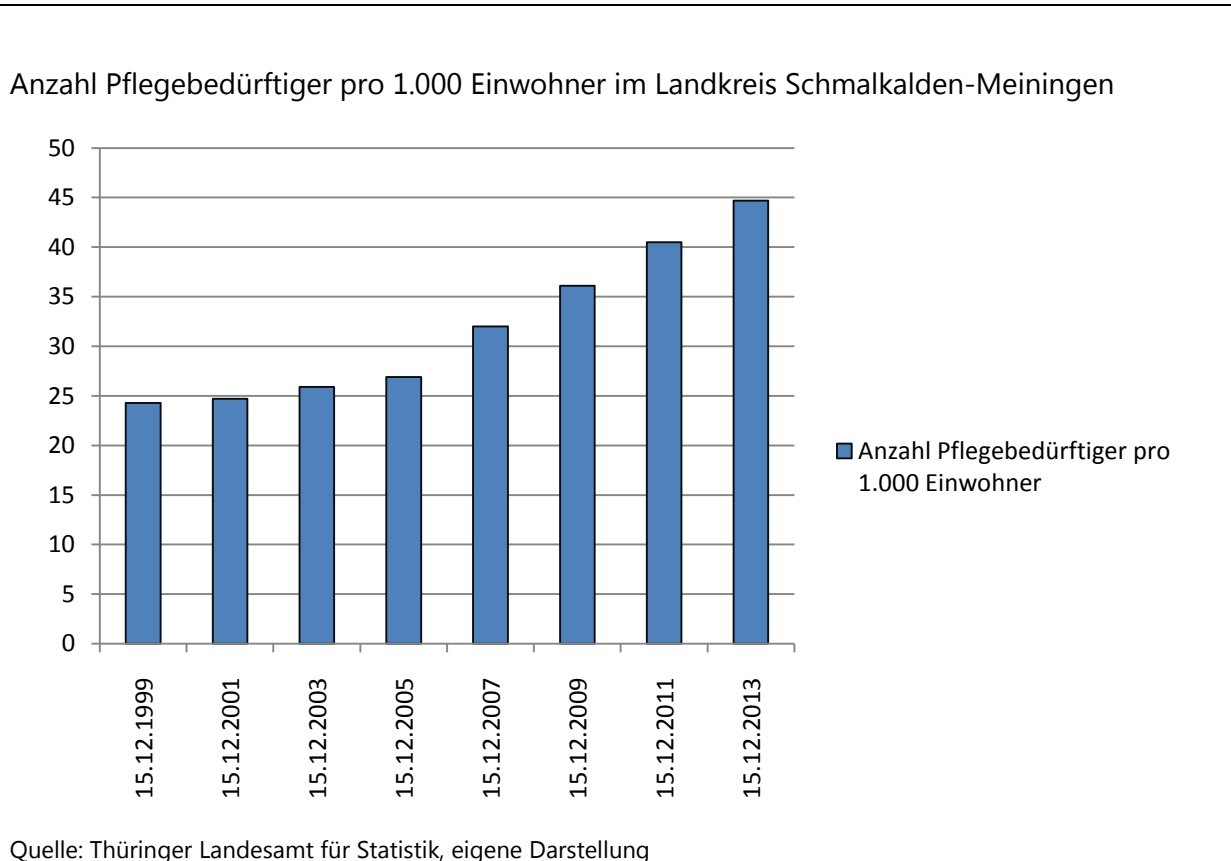
²¹ <http://www.boeckler.de/45066.htm>, abgerufen am 23.03.2015

²² Langehenning (2012), S. 5

fohlen, geleitete Gruppenangebote speziell für Männer zum Austausch und zur Selbsterfahrung anzubieten.²³

Die Pflegegruppe der Männer ist dahingehend interessant, da wie in den vorhergehenden Ausführungen benannt, die Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen sinkt – und damit das Potential an pflegenden Frauen in ebendieser Altersgruppe. Hingegen steigt die Anzahl der Männer im hohen Alter.

Um aufzuzeigen, wie groß die Notwendigkeit ist, die herkömmlich pflegende Gruppe zu erweitern, zeigt das Verhältnis zwischen der Anzahl Pflegenden und Zu-Pflegenden. Die Entwicklung im Landkreis in den letzten Jahren stellt sich wie folgt dar:



Die Anzahl der Pflegebedürftigen pro 1.000 Einwohner ist damit in den letzten Jahren um circa 80 Prozent gestiegen.

Nach Angaben des Barmer GEK Pflegereport 2014 ist mit einem weiteren Anstieg bis 2050 zu rechnen. Laut Prognose nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen in Thüringen von 81.000 im Jahr 2010 bis 134.000 im Jahr 2050 zu. Das ist eine weitere Zunahme um 65 Prozent. Erst nach 2050 tritt ein Rückgang ein.²⁴

Diese Entwicklung steuert auf ein erhebliches Ungleichgewicht zu zwischen den Pflegebedürftigen auf der einen Seite und den potentiell Pflegenden auf der anderen Seite.

Im Themenreport „Pflege 2030“ der Bertelsmann-Stiftung werden zu dieser Entwicklung drei Szenarien aufgestellt: Im Szenario 1 wird der Status quo fortgeschrieben, das heißt, die Anteile der Pflegearten je Alter und Geschlecht werden auf dem Niveau des Jahres 2009 konstant

²³ Langehenning (2012), S. 11

²⁴ Vgl. Barmer GEK Pflegereport 2014, S. 72 f.

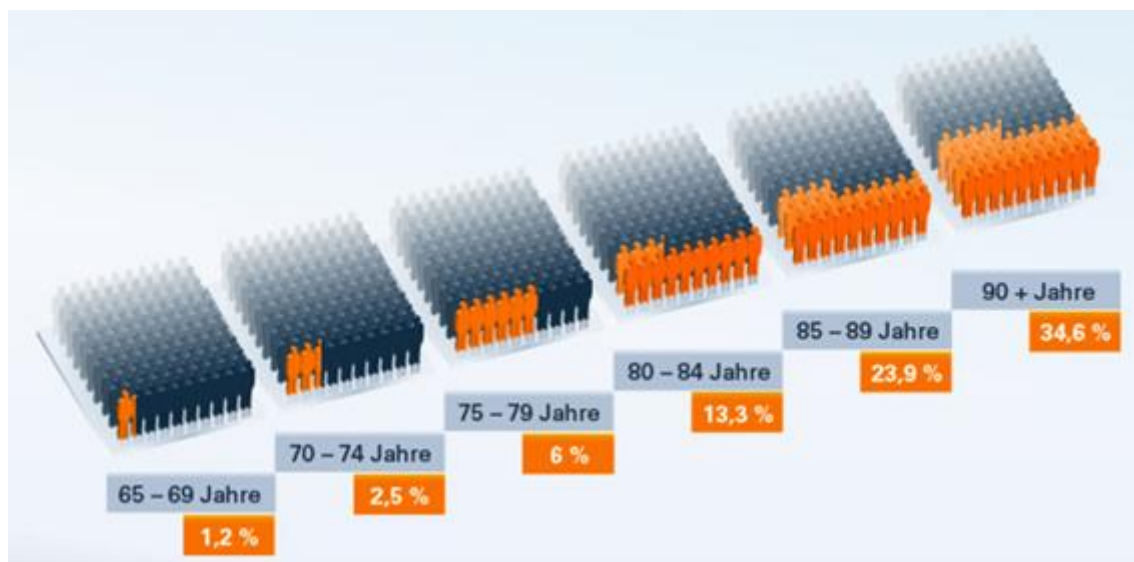
gehalten. Szenario 2 beschreibt eine Zunahme der formellen Pflege aufgrund Abnahme der Angehörigenpflege. In Szenario 3 wird die häusliche Pflege gestärkt. Im Rahmen dieser Szenarien werden die möglichen Entwicklungen beschrieben. Eine **Personallücke** beim Pflegepersonal ergibt sich in allen drei Varianten. Allerdings wird ein klarer Favorit benannt, zu dem sich auch die Verwaltung des Landkreises bekennt:

„Das ‚Wunschscenario‘ 3 hat somit nicht nur den Vorteil, dass der Wunsch der Betroffenen nach Vorrang der häuslichen Pflege und der entsprechende Gesetzesauftrag des SGB XI umgesetzt werden, er führt zudem zu einer Halbierung der errechneten Versorgungslücke. Für die Verwirklichung dieses Szenarios sind aber **vielfältige Anstrengungen notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken und so die Versorgungslücke zu schließen, um die Angehörigenpflege zu stabilisieren und um das zivilgesellschaftliche Engagement zu stärken**, das mitwachsen muss, wenn der Anteil der ambulanten Pflege im beschriebenen Ausmaß steigen soll. Vor diesem Hintergrund werden innovative Konzepte zur Bewältigung zukünftiger Versorgungsbedarfe zunehmend wichtig.“²⁵

4.2. Demenz – die große Herausforderung

Der Begriff Demenz bezeichnet eine Gruppe von Erkrankungen, die insbesondere durch das Nachlassen geistiger Leistungen gekennzeichnet ist.

Unter den verschiedenen Formen ist die Alzheimer Erkrankung die mit Abstand häufigste. Diese führt zur Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Es ist zwar möglich, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, jedoch ist diese Krankheit derzeit nicht heilbar. Das Risiko zu erkranken, steigt mit dem Lebensalter und verdoppelt sich dann statistisch alle 5 Jahre:



Bildquelle ²⁶

Die Erhöhung unseres Lebensalters ist also der größte Risikofaktor für demenzielle Erkrankungen, speziell auch der Alzheimer Erkrankung.

²⁵ Themenreport „Pflege 2030“, S. 11

²⁶ <http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/alzheimer/alzheimer-krankheit.html>, abgerufen am 18.03.2015

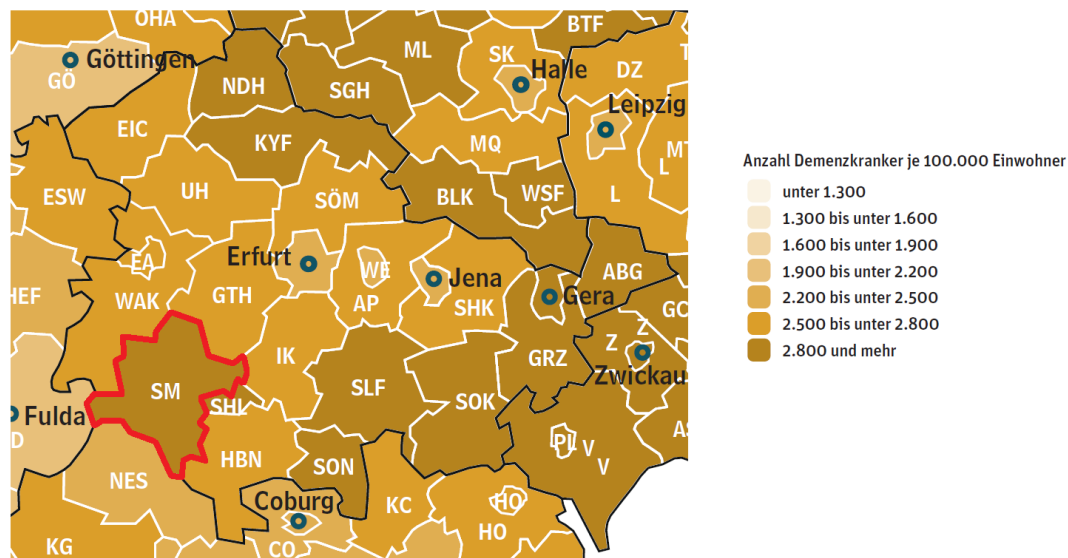
Eine konkrete Zahlenlage für den Landkreis liegt nicht vor. Zu bedenken ist zudem, dass die Demenzerkrankung bereits einen erhöhten Unterstützungsfaktor fordert, bevor sie überhaupt diagnostiziert ist.

Mit Datenlage von 2011 schätzt die Alzheimer Gesellschaft Thüringen die Zahl der Demenzerkrankten im Landkreis auf 7 Prozent der über 65-Jährigen (siehe Anhang 5). Auf die Gesamtbevölkerung bezogen beträgt das 2 Prozent.

Diese 7 Prozent übertragen auf die prognostizierte Anzahl der über 65-Jährigen im Jahr 2023 (Prognosezeitraum Landratsamt, Prognose ohne Wanderungsbewegung) ergibt einen Anstieg auf 2.613 Personen und damit immerhin schon auf drei Prozent der Gesamtbevölkerung im Landkreis.

Diese Schätzungen und Prognosen werden auch gestützt durch den Demenz-Report des Berlin-Institutes für Bevölkerung und Entwicklung. In der Aufstellung auf Kreisebene zeigt sich der Landkreis Schmalkalden-Meiningen in der Kategorie mit der zukünftig höchsten Anzahl Demenzerkrankter in Relation zur Gesamtbevölkerung.

Prognose 2025 laut Demenz-Report



Quelle: Demenz-Report 2011, siehe Anhang

Die Prognose ist für 2025 aufgestellt - das ist von diesem Jahr aus gesehen ein Zeitraum von 10 Jahren, der dringend genutzt werden sollte, sich mit Strategien und Strukturen darauf vorzubereiten.

Wie kann man vorgehen? Was ist zu beachten?

Die Veränderungen werden auf verschiedenen Ebenen zu bearbeiten sein. Zum einen müssen der Gesetzgeber und das Gesundheitssystem Lösungsansätze bieten. Der Landkreis muss aber vor allem dort ansetzen, wo er konkrete Einflussmöglichkeiten hat. Informationen zu liefern ist ein wesentlicher Bestandteil, damit sich Bürger und Kommunen und hiesige Pflegeinstitute auf veränderte Situationen einstellen können.

Um ein möglichst langes, selbstständiges Wohnen zu gewährleisten - auch mit der Diagnose Demenz - bedarf es zuvorderst einer entsprechend positiven Einstellung der Bevölkerung. „Für die zukünftige Entwicklung bedeutet dies, dass sich der Kreis derjenigen die sich kümmern, erweitern muss, um Freunde, Bekannte, Nachbarn und Ehrenamtliche. Doch welchen

Einsatz sind diese bereit zu leisten und zu welchen Bedingungen? Das zu klären und Engagement zu aktivieren, ist künftig eine der wichtigsten gesellschaftlichen Aufgaben.“²⁷ Dafür sind Rahmenbedingungen wie Austauschmöglichkeiten und Ansprechpartner sowie Beratungs- und Entlastungsangebote essentiell.

Einige Angebote dazu gibt es bereits. Beispielsweise **bietet die Alzheimer Gesellschaft Thüringen kostenlose Schulungen für Angehörige und Ehrenamtliche an**.²⁸ Diese Angebote gilt es, bekannt zu machen und mit anderen Akteuren zu verbinden.

Auf der anderen Seite wird dieser Weg auch eine Herausforderung für die Pflegeheime. Deren Bewohner würden erst dann einziehen, wenn die Demenz so vorangeschritten ist, dass ein eigenständiges Wohnen selbst mit ambulanten Unterstützungssystemen nicht mehr möglich ist. „Für die Heime heißt das: wachsender Zeitaufwand, höherer Personalbedarf.“²⁹

In der Zusammenfassung zeigt der Demenz-Report (= Bildquelle) folgende Handlungsansätze:

Was kann der Staat tun?

- die demografischen Daten zur Kenntnis nehmen und auf dieser Grundlage eine Demenz-Strategie entwickeln
- die gesetzlichen Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anpassen
- pflegende Angehörige unterstützen und deren Motivation auch in Zukunft erhalten, etwa durch Anrechnung von Betreuungszeiten auf die Rente, die Förderung von Teilzeitarbeit, oder durch direkte Leistungen
- ehrenamtliches Engagement anregen und fördern
- Forschung gezielt fördern: sowohl biomedizinische als auch Versorgungsforschung, Datenerhebung et cetera

Was können Kommunen, Kreise, Kantone tun?

- sich informieren
- Projekte und Modelle studieren, Handbücher und Internetportale nutzen, gute Ideen nachahmen
- vorhandenen Sachverstand ausfindig machen und nutzen
- die bestehenden Einrichtungen und Organisationen einbinden und untereinander vernetzen
- die Öffentlichkeit informieren
- aktiv gegen Tabus kämpfen
- das Recht von Menschen mit Demenz auf ein selbstbestimmtes Leben vertreten
- Diskussionsforen und andere Möglichkeiten bieten, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen
- die Bürgerinnen und Bürger, einschließlich der nachwachsenden Generationen, mit ins Boot holen, ihre Kreativität herausfordern, ein Klima schaffen, das zur Beteiligung einlädt
- ehrenamtliches Engagement anregen und auch anerkennen
- die Schaffung alternativer Wohnformen unterstützen
- Demenz in Orts- oder Stadtteilplanung einbeziehen

Was kann jede und jeder Einzelne tun?

- sich informieren
- sich engagieren
- betreuende Angehörige unterstützen
- bei Verdacht auf demenzielle Erkrankung bei sich selbst oder nahestehenden Personen fachlichen Rat suchen, abklären lassen
- bei Diagnose Demenz die Zeit nutzen und rechtzeitig Vollmachten erteilen, Finanzielles und juristische Fragen regeln

²⁷ Demenz-Report, S. 33

²⁸ Siehe Linkliste

²⁹ Demenz-Report, S. 43

4.3. Ambulante Pflege

Ambulante Pflegedienste leisten neben der Grund- und Behandlungspflege auf Wunsch auch vielfältige Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen oder im Alltagsleben eingeschränkten Menschen. Des Weiteren bieten oder vermitteln sie ein umfangreiches Angebot an niedrighschwelligen Unterstützungsleistungen, wie Fahrdienste, „Essen auf Rädern“, Einkaufs-, Waschdienste oder stundenweise Betreuung bzw. Entlastung an. Mit Unterstützung der ambulanten Pflegedienste ist so der längere Verbleib zu Hause möglich.

Die Bundesregierung hat auf die aktuelle Entwicklung in der Pflege und der Zunahme von Demenzerkrankten reagiert. Mit dem **Pflegestärkungsgesetz I** trat am 01.01.2015 ein neues Gesetz in Kraft, welches mehr Unterstützung für Pflegebedürftige gerade auch im häuslichen Bereich bietet.

Die Pflegedienste spielen für das Ziel der Ausweitung der ambulanten Versorgung eine maßgebliche Rolle.

Derzeit sind **24 Pflegedienste mit Sitz im Landkreis Schmalkalden-Meiningen** tätig.

Nach einer jahrelangen Zunahme der Anzahl an Personen mit ambulanter Pflegeleistung, erfolgte zwischen 2011 und 2013 laut Thüringer Landesamt für Statistik ein leichter Rückgang auf 1.342 Personen (Stichtag: 15.12.2013).

Warum dieser Rückgang? Die grundsätzliche Tendenz des steigenden Pflegebedarfs ist aufgezeigt. Der Rückgang bei diesem Angebot ist erklärbar durch den zeitgleich starken Anstieg der Pflegegeldempfänger und dem weiteren Anstieg der stationären Vollzeitpflege.

Zur ambulanten Pflege stellt das Thüringer Landesamt für Statistik Daten auf Landkreisebene zur Verfügung. Allerdings gelingt es nur durch eigene Erhebungen nähere Anhaltspunkte innerhalb des Landkreises zur Situation der ambulanten Dienstleister zu erfahren. Durch die Sozialplanung wird daher alle zwei Jahre eine Erhebung anhand von Fragebögen durchgeführt. Die letzte erfolgte zum Stichtag 31.12.2014.

Von den 24 Pflegediensten kamen 15 ausgefüllte Fragebögen zurück. Ein weiterer ist auf Intensivpflege nach SGB V spezialisiert und konnte daher keine aussagekräftigen Informationen zum Thema abgeben.

Zumindest konnten Rückmeldungen aus allen Teilen des Landkreises verzeichnet werden (siehe Grafik), wenn auch generell eine höhere Beteiligung zur Einschätzung der Situation wünschenswert gewesen wäre.



Zum Stichtag 31.12.2014 wurden von den Auskunft gebenden Pflegediensten 1.217 Personen betreut. 430 davon und damit 35 Prozent sind an Demenz erkrankt.

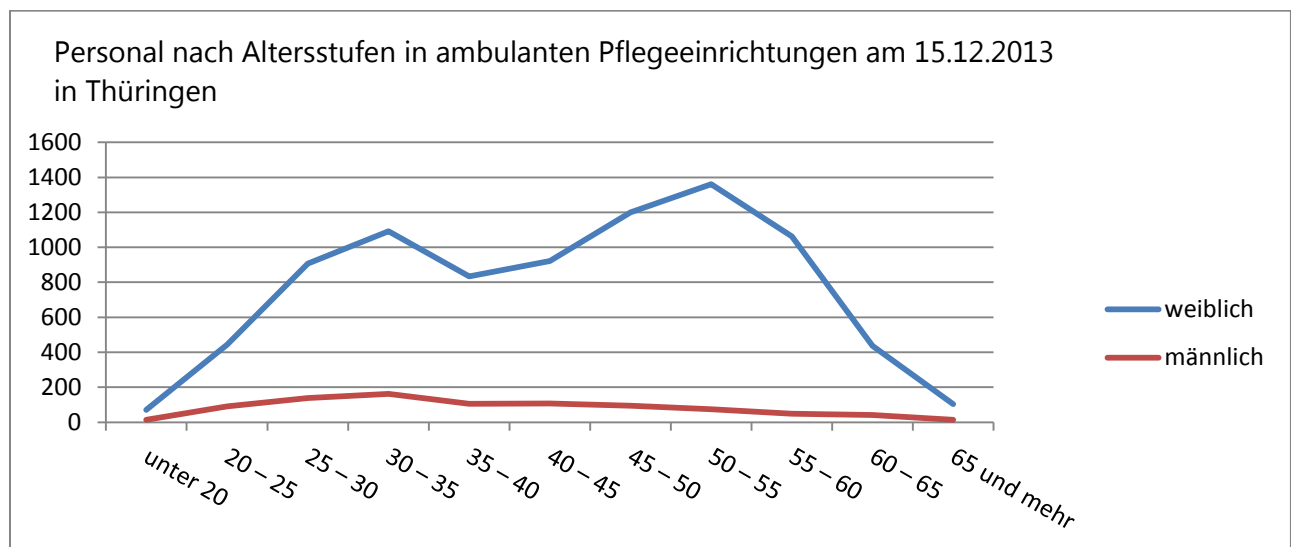
Den Ergebnissen nach ist ein Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung nicht zu verzeichnen. Die höchste Anzahl der ambulant gepflegten Personen befindet sich in Schmalkalden. Das entspricht auch den Ergebnissen des letzten Pflegeberichtes, der von 2000 bis 2008 dieselbe Relation beschreibt.³⁰ Aber auch die Gemeinde Floh-Seligenthal sowie die Verwaltungsgemeinschaften Wasungen-Amt Sand und Haselgrund sind gut aufgestellt.

Es liegt nicht allein an der Tatsache, ob das Gebiet ländlich oder städtisch ist, sondern ob das Angebot vorhanden ist oder nicht. Diese These vertritt auch der Barmer GEK Pflegebericht: „Unterschiede in den Versorgungsarrangements sind somit in erheblichem Umfang auf Unterschiede in den Angebotsstrukturen zurückzuführen, und im ambulanten Pflegebereich scheint sich somit zu zeigen, dass ein Angebot (an ambulanter Pflege in Ostdeutschland) sich auch seine Nachfrage (an mehr ambulanten Leistungen) schafft.“³¹

Untermauert wird das mit den Aussagen in der Erhebung: Auf die Frage „Haben Sie den Eindruck, dass die Nachfrage nach Dienst- und Pflegeleistungen oft höher ist, als Sie erbringen können?“ antworteten 7 mit „ja“, 7 mit „Nein“, einer machte keine Angaben. In der Überprüfung wurden in den Bereichen mit größerer Versorgungsdichte eher mit „Ja“ geantwortet.

Wenn also gewollt ist, dass die ambulante Pflege Vorrang vor der stationären Aufnahme hat, muss dieses Angebot ausgebaut werden.

Das allerdings stößt an Grenzen: 13 von 15 Pflegediensten haben **Schwierigkeiten, geeignetes Personal zu finden**. Personal – das heißt in der Mehrheit Mitarbeiterinnen, wie die folgende Grafik belegt:



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

Nicht allein die Qualifikation ist dabei das Hemmnis, sondern auch die Arbeitszeiten. Wenn man sich die Altersstruktur bei den Frauen anschaut, so erkennt man genau da auch Altersspannen, die typisch für Pflegezeiten innerhalb der eigenen Familie sind, das heißt Kinderbetreuung im früheren Alter und Pflegezeiten für Elternteile in späteren Jahren. Zwar ist die Mehrheit der Mitarbeiterinnen in Teilzeit angestellt, aber die Pflegezeiten der Familienmitglieder überschneiden sich mit denen, die auf den ambulanten Dienst angewiesen sind. So ist es ein erhebliches Problem, dass die derzeitige Betreuungszeit der Kinder im Kindergarten nicht ausreicht, um für die Nachmittags- und Abendpflege beruflich zur Verfügung zu stehen.

³⁰ Vgl. S. 18 Leistungen nach dem SGB XI, 4. Fortschreibung

³¹ Barmer GEK Pflegebericht 2014, S. 114

Neben der Ausbildung von Fachkräften sind also auch diese Rahmenbedingungen wesentlich, um den Sektor ausbauen zu können.

Im Dezember 2013 arbeiteten im Landkreis 523 Personen bei ambulanten Pflegediensten, die überwiegende Mehrzahl davon in Teilzeit.

7 von 15 Pflegediensten wollen ihr Angebot erweitern – und benötigen dementsprechend Personal.

Was bieten die Pflegedienste zusätzlich an? Mit wem arbeiten sie zusammen? Wie schätzen sie den Bedarf an weiteren Angeboten ein?

14 von 15 Pflegediensten bieten niedrigschwellige Betreuungsleistungen nach § 45 a SGB XI an.

Zu weiteren Angeboten zählen:

Antwort	Ja	Nein	Keine Angabe
Selbsthilfegruppen/Helferkreise	4	10	1
Informationsveranstaltungen/Schulungen	8	6	1
ambulante Nachtpflege	4	10	1
Anderes (unsortierte Reihenfolge, jede Nennung unabhängig von der Häufigkeit aufgeführt): Vermittlung, Tagespflege und SGB V – Versorgung, Kurzzeitpflege, Tagespflege, Fahrdienst, Essen auf Rädern, Servicewohnen			

Wie schätzen Sie in Ihrem Einzugsgebiet Bedarf und Angebot bei der Tagespflege ein?		Wie schätzen Sie in Ihrem Einzugsgebiet Bedarf und Angebot bei der Nachtpflege ein?	
Angebot nicht vorhanden und nicht notwendig	2	Angebot nicht vorhanden und nicht notwendig	8
Angebot nicht vorhanden, aber notwendig	0	Angebot nicht vorhanden, aber notwendig	0
Angebot vorhanden, Kapazität höher als Bedarf	0	Angebot vorhanden, Kapazität höher als Bedarf	0
Angebot vorhanden, Kapazität entspricht dem Bedarf	8	Angebot vorhanden, Kapazität entspricht dem Bedarf	2
Angebot vorhanden, Kapazität nicht ausreichend	3	Angebot vorhanden, Kapazität nicht ausreichend	0
Keine Angabe	2	Keine Angabe	5

Bedarf an ambulanter Palliativversorgung/Sterbebegleitung sehen 10 von 15 Pflegediensten, 4 sehen keinen Bedarf, einer machte keine Angabe. Unterstützung in diesem Bereich bieten 9 von 15, 5 haben dieses Angebot nicht, ein Pflegedienst machte keine Angabe. Weitere Ausführungen zum Thema Hospiz und Sterbebegleitung folgen im Kapitel 5.

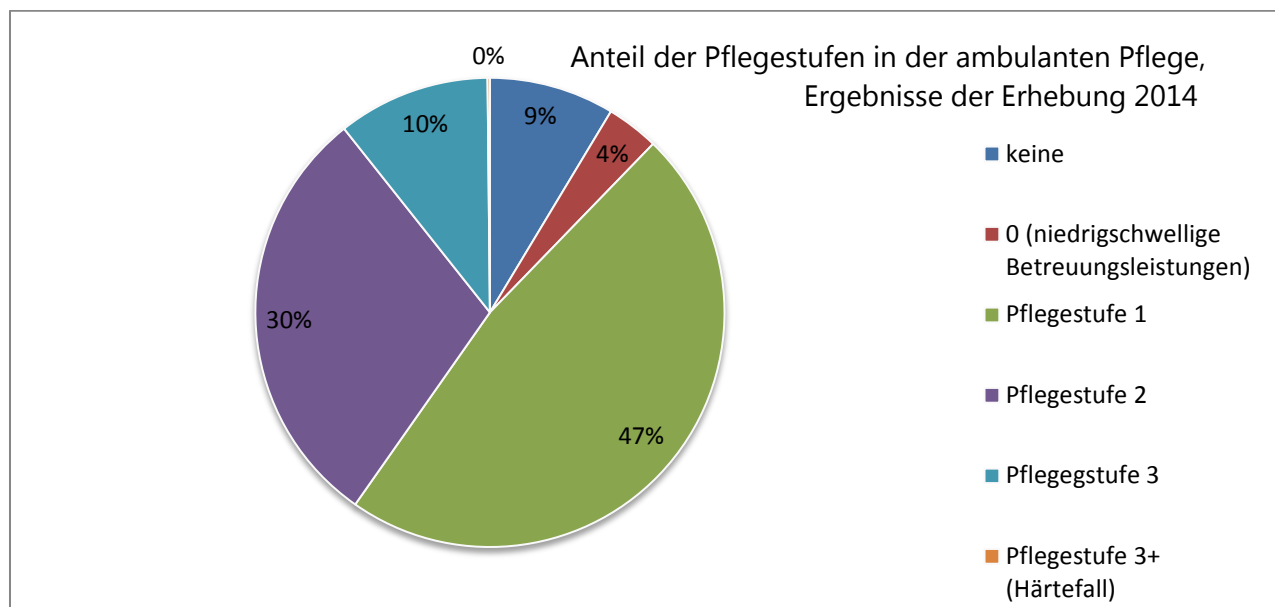
Mit weiteren sozialen/medizinischen Institutionen arbeiten 12 von 15 Pflegediensten zusammen, 2 nicht, einer wiederum gab nichts an. Die Ergebnisse sind (unsortierte Reihenfolge, jede Nennung unabhängig von der Häufigkeit aufgeführt):

Ambulante Hospizdienste und stationärer Hospiz, Sanitätshäuser, Apotheken, Krankenhäuser, Geriatrie, Kreisdiakoniestelle, Stationäre Pflegeeinrichtungen, SOS-Hausnotruf, Fußpflege, Essensversorger, Tageskliniken, Kurzzeitpflegen, Krankenkassen, Ergo-, Logo-, Podologie- und Physiotherapieeinrichtungen, Tumorzentrum, Haus- und Fachärzte, Selbsthilfegruppe, sozialer Träger

Maßgeblich häufiger sind Partner aus dem medizinischen Bereich aufgeführt. Das entspricht auch dem Pflegeauftrag. Es bleibt darüber hinaus nachzudenken, ob sich nicht auch Erleichterungen bei der Unterstützung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ergeben, wenn die Zusammenarbeit mit Partnern aus dem sozialen Sektor verstärkt wird. Zum Beispiel können die Angebote für Demenzerkrankte und deren Angehörige (wie beispielsweise durch die AWO in Schmalkalden und das Seniorenbüro in Meiningen) für die Familien im Pflegealltag hilfreich sein.

Zu den Angaben der durch die ambulanten Dienste betreuten Personen ist vorweg folgendes festzustellen: Die Daten des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS) beziehen sich ausschließlich auf Personen mit Pflegestufe. In der Erhebung des Landratsamtes werden alle Betreuten berücksichtigt. Wenn im Dezember 2013 laut TLS 1.342 Pflegebedürftige ambulant versorgt wurden und im Dezember 2014 in der Erhebung des Landkreises von allein 15 Pflegediensten 1.217 Personen angegeben werden, wird eine Differenz erkennbar zwischen statistischem Zahlenmaterial und reellem Arbeitsaufwand.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der Pflegestufen der ambulant betreuten Personen:



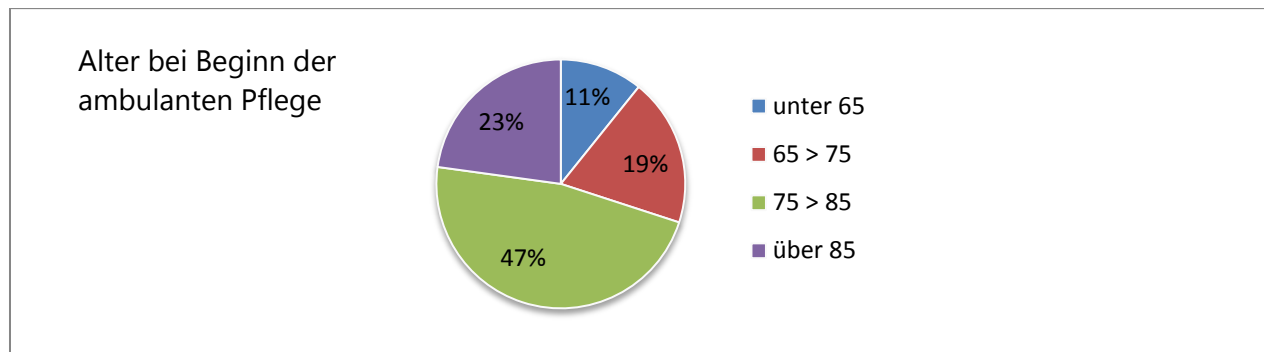
Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Den Großteil nehmen Personen mit Pflegestufe 1 ein, darauffolgend Personen mit Pflegestufe 2. Das entspricht den Anteilen nach auch den Ergebnissen des Thüringer Landesamtes für Statistik von 2013.³²

³² Statistischer Bericht K VIII – 2j/13, S. 20

Die Auskunft der Erhebung zum Geschlechterverhältnis ist wenig überraschend: 70 Prozent der ambulant gepflegten Personen sind weiblich, 30 Prozent männlich.

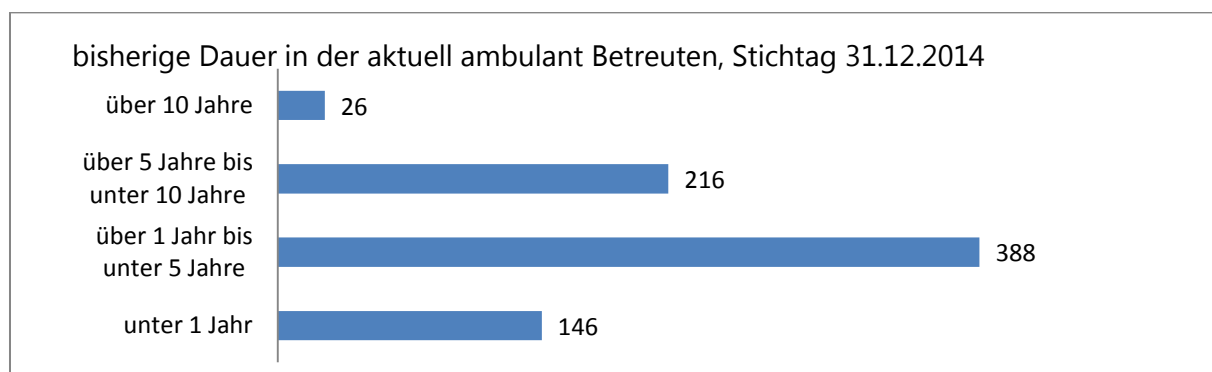
Zum Alter bei Beginn der Pflege wurden zu 863 Personen Angaben gemacht. Die Ergebnisse in der Verteilung zeigt die folgende Grafik auf:



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Mit knapp der Hälfte sind die meisten Personen bei Beginn der ambulanten Pflege zwischen 75 und 85 Jahre alt. Knapp ein Viertel ist bereits über 85 Jahre.

Auch zur bisherigen Dauer der ambulanten Betreuung wurden nicht für alle angezeigten Personen Auskunft erteilt. Die Zahl der ausgewerteten Personen beläuft sich hier auf 776. Die Anzahl der Personen je Zeitspanne ist neben dem Balken dargestellt.



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Im Übrigen ist der Großteil der ambulant Versorgten auch im Landkreis gemeldet. Nur 2 Prozent werden in angrenzenden Landkreisen versorgt. Andererseits ist derzeit nicht eruiert, ob Bewohner des Landkreises „angrenzende“ Pflegedienste in Anspruch nehmen.

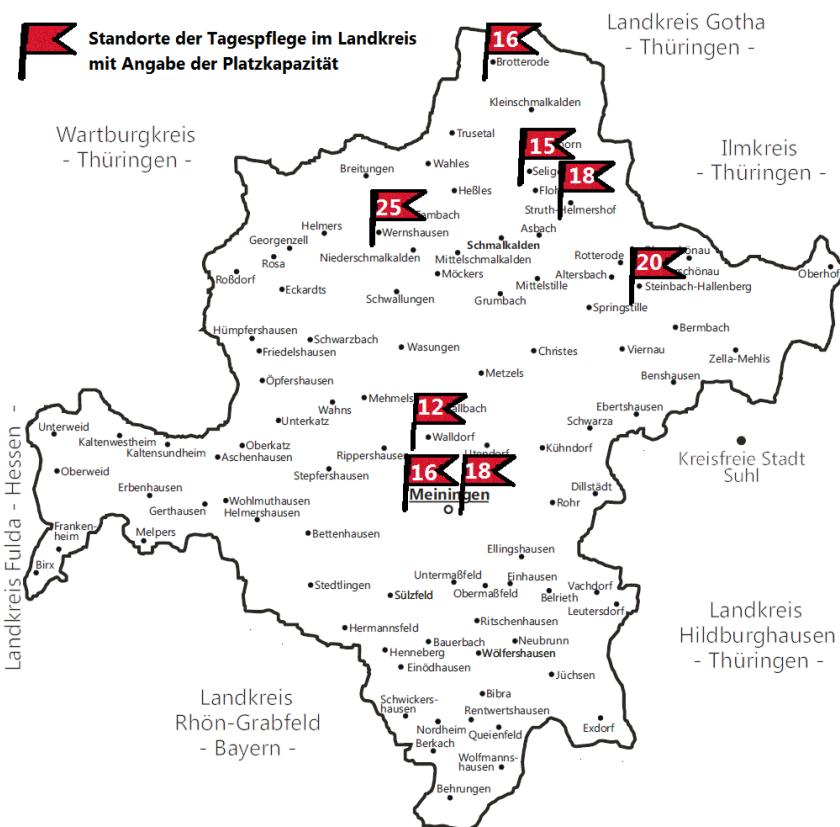
4.4. Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege beschreibt die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer Tagespflegeeinrichtung durch professionelle Pflegekräfte. Es ist ein spezielles Betreuungs- und Pflegeangebot, um im Behinderten- und Seniorenbereich die Selbstständigkeit des Betroffenen weitestgehend aufrecht zu erhalten und das eigenständige Wohnen in gewohnter Umgebung weiterhin zu fördern. Neben pflegerischen Leistungen wird auch die Verpflegung des Pflegebedürftigen übernommen sowie die Beförderung des Betroffenen sichergestellt.

Die Tagespflege dient der Sicherstellung und Ergänzung der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in ihrer Häuslichkeit. Vordergründig ermöglicht sie eine zeitweise Entlastung der pflegenden Angehörigen. Insofern tragen diese Einrichtung dazu bei, die vollstationäre Unterbringung und damit die Ausgliederung aus dem familiären Gefü-

ge zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Tagespflege dient aber auch einer Wiederherstellung der selbständigen Lebensführung nach einem Krankenhausaufenthalt, ebenso der Aktivierung und Rehabilitation.

Eine besondere Bedeutung haben teilstationäre Angebote für die Betreuung von Menschen mit Demenz. Dies stellt für Betroffenen und ihre Angehörige eines der wichtigsten Entlassungsangebote dar, um die ambulante Betreuung im häuslichen Bereich abzusichern. Die fachlichen Angebote für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen liegen in den Bereichen der sozialen Betreuung, die Strukturierung des Alltags, der Arbeit mit den Angehörigen, Freunden und Nachbarn, das Training zur Erhaltung bestimmter Fähigkeiten sowie in beschäftigungs- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen.



Derzeit gibt es von sechs Anbietern **acht Standorte** teilstationärer Pflegeeinrichtungen im Landkreis. Die nebenstehende Grafik zeigt die Verteilung im Landkreis.

Alle Standorte nahmen an der Erhebung der Sozialplanung für den Stichtag 31.12.2014 teil. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Die Gesamtkapazität beträgt landkreisweit **140 Plätze**. Nicht jeder Gast der Tagespflege nutzt das Angebot an allen Werktagen. So ist es durch Tagesbesucher möglich, mehr Personen aufzu-

nehmen. Zum 31.12.2014 nutzten somit **194 Personen** die teilstationäre Pflege.

Die durchschnittliche Auslastung des Angebotes wird mit einer Differenz zwischen 85 und 96 Prozent angegeben. Wartelisten führen 5 von 8 Einrichtungen. Ein zunehmender Bedarf an Nachtpflege wird nur von einer Einrichtung angegeben, verallgemeinernd kann also derzeit nicht davon ausgegangen werden.

Für Angehörige bieten 5 von 8 Einrichtungen Selbsthilfegruppen/Helferkreise an und 7 von 8 Einrichtungen führen Informationsveranstaltungen/Schulungen durch.

7 von 8 Einrichtungen gaben an, mit weiteren sozialen/medizinischen Institutionen zusammenzuarbeiten. Eine Einrichtung machte dazu keine Angaben. Die Ergebnisse sind (unsortierte Reihenfolge, jede Nennung unabhängig von der Häufigkeit aufgeführt): ambulante Pflegedienste, Kurzzeitpflegen, stationäre Pflegeheime, Seniorengruppen, Kreisdiakoniestelle, Tageskliniken, Geriatrie, Hausärzte, Sanitätshäuser, Ergo-, Logo-, Podologie- und Physiotherapieeinrichtungen, Krankenhäuser, Schulen, Kirchengemeinde, Kindergarten, Krankenkasse/Pflegekasse, Haus- und Fachärzte, Sanitätshäuser, Apotheken, Selbsthilfegruppen, ambu-

lanter Hospizdienst. Ebenso wie im Bereich der ambulanten Pflege ist hier der Hinweis gegeben, dass die Vernetzung auch mit weiteren sozialen Institutionen und Beratungsstellen für die Unterstützung der Angehörigen hilfreich wirkt.

Zu den Nutzern der Tagespflege: Woher kommen Sie? Welcher Pflegebedarf besteht? Wie lange gehen sie in die Tagespflege?

Aufgrund der Fahrtstrecken konzentrieren sich die Wohnorte der Tagespflege-Gäste an den unmittelbaren oder angrenzenden Gemeinden der teilstationären Pflegestätten. Durch die Verteilung der Tagesstätten können Pflegebedürftige aus dem Großteil des Landkreises das Angebot nutzen.

Am meisten in Anspruch genommen wird die Tagespflege von Personen aus Schmalkalden. Die nächstgrößeren Anteile haben die Stadt Meiningen und die Verwaltungsgemeinschaft Wasungen-Amt Sand. Hohe Nutzerzahlen haben im Grunde der gesamte obere und mittlere Bereich des Landkreises. Die westlichen und südlichen Gemeinden des Landkreises gehören, wenn auch mit geringerer Zahl, zum Einzugsgebiet der Einrichtungen in Meiningen.

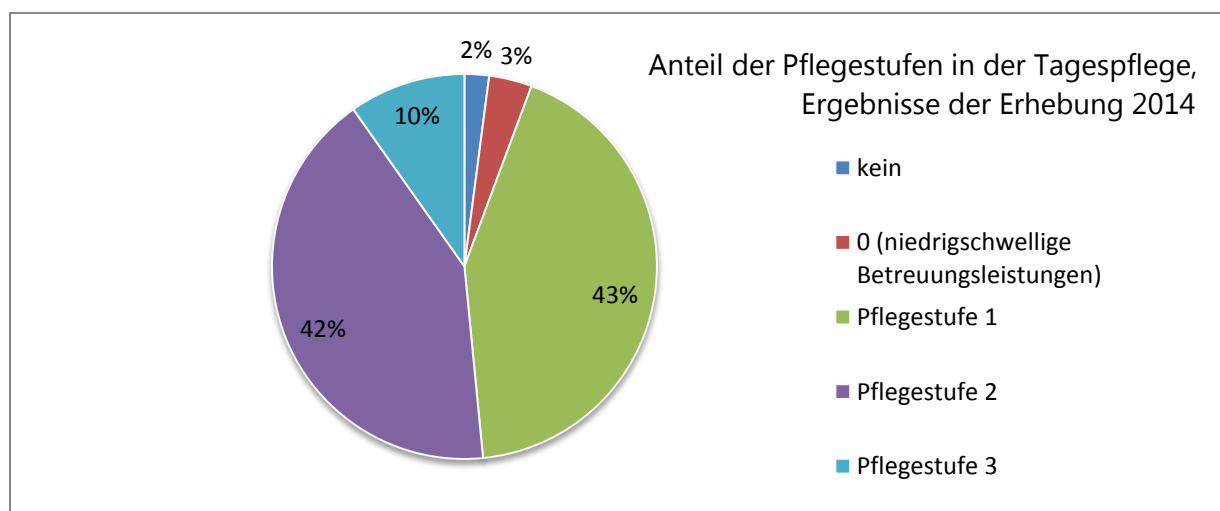
In Relation zu den Einwohnerzahlen fällt auf, dass Senioren weder aus Oberhof noch Zella-Mehlis die Tagespflege im Landkreis nutzen. Allerdings berücksichtigt die Erhebung ausschließlich Tagespflegen innerhalb des Landkreises Schmalkalden-Meiningen. Eine telefonische Anfrage ergab, dass Personen aus dem Landkreis durchaus die Angebote in Suhl besuchen.

Die Annahme ist naheliegend, dass Pflegebedürftige die Tagespflegestätte in erster Linie – unabhängig von Landkreisgrenzen – nach räumlicher Nähe und freier Kapazität wählen.

Allerdings kommen insgesamt bei den befragten Einrichtungen 98 Prozent der Personen aus dem Landkreis selbst und nur 2 Prozent aus dem Wartburgkreis und Suhl.

Alle befragten Einrichtungen betreuen auch an Demenz erkrankte Personen. In den einzelnen Standort schwankt der Anteil zwischen 39 und 89 Prozent. **Im Durchschnitt sind 55 Prozent der durch die Tagespflege betreuten Personen an Demenz erkrankt.**

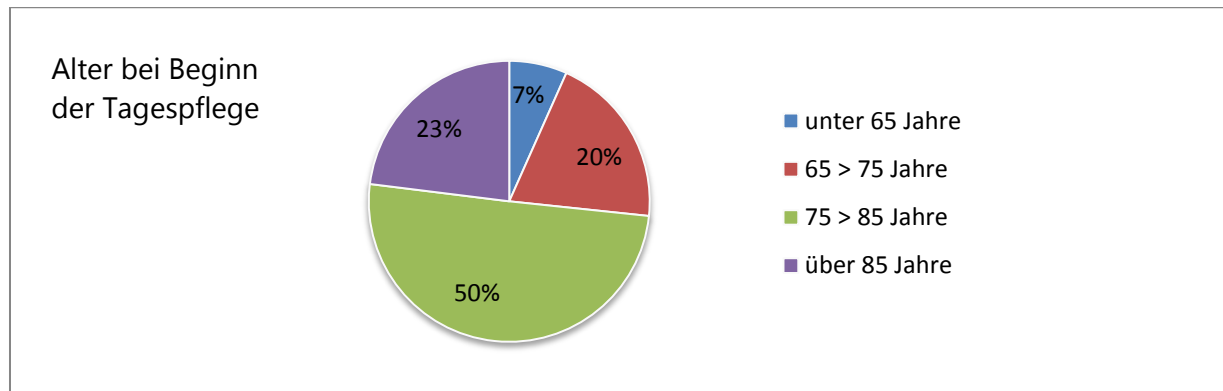
Die Aufteilung der Pflegestufen der in der Tagespflege betreuten Personen ist in der folgenden Grafik aufgestellt:



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

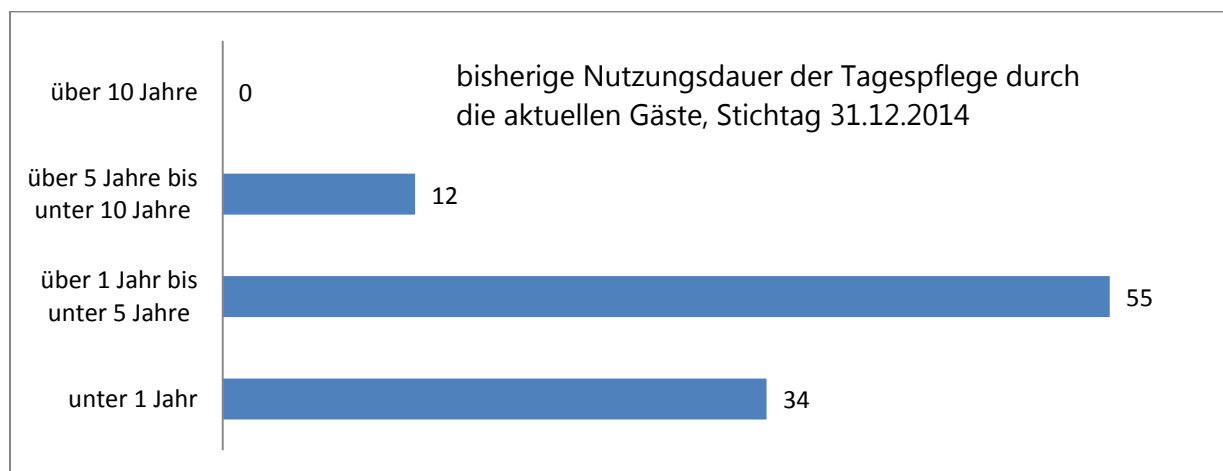
Pflegestufe 1 und Pflegestufe 2 halten sich mit den größten Anteilen die Waage. Zukünftig wird es durch das neue Pflegestärkungsgesetz attraktiver sein, auch an Demenz erkrankte Personen ohne Pflegestufe in der Tagespflege betreuen zu lassen.

Zum Alter bei Beginn der Tagespflege wurden zu 165 der Personen Angaben gemacht. Diese Angabe soll einen Eindruck geben, ab welchen Altersstufen dieses Angebot relevant wird und Beobachtungen zulassen, ob sich das im Laufe der nächsten Jahre ändert. Die folgende Grafik zeigt die Häufigkeiten der Altersstufen bei Eintritt in die Tagespflege:



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Um die einzelnen Pflegeangebote vergleichen zu können, ist hier auch für den Bereich der Tagespflege die Übersicht zur durchschnittlichen Nutzungsdauer dargestellt. Zu 101 Personen wurden Angaben gemacht, die Personenzahl pro Zeitspanne ist neben dem Balken vermerkt:



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Aufgrund der anzunehmenden Entwicklung des Pflegebedarfes und auch des gerontopsychiatrischen Betreuungsbedarfes ist davon auszugehen, dass auch die Tagespflege mit zunehmenden Kapazitäten rechnen kann. Bislang hat eine der acht Einrichtung angegeben, die Anzahl der Plätze zu erhöhen.

Die Personenzahl derer, die teilstationäre Pflege in Anspruch nehmen, erhöht sich stetig (siehe Abb. S. 20). Die Platzzahl in der Zeit zwischen 2008 und 2012 wurde landkreisweit von 118 um 22 Plätze erweitert. Allerdings haben sich in dieser Zeit Anbieter mit Standortschließung auch wieder zurückgezogen. Daher ist von einer schwierigen wirtschaftlichen Rentabilität des Angebotes auszugehen. Daher ist das Ziel des neuen Pflegestärkungsgesetzes, auch das Angebot der Tagespflege zu unterstützen.

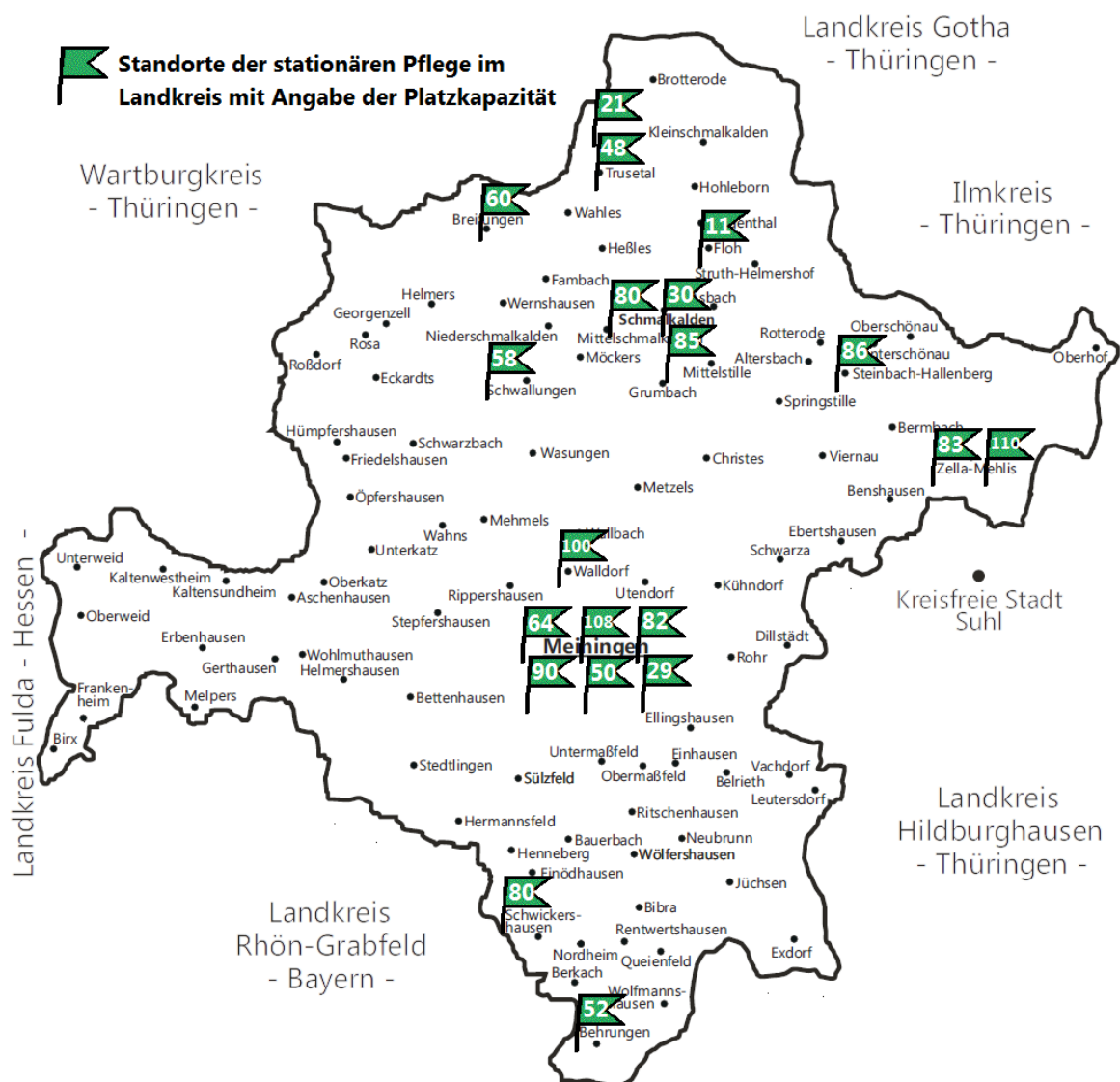
Für die Versorgung im Landkreis ist es notwendig, die Gebiete mit geringerer Angebotsstruktur zu stärken, zum Angebot zu beraten und die Vernetzung mit anderen Institutionen zu fördern.

4.5. Stationäre Pflege

Die stationäre Pflege, also die Vollzeitversorgung in Einrichtungen, beschreibt die Pflege außerhalb von der eigenen Wohnung, durchgeführt durch qualifiziertes Berufspersonal. Diese Form der Pflege befindet sich in einem Diskurs zwischen Notwendigkeit und unfreiwilliger Inanspruchnahme.

Bevor auf diesen Diskurs näher eingegangen wird - wie stellt sich die Situation derzeit im Landkreis dar?

Derzeit gibt es im Landkreis **20 Einrichtungen stationärer Pflege** von 18 Anbietern. 12 der Anbieter gehören der freien Wohlfahrt an, 6 sind privat. Die räumliche Verteilung zeigt sich folgendermaßen:



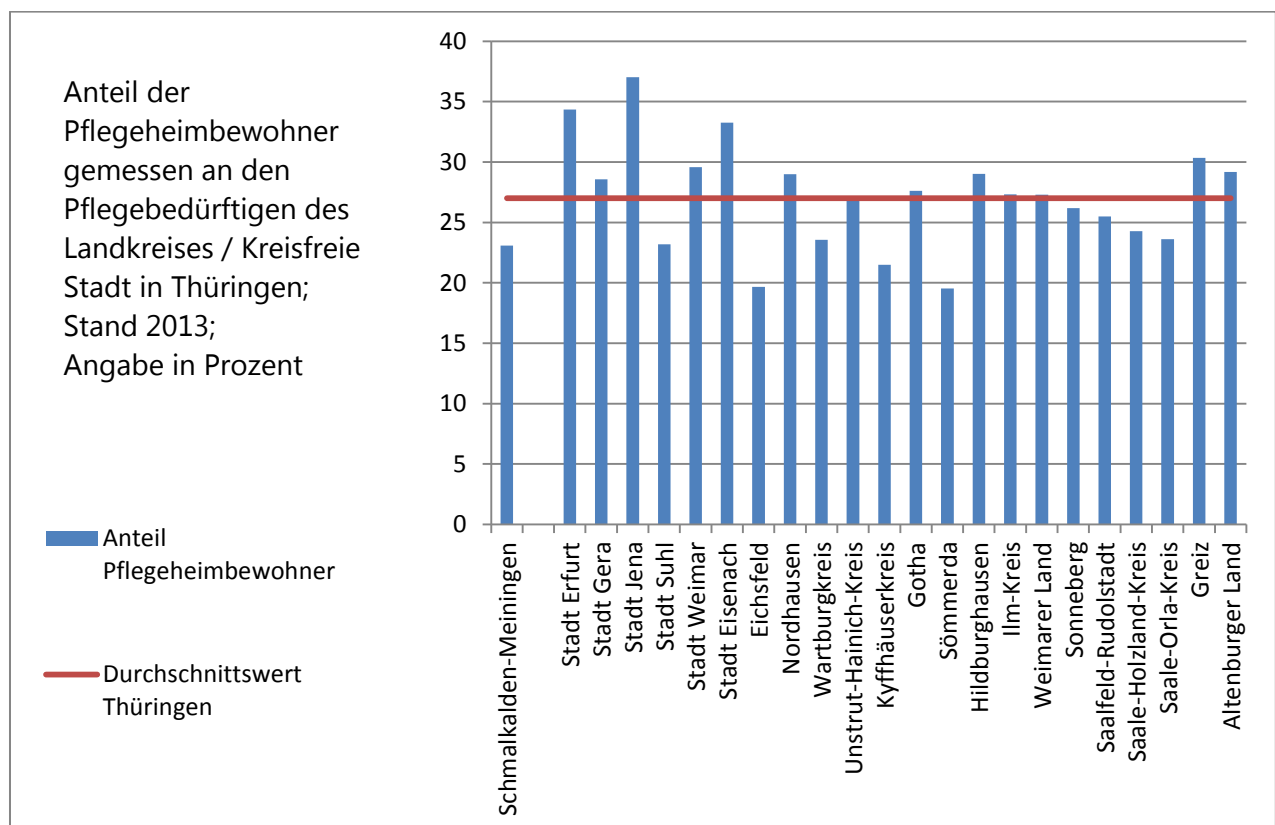
Insgesamt ergibt sich eine Gesamtkapazität von **1.327 stationären Pflegeplätzen im Landkreis**. Darin enthalten sind auch die Kurzzeitpflegeplätze. Die mit Abstand größte Anzahl davon befindet sich in Meiningen. Hier gibt es 423 stationäre Pflegeplätze. Fast gleichauf folgen mit 195 Plätzen Schmalkalden und mit 193 Zella-Mehlis. Bis auf den Westen des Landkreises sind weitere Angebote auch im dörflichen Bereich verteilt.

Die Gesamtkapazität im Landkreis hat sich seit 2008 um 318 Plätze erhöht. Unmittelbar geplante Erweiterung um insgesamt 34 Plätze gibt es bei den bestehenden Anbietern. Ein neues Pflegeheim mit 80 Plätzen ist in Schmalkalden vorgesehen. Die Eröffnung ist für Anfang 2017 geplant.

Der 1. Thüringer Seniorenbericht zeigt auf, dass der **Landkreis Schmalkalden-Meiningen thüringenweit die meisten stationären Pflegeeinrichtungen** aufweist. Auch bei der thüringenweiten prozentualen Verteilung vollstationär betreuter Pflegebedürftiger liegt der Landkreis Schmalkalden-Meiningen nach der Stadt Erfurt an der Spitze.³³

Bei diesen Angaben ist zu beachten, dass das Thüringer Landesamt für Statistik auch die Tagespflegestätten zu stationären Einrichtungen zählt. Zur Größe beziehungsweise Platzzahl der stationären Einrichtungen wird in diesem Zusammenhang kein Bezug genommen.

Der Sachverhalt einer hohen vollstationären Versorgung relativiert sich, wenn der Bezug auf die Pflegebedürftigen insgesamt genommen wird.



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

In Thüringen befinden sich durchschnittlich 27 Prozent aller Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung – einem Pflegeheim. Im Landkreis Schmalkalden-Meiningen beträgt der Anteil 23 Prozent. Damit liegt er mit der Stadt Suhl und den Landkreisen Eichsfeld, Kyffhäuserkreis und Sömmerda thüringenweit auf den unteren Rängen.

³³ Vgl. 1. Thüringer Seniorenbericht, S. 59

Zusammenfassend wird noch einmal festgehalten: In unserem Landkreis haben wir eine sehr hohe Zahl an Pflegebedürftigen. Daraus ergibt sich auch eine hohe Summe an vollstationär untergebrachten Personen. Dennoch wird im Landkreis verglichen mit den anderen Thüringer Kreisen und kreisfreien Städten mehr Pflegeleistung außerhalb eines Heimes erbracht, so dass die Menschen in ihrer angestammten Wohnumgebung bleiben können. Es gilt, das auch in der zukünftigen Entwicklung zu halten oder besser noch den Anteil zu verringern.

Zur besseren Einschätzung erfolgte ebenso wie zu den anderen Pflegebereichen auch eine Fragebogen-Erhebung zur Situation der stationären Pflegeeinrichtungen. Alle Pflegeeinrichtungen haben sich an der Erhebung der Sozialplanung beteiligt. Die Ergebnisse sind nachfolgend dargestellt. Dabei wird die Angabe von stets 19 Einrichtungen gemacht, da ein Träger zwei Standorte zusammen bewertete.

Die Übersicht gewährt einen Einblick über die Belegung der hiesigen Pflegeheime:

Belegung der vollstationären Einrichtungen zum Stichtag 31.12.2014

Pflegeeinrichtung	Kapazität	Belegung gesamt		Belegung LK		Belegung außerhalb LK	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Behrungen (Seniorenwohneinrichtung) 31.12.2008	52	48	92	23	48	25	52
	52	7	13	1	14	6	86
Breitungen 31.12.2008	60	58	97	34	59	24	41
	60	56	93	35	63	21	37
Floh 31.12.2008	11	9	82	8	89	1	11
	11	11	100	11	100	0	0
Meiningen (AWO - 2 Standorte) 31.12.2008	140	138	99	119	84	19	16
	129	127	98	106	83	21	17
Meiningen (DRK - 2 Standorte) 31.12.2008	111	109	98	81	74	28	26
	111	110	99	92	84	18	16
Meiningen (Lebenshilfe) ab 01.01.2011	64	63	98	56	89	7	11
Meiningen (Vitalis) ab 01.02.2010	108	102	94	91	89	11	11
Schmalkalden (Am Schloss) ab 01.03.2011	80	78	98	73	94	5	6
Schmalkalden (CWS) 31.12.2008	30	30	100	30	100	0	0
	30	30	100	20	67	10	33
Schmalkalden (Seniorenpark) 31.12.2008	85	84	99	76	89	9	11
	85	85	100	79	93	6	7
Schwickershausen 31.12.2008	80	69	86	51	74	18	26
	82	72	88	39	54	33	46
Steinbach Hallenberg 31.12.2008	86	86	100	83	97	3	3
	86	85	99	76	89	9	11
Trusetal (Waldblick) 31.12.2008	21	21	100	20	95	1	5
	15	15	100	12	80	3	20
Trusetal (AWO) ab 01.04.2012	48	47	98	39	83	8	17
Walldorf 31.12.2008	100	97	97	92	95	5	5
	100	100	100	89	89	11	11
Zella-Mehlis (AWO) 31.12.2008	83	82	99	59	72	23	28
	83	79	95	15	19	64	81
Zella-Mehlis (DRK) 31.12.2008	110	105	95	k.A.		k.A.	
	109	108	99	72	67	36	33
Zillbach 31.12.2008	58	57	98	48	84	9	16
	56	56	100	53	95	3	5

(k.A.: keine Angabe)

Die Angaben der Pflegeeinrichtungen zur allgemeinen Auslastung im Gesamtjahr 2014 (also nicht nur am Stichtag) schwankten zwischen 87 und 100 Prozent. Zum Stichtag 31.12.2014 betrug die durchschnittliche Auslastung 97 Prozent.

16 von 19 Einrichtungen – und damit die überwiegende Mehrheit – führen eine Warteliste.

Vergleicht man die Angaben, die sowohl von 2008 als auch 2014 vorliegen, erkennt man einen Anstieg der Belegung aus dem Landkreis. Das heißt, die vorhandenen Plätze werden mehr durch Personen belegt, die auch vorher im Landkreis wohnten.

Es zeigt sich eine deutliche Tendenz, dass die meisten der Heimbewohner auch aus der unmittelbaren Umgebung kommen.

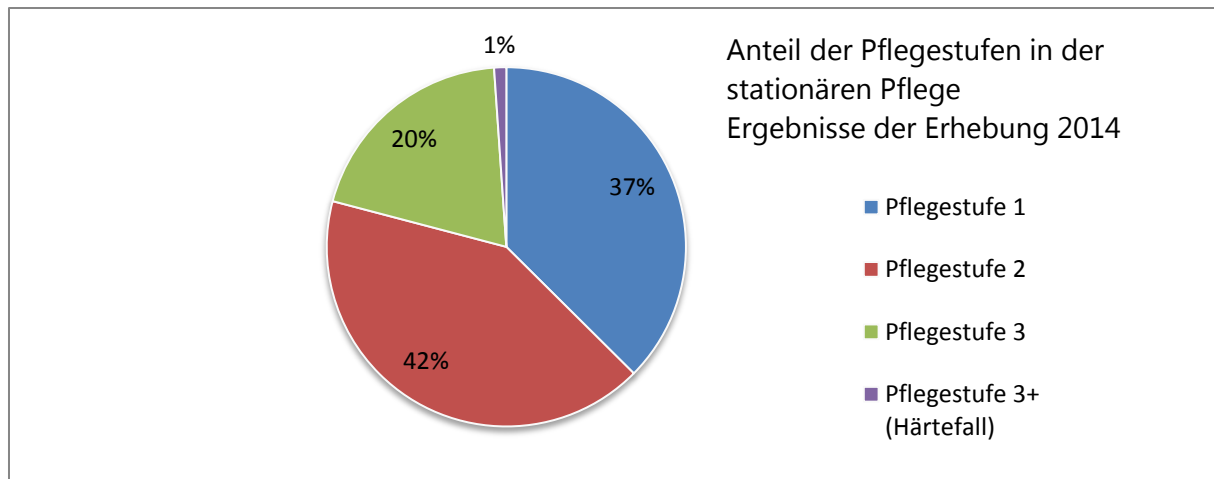
Von den stationären Einrichtungen gibt es einen Anbieter mit ausschließlich festen Plätzen für die **Kurzzeitpflege**. Zwei Träger machten zur Frage „Wie viele Kurzzeitplätze gibt es in Ihrer Einrichtung?“ keine Angabe. Bei den 16 weiteren sind zwar keine Plätze ausschließlich für die Kurzzeitpflege vorgesehen, aber bei ausreichender Kapazität besteht die Möglichkeit, auch diese dort in Anspruch zu nehmen. Den **Bedarf** an diesem Angebot schätzten 12 Einrichtungen als steigend ein, 6 als unverändert, eine gab keine Angabe zu dieser Frage.

Zu weiteren Angeboten für Pflegebedürftige oder deren Angehörige zählen:

Antwort	Ja	Nein	Keine Angabe
Selbsthilfegruppen/Helferkreise	2	10	7
Informationsveranstaltungen/Schulungen	11	4	4
Ambulante Tagespflege	2	11	6
ambulante Nachtpflege	2	11	6
Anderes (unsortierte Reihenfolge, jede Nennung unabhängig von der Häufigkeit aufgeführt): Pflegestammtisch, Gesprächskreise, Singgruppe, Angehörigenabende, Feste, Angehörigen-Sprechtag, ambulante Pflege, Betreuung, Essen auf Rädern, Fahrdienst, Service-Wohnen, Heim- und Angehörigenbeirat			

Mit weiteren sozialen/medizinischen Institutionen arbeiten 14 von 18 Pflegediensten zusammen, 4 andererseits nicht. Die Ergebnisse sind (unsortierte Reihenfolge, jede Nennung unabhängig von der Häufigkeit aufgeführt): Fachverbände, ambulanter und stationärer Hospiz, Sozialdienste der Krankenhäuser und Reha-Kliniken, Trachtengruppe, Kindergärten, Schulen, ausbildende Schulen, soziale Institutionen, Chöre und Instrumentalgruppen, Kirche, Bibliothek, Gemeinde/Stadt, Vereine der Umgebung, Krankenkasse/Pflegekasse, weitere Pflegeanbieter, Haus- und Fachärzte, Geriatrie, Sanitätshäuser, Apotheken, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretung, Behinderteneinrichtungen.

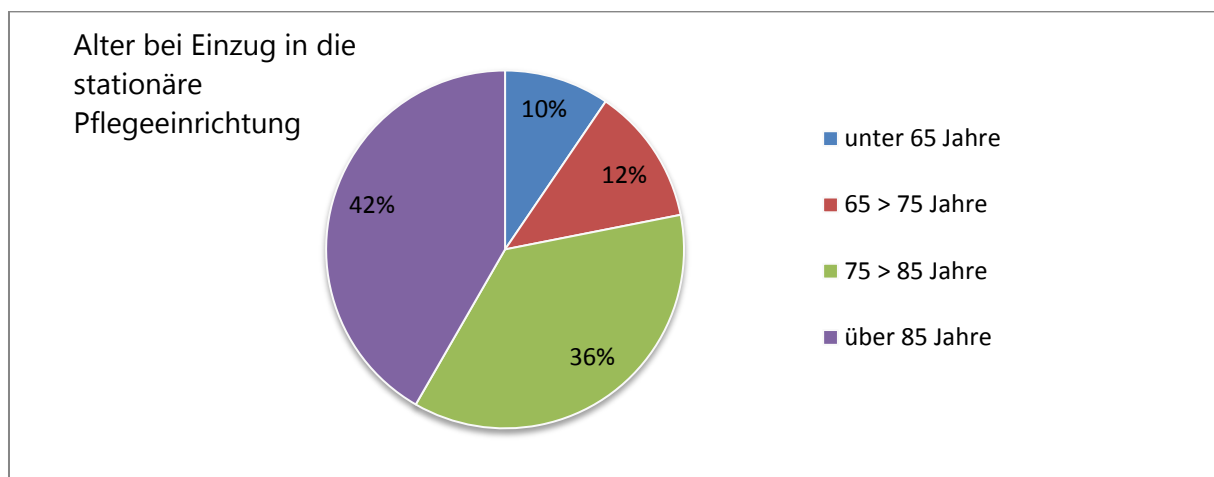
Zur differenzierten Betrachtung der Pflegebedürftigen im stationären Bereich, wird als erste Angabe auch hier die Aufteilung der Pflegestufen aufgezeigt. Zu allen 1.283 Pflegebedürftigen, die am 31.12.2014 in einer stationären Einrichtung im Landkreis wohnten, wurden dazu Angaben gemacht.



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Den größten Anteil in der stationären Pflege nehmen Personen mit Pflegestufe 2 in Anspruch. Mit nur geringem Abstand folgt der Anteil mit Pflegestufe 1. Ein Fünftel der Belegungen erfolgt mit Pflegebedürftigen in Stufe 3 und mit Abstand den geringsten Anteil nehmen mit nur einem Prozent die Pflegebedürftigen der Pflegestufe mit Härtefallregelung ein.

Der nächste Aspekt, der nachgefragt wurde, ist das Alter bei Einzug in die Einrichtung. Hier wurden zu 1.178 Personen Angaben gemacht. Die Grafik zeigt die Verhältnisse zwischen den Altersgruppen an:



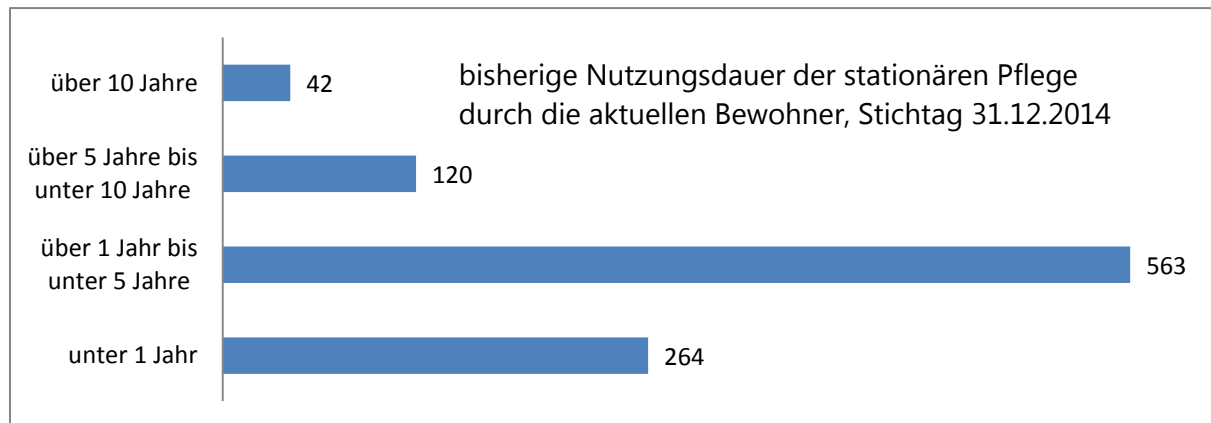
Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Deutlich wird hier aufgezeigt, dass über drei Viertel der angegebenen Personen, die zum Stichtag der Erhebung 2014 in einem Pflegeheim wohnen, ab dem 75. Lebensjahr dort einziehen.

In den einzelnen Altersstufen nehmen die über 85-Jährigen den höchsten Anteil ein. Damit unterscheidet sich nachweislich die stationäre Heimpflege zu den anderen Angeboten, die von zu Hause aus angenommen werden können. Erst wenn diese nicht mehr ausreichend im Pflegealltag unterstützen können und kein weiterer Verbleib zu Hause mehr möglich ist, wird im hohen Alter der Umzug in ein Pflegeheim in Kauf genommen.

Wie lange die stationäre Pflege für den einzelnen dauert, hängt natürlich von individuellen Faktoren ab. Von 989 Personen wurden Angaben gemacht, wie lange sie bereits die Pflege im

Heim nutzen. Zu beachten ist hier, dass einige der stationären Einrichtungen erst in den letzten Jahren eröffnet wurden:



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Hier zeigt die Momentaufnahme, für welchen Zeitraum man sich – statistisch gesehen – auf den Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung einrichten kann.

Warum gibt es wenige, die freiwillig in ein Pflegeheim wollen? Welche Alternativen gibt es?

Diesem Diskurs widmet sich Thomas Klie in seinem Buch „Wen kümmern die Alten?“. Auf der einen Seite beschreibt er, wie Pflege ökonomisch erwerbswirtschaftlich profitabel geworden ist, sie nach innen reglementierend auf Bewohner wirkt und nach außen als abgeschlossenes System.

Der wesentliche Punkt, warum es Menschen so schwer fällt, sich in ein Heim zu begeben, scheint in folgenden Punkten zu liegen: das Aufgeben von Selbstständigkeit und individueller Tagesgestaltung, ein Gefühl des Abgeschoben-Seins und Nicht-mehr-dazu-gehörens.

Auf der anderen Seite werden von den Autoren besonders günstige Bedingungen für Pflegebedürftige erkannt in Bezug auf Versorgung und Teilhabe. Zumal Pflegeheime auch als Lernorte neuer Formen der Pflege fungieren können. Eine Veränderung der vorherrschenden Haltung, besonders der profitgesteuerten Unternehmenshaltung, hält er für unabdingbar.

„Alexander Künzel, Chef der Bremer Heimstiftung und Vordenker der deutschen Heimszene, hält eine Reduzierung der Heimplätze um 50 Prozent für geboten und setzt auf kleinräumige Versorgungseinheiten mit Quartiersbezug.“³⁴

SONG – Netzwerk „Soziales neu gestalten“ wird dabei als Ansatz vorgestellt, die traditionelle Aufstellung der stationären Pflege zu ändern und einen lokalen Quartiersbezug zu schaffen.

„Heime können und werden auch weiterhin wichtige Versorgungsfunktionen übernehmen. Sie werden diesen Aufgaben gerade dann in besonders guter Weise nachkommen können, wenn sie sich bis hinein in ihre ökonomischen Logiken für ihre jeweilige Umgebung konzeptionell öffnen und in diese Öffnung und in ihre Verantwortung für den Ort investieren.“³⁵ Aber auch die Zivilgesellschaft ist aufgerufen, Verantwortung für Heimbewohner zu übernehmen und Kontakte zu schaffen und Pflegebedürftige nicht aus dem gesellschaftlichen Blick zu verlieren.

³⁴ Klie (2014), S. 103

³⁵ Klie (2014), S. 109

Der Vorschlag des Autors ist: „Heime können wichtige Infrastruktureinrichtungen in Gemeinden und Städten sein. Treffpunkte, Kompetenzzentren, Stützpunkte für den Stadtteil können Entlastung für Angehörige organisieren und die Versorgung von Bürgerinnen und Bürgern in ihren Wohnungen übernehmen. Sie können Satelliten oder Dependancen als Wohngruppen in normalen Wohngebäuden betreiben oder mit ihnen kooperieren. Sie können Gastfamilien, die Pflegebedürftige aufnehmen, unterstützen und die nächtliche Assistenz im Stadtteil gemeinsam mit ambulanten Diensten gewährleisten. Als örtliche Kompetenzzentren haben sie eine Zukunft.“³⁶

Neben einer Veränderung der gesellschaftlichen Position von Heimen gibt es weitere, derzeit schon existierende Alternativen. Formen der Rund-um-die-Uhr-Pflege. Einrichtungen, deren Anzahl 12 Personen nicht übersteigt, zählen rechtlich nicht als Heim und sind somit auch statistisch nicht erfasst. Die Pflege-Wohngemeinschaften sind im Kapitel „2.4. alternative altersgerechte Wohnformen“ benannt und in einer Übersicht dargestellt. Es besteht die Möglichkeit, eine **Pflege-Wohngemeinschaft mit 3 bis 12 Personen auch privat zu organisieren**.³⁷

4.6. „Hilfe zur Pflege“ – wenn die Rente nicht reicht

Die Pflegeversicherung ist ein sozialversicherungsrechtliches Sicherungssystem und immer die erste Anlaufstelle bei Pflegebedarf. Sie stellt allerdings nur eine Grundabsicherung dar. Das heißt, Pflegebedürftige mit höherem Bedarf können mit den von der Pflegekasse gewährten Leistungen ihre Pflege nicht voll finanzieren. Sie kommen anteilig dann selbst für die Kosten auf.

Wie verhält es sich aber, wenn die eigene Rente nicht ausreicht?

Wenn die Kosten nicht selbst erbracht werden können, tritt die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit grundsätzlich mit ergänzenden Leistungen bis zur vollen Höhe des Bedarfs ein. Die „Hilfen zur Pflege“ sind im Sozialgesetzbuch XII, siebtes Kapitel in den Paragraphen 61 – 66 geregelt.

Zu beachten sind bestehende Unterhaltsansprüche. Der Sozialträger kann diesbezüglich Ehepartner (nicht getrennt lebend, getrennt lebend, geschieden) und Verwandte 1. Grades (Eltern und Kinder) heranziehen.



Bildquelle ³⁸

Besorgniserregend sind Berichte, die von steigender Altersarmut ausgehen. Lückenhafte Erwerbsbiographien, längere Abschnitte von Arbeitslosigkeit und der Trend zur Teilzeit mindern die Höhe des Rentenanspruches.

Eine Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin aus dem Jahr 2010 geht von einem dramatischen Rückgang der durchschnittlichen Rentenansprüche aus. Die Auswirkungen werden sich erst längerfristig – dann aber gravierend – auswirken. Das höchste negative Risiko tragen Personen in Ostdeutschland, die 2015 das Alter zwischen 44 und 54 Jahren

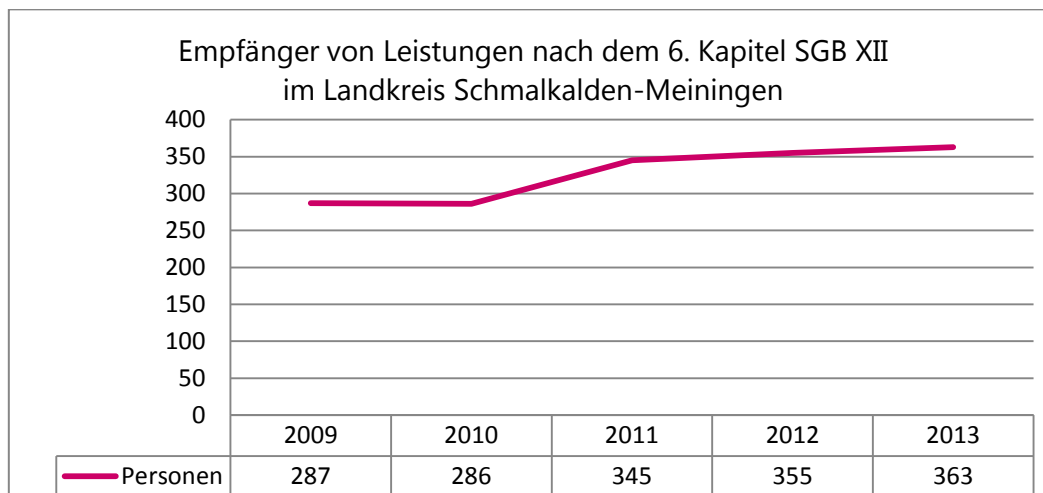
³⁶ Klie (2014), S. 110 f.

³⁷ § 3 ThürWTG Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe (Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz - ThürWTG -)

³⁸ <http://www.pflegeversicherung-experten.de/versorgungsluecke.html>, 18.03.2015

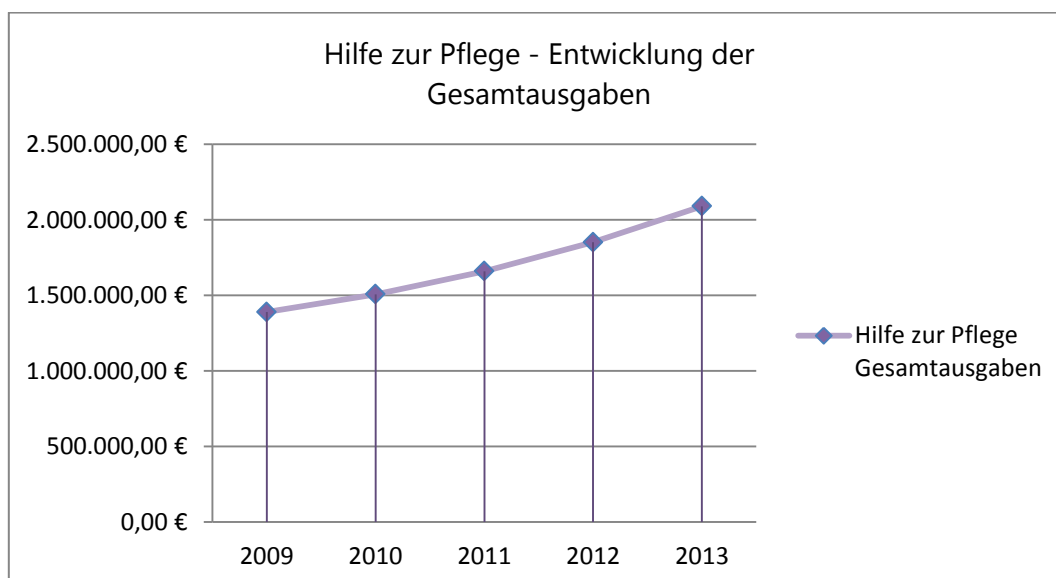
haben. Es wird davon ausgegangen, dass bei ihnen der durchschnittliche Rentenzahlbetrag unter der Grundsicherung im Alter – also des Sozialhilfeniveaus – liegt.³⁹ Nach dieser Studie wird es also in 10 bis 15 Jahren für Rentner immer schwerer bis unmöglich für zusätzliche Ausgaben in der Pflege aufzukommen.

Die Situation im Landkreis zeigt derzeit bereits einen Anstieg der Empfänger von „Hilfen zur Pflege“ auf. Zu berücksichtigen ist hier, dass der Anspruch auf diese Unterstützung von der Pflegebedürftigkeit abhängt, nicht vom Alter. Bei nachfolgenden Angaben sind alle Altersstufen berücksichtigt, nicht nur pflegebedürftige Senioren. Da diese jedoch den wesentlichen Großteil der Hilfe zur Pflege beziehen, können sie auch als ausschlaggebend für die Tendenz betrachtet werden.



Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, eigene Darstellung

Sowohl die Anzahl der Empfänger als auch die Höhe der Leistungen haben in den letzten Jahren zugenommen.



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Die Ausgaben beziehen sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Bereich. 2013 beliefen sich die Ausgaben zur Pflege auf 2.090.000 Euro.

³⁹ Vgl. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 11/2010

Die dargestellten Ausgaben beinhalten auch die Ausgaben auf Darlehensbasis. Hier handelt es sich um Personen, die zwar über Vermögen verfügen, dieses aber aktuell nicht für die Pflege einsetzen können, beispielsweise bei Grundbesitz in einer Erbengemeinschaft. Dann erfolgt die Auszahlung vorerst als Darlehen.

4.7. Für die Zukunft

Es muss möglich sein, auch die eigene Pflegebedürftigkeit angstfrei in den Fokus der Zukunftsplanung zu rücken. Der Erhalt von Selbstbestimmung, Würde, Lebensqualität braucht breite Information und gute Rahmenbedingungen.

Zum einen liegt es bei jedem privat, sich mit dem Gedanken auseinanderzusetzen, wie das Alter in der Phase von Pflegebedürftigkeit gestaltet werden soll. Vorbereitungen sind zu treffen, was den Wohnraum angeht und natürlich auch, wer einen zukünftig unterstützen kann.

Rahmenbedingungen gehen aber darüber hinaus. Wen es in der eigenen Wohnung - insbesondere im ländlichen Raum - ermöglicht werden soll, umfängliche pflegerische Unterstützung zu organisieren, kann das nur mit allen Ressourcen gelingen. Das heißt, sowohl Angehörige, Nachbarschaft, ehrenamtliche und professionelle Hilfeleistungen müssen greifen und miteinander ein individuelles Hilfenetz bilden. Auch das Verbleiben in der eigenen Gemeinde durch barrierefreies Wohnen in Kombination mit Pflegeleistung würde für Bewohner den Umzug erleichtern, da sie zumindest in der gewohnten Umgebung mit dem gewohnten sozialen Umfeld bleiben könnten. Hierfür ist die Beratung und die Vorsorge der Bürger besonders notwendig.

Auch das Bild der stationären Pflege wird sich nur bessern, wenn sowohl Träger der Einrichtung als auch das gesellschaftliche Umfeld sich engagieren, damit sich die pflegebedürftigen nicht als außerhalb der Gesellschaft verstehen.

Empfehlung an fachliche und politische Entscheidungsträger:

- 
- 1.) Pflege wird derzeit erst dann Thema, wenn sie tatsächlich eintritt. Schneller Zugang zu unabhängigen Beratungsmöglichkeiten sind notwendig, um diese Übergangssituation meistern zu können.
 - 2.) Um individuelle Hilfspakete zu schnüren, ist es erforderlich, alle Angebote vor Ort zu kennen. Das beinhaltet neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung auch die psychosoziale. Eine regionale interdisziplinäre Vernetzung ist dafür wesentlich. Zusammenarbeit erfolgt bereits oft mit einem festen Netz bewährter Kontakte. Dieses zu erweitern, neue Blickwinkel einzunehmen, neue Kontakte aus ungewöhnlichen Arbeitsgebieten zu knüpfen – das ist die Herausforderung.
 - 3.) Die Entlastung pflegender Angehöriger stellt einen Schwerpunkt der zukünftigen Bewältigung des Pflegebedarfs dar. Die Information über bestehende Angebote und der Ausbau bedarfsorientierter Unterstützung muss die Zielsetzung sein.
 - 4.) Auch sollten Möglichkeiten geprüft werden, wie man Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege in den jeweiligen Zuständigkeitsgebieten verbessern kann. Hierfür ist der Austausch mit den Trägern und deren Angestellten wichtig.
 - 5.) Eigeninitiative und Engagement sollten in jedem Fall unterstützt werden. Information und Begleitung ist zur Gewinnung von Interessierten wichtig. Information und Begleitung gewährleistet auch, dass das Angebot dort ankommt, wo es benötigt wird.

- 6.) Demenz ist als Thema bei der Zukunftsplanung zu betrachten. Sachliche Information über die Krankheit und vor allen Dingen den Umgang damit sind nicht nur für Angehörige, sondern für die allgemeine Öffentlichkeit anzubieten.

Empfehlung an Senioren:



- 1.) Planen Sie Ihre Zukunft. Sie vermeiden damit den Zeitpunkt, wo Sie sich nicht mehr aussuchen können, was mit Ihnen passiert. Sprechen Sie mit Ihren Angehörigen darüber.
- 2.) Können Sie sich für die eigene Pflegebedürftigkeit eines der derzeit vorhandenen Angebote vorstellen? Wenn ja, kümmern Sie sich rechtzeitig um Informationen und gegebenenfalls Anmeldungen. Wenn nein, kümmern Sie sich noch früher – es gibt weitere Möglichkeiten, dafür müssen Sie den Anfang machen.
- 3.) Informieren Sie sich über das Thema Demenz. Auch demente Menschen können noch lange selbstständig leben. Das benötigt aber eine unterstützende und tolerante Umgebung.
- 4.) Werden Sie Teil einer „Fürsorgenden Gemeinschaft“ und kümmern Sie sich einer Form um andere, wie Sie es für sich selbst wünschen würden.
- 5.) Beteiligen Sie sich und sprechen Sie mit, z. B. bei Heim- oder Angehörigenbeiräten in der stationären Pflege.

5. Hospiz- und Palliativversorgung – Sterben gehört zum Leben

Die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod, Gedenkkultur ist kein Tabu-Thema mehr. Dennoch ist das individuelle Erleben und die persönliche Frage nach dem Lebensende für sich und nahestehende Personen eine hochemotionale Angelegenheit, die selten nach außen getragen wird.

In einer repräsentativen Studie des Deutschen Hospiz und PalliativVerbandes e.V. wurde 2012 die Einstellung zum Sterben hinterfragt. Mehr als 66 % der befragten Menschen wünschen sich, zuhause zu sterben.

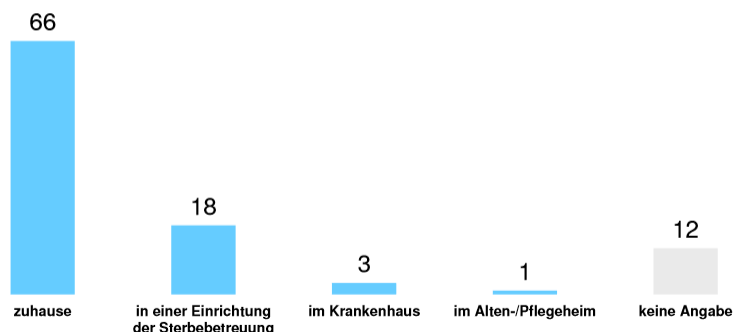
Deutscher Hospiz- und
PalliativVerband e.V.

FORSCHUNGSGRUPPE
WAHLEN TELEFONFELD



Wenn ich bald sterben müsste, möchte ich ... sterben:

Auswahl: Habe mir über eigenes Sterben bereits häufig / ab und zu / selten Gedanken gemacht



FGW Telefonfeld GmbH: Umfrage „Sterben in Deutschland“, Juni 2012 (n = 828)

Quelle:⁴⁰

⁴⁰ www.dhpv.de/tl_files/public/Ueber%20Uns/Forschungsprojekte/2012-08_Bevoelkerungsumfrage_DHPV_Grafiken.pdf, abgerufen am 22.04.2015

Professor Göckenjan äußerte sich schon 2008 zu dieser Haltung: „In dieser Hinsicht sind die sehr einmütigen Willensäußerungen, zu Hause sterben zu wollen, weniger zu verstehen als Wunsch nach einer gut funktionierenden ambulanten Pflegeversorgung, ggf. einer Palliativpflege, sondern als Hoffnung, wenn denn schon gestorben werden muss, möglichst direkt aus dem Alltag gerissen zu werden. Die Wendung: **„Ich habe nichts gegen das Sterben, ich will nur nicht dabei sein, wenn es soweit ist.“** (Woody Allan) ist weniger Kalauer als präzise Formulierung dieses dominierenden Sterbeideals.“⁴¹

Im Gegensatz zu diesem Sterbeideal sieht die Realität anders aus. Die Mehrzahl stirbt weder plötzlich und unvorhergesehen, noch zu Hause.

Die meisten Menschen versterben heutzutage im Krankenhaus (40 %) oder im Pflegeheim (ca. 30 %). Nur ungefähr ein Viertel der Menschen sterben in ihrem eigenen häuslichen Umfeld.⁴² Zudem tritt der Tod eher als Folge langer Krankheitsprozesse ein, wobei durchaus auch mehrere Krankheiten gleichzeitig bestehen können. Durch verbesserte Prognosemöglichkeiten und Pflegefortschritte wird von einer Verlängerung des Sterbeverlaufs ausgegangen.⁴³

Es heißt also, sich mit dieser Realität auseinanderzusetzen. Göckenjan beschreibt es als **Idee des begleiteten, verabschiedenden Sterbens** und sagt gleichzeitig, dass dieses hohe Ansprache an alle Beteiligten stellt.⁴⁴

Zu den Beteiligten zählen neben dem sterbenden Menschen und seinen Angehörigen die medizinischen und betreuenden Fachkräfte. Gerade in den Fachkreisen und auf der politischen Ebene stellt man sich dieser Herausforderung.

So wurde federführend von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes und der Bundesärztekammer die **„Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“** entwickelt. Sie enthält fünf Leitsätze, die ein Sterben unter würdigen Bedingungen fördern soll:

1. Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
2. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen
3. Anforderungen an die Aus-, Weiter-, und Fortbildung
4. Entwicklungsperspektiven und Forschung
5. Die europäische und internationale Dimension

Nach der Verabschiedung der Charta 2010 wurden diese Ziele in vielfältigen Projekten in ganz Deutschland umgesetzt und Unterschriften von Unterstützern der Charta gesammelt. Bislang haben ca. 900 Institutionen und über 10.000 Einzelpersonen unterzeichnet.⁴⁵ Sie bekunden damit, sich im Sinne der Charta für die Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen einzusetzen. Aktuell wird an einer nationalen Strategie gearbeitet.

Des Weiteren arbeitet auch der Gesetzgeber an einer Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung. Das Bundesministerium für Gesundheit will 2015 eine entsprechende Gesetzesinitiative einbringen.

Wie sieht es aktuell hier im Landkreis aus? Welche Angebote bestehen?

⁴¹ Göckenjan (2008), S. 8

⁴² Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben, S. 3

⁴³ Göckenjan (2008), S. 9

⁴⁴ Göckenjan (2008), S. 13

⁴⁵ <http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/ueberblick.html>, abgerufen am 27.04.2015

In diesem Jahr ist zu den bereits bestehenden Unterstützungsmöglichkeiten (der ambulanten Hospizdienste in Meiningen und Schmalkalden, des stationären Hospizes Dr.-Jahn-Haus Meiningen, der Palliativstationen der hiesigen Kliniken) ein neues Angebot hinzugekommen: die spezialisierte ambulante Palliativversorgung, kurz SAPV. Alle Angebote werden im Folgenden vorgestellt.

Darüber hinaus gibt es im Landkreis Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise, die sich mit dem Thema Trauer oder Sterben auseinandersetzen. Dies sind wichtiger Anlaufstellen, um bei der Trauerbewältigung zu unterstützen, sich gegenseitig aufzufangen und die Betroffenen im Trauerprozess zu begleiten. Die Vermittlung erfolgt über den Thüringer Hospiz- und Palliativverband e. V. sowie über die ortsansässigen ambulanten Hospizdienste.

5.1. Ambulanter Hospizdienst

Ambulante Hospizdienste erfüllen im Wesentlichen die Aufgaben der Sterbebegleitung sowie der psycho-sozialen Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen. Für die Betroffenen ist es ein kostenfreies Angebot. Auch steht das Angebot für Personen in Pflegeheimen offen.

„Diese wichtigen Aufgaben werden überwiegend von Ehrenamtlichen durchgeführt, die von einer hauptamtlichen Person fachlich begleitet und koordiniert werden“⁴⁶. Die ehrenamtlichen Helfer und Helferinnen werden für diese verantwortliche Aufgabe geschult und erhalten auch weiterhin Unterstützung durch Austausch und Weiterbildung.

In Meiningen besteht der ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst seit 1997. Träger ist das Sozialwerk Meiningen e.V.. In Schmalkalden gibt es ihn seit 2002 unter der Trägerschaft des Evangelischen Kirchenkreises. Beide Dienste gewährleisten die ambulante Hospizversorgung im gesamten Landkreis Schmalkalden-Meiningen. Ob Bürger auch Hospizdienste aus anderen Städten und Kreisen nutzen, ist nicht bekannt.

Beide ambulanten Hospizdienste gaben über einen Fragebogen Auskunft über ihre Arbeit. Die Ergebnisse werden nun dargelegt:

2014 wurden 85 Personen bis zu ihrem Tod durch die ambulanten Hospizdienste begleitet. Die Zahl zeigt nur die abgeschlossenen Begleitungen auf. Dazu kommen die aktuellen Begleitungen und die Besuche auf den Palliativstationen und zahlreiche Gespräche mit Angehörigen und dem Personal in Pflegeeinrichtungen.

90 Prozent der Verstorbenen waren Senioren ab 60 Jahre. Das statistische Durchschnittsalter in Meiningen beträgt 76 Jahre, das in Schmalkalden beträgt 82 Jahre. Das Geburtsjahr der ältesten Person war landkreisweit 1914, das der jüngsten Person war 1969.

Bei beiden Diensten lag der Anteil der begleiteten Frauen bei ca. 60 Prozent, der Anteil der Männer bei 40 Prozent.

Bei 19 der Angehörigen wurde auch die Trauerbegleitung in Anspruch genommen.



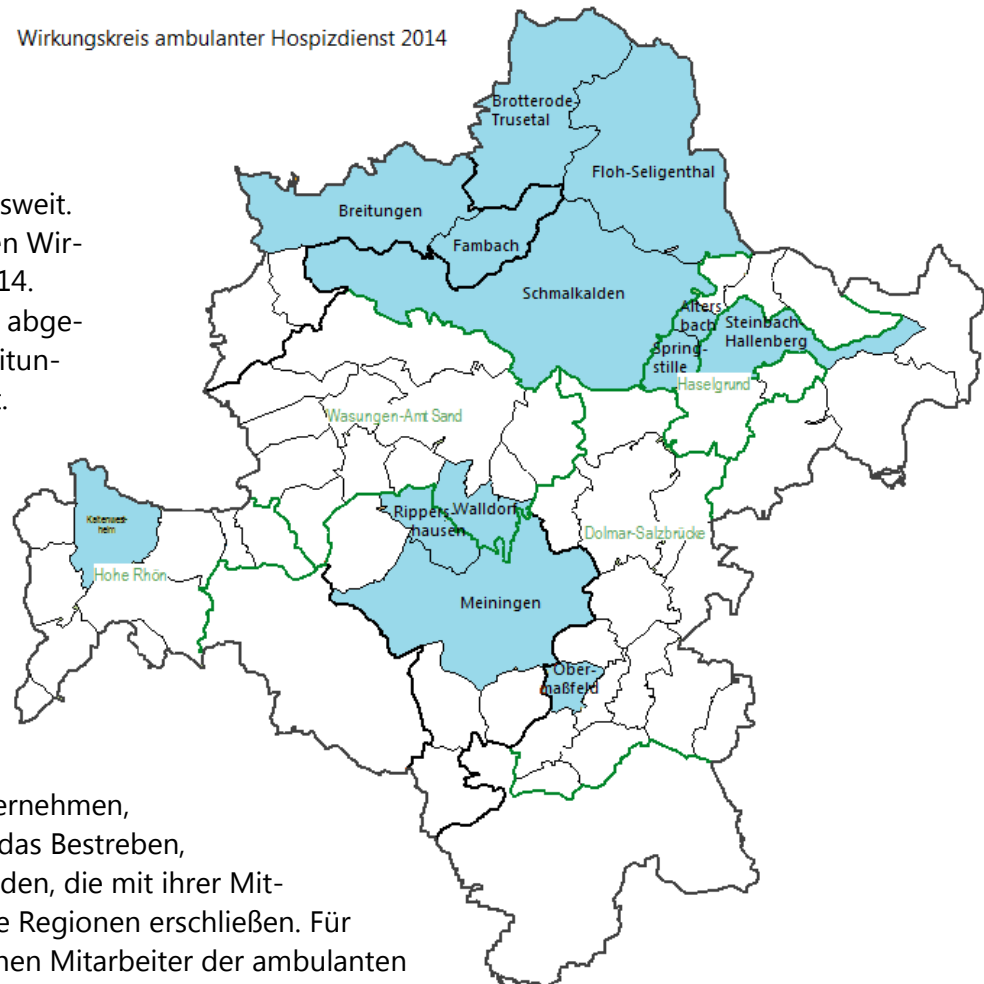
⁴⁶ Seniorenpolitisches Konzept (2011), S. 44

Am häufigsten kommt die Kontaktaufnahme zum Hospizdienst durch Pflegeeinrichtungen und Angehörige zustande. In Meiningen erfolgt die Vermittlung durch die Palliativstation öfter als in Schmalkalden, wobei auch hier Kontaktaufnahmen angegeben sind. Seltener vermitteln Pflegedienste und nur vereinzelt ein Hausarzt.

Wirkungskreis ambulanter Hospizdienst 2014

Das Angebot besteht prinzipiell landkreisweit. Die Grafik zeigt den Wirkungskreis von 2014. Dabei sind nur die abgeschlossenen Begleitungen berücksichtigt.

Die tatsächlichen Einsatzgebiete richten sich dabei nicht ausschließlich nach der Nachfrage. Da Ehrenamtliche die Begleitung übernehmen, ist es auch immer das Bestreben, Interessierte zu finden, die mit ihrer Mitarbeit auch weitere Regionen erschließen. Für Informationen stehen Mitarbeiter der ambulanten Hospizdienste zur Verfügung.



Die Kontaktadressen sind auf der Internetseite des Landratsamtes abrufbar (Pfad: www.lra-sm.de > Soziales, Jugend und Gesundheit > Senioren > Ambulante und stationäre Hospizarbeit / Sterbebegleitung).

5.2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist im § 37b SGB V gesetzlich verankert.

Sie richtet sich an schwerstkranken oder sterbenden Patienten, die eine besondere medizinische Versorgung benötigen, diese aber nicht in einem Krankenhaus, sondern bei sich zu Hause in Anspruch nehmen wollen. Es soll damit die Möglichkeit gegeben werden, bei bestmöglicher Lebensqualität bis zum Ende in der vertrauten Umgebung zu verbleiben.

Als vertraute Umgebung zählen neben der eigenen Wohnung auch Einrichtungen der Behinderten- und der Kinder- und Jugendhilfe. Ebenso haben Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen das Recht auf Palliativversorgung. Hier regeln Verträge, ob das durch die Pflegeeinrichtung gewährleistet ist oder durch die SAPV abgedeckt wird.

Die SAPV berät, koordiniert alle Beteiligten in der Sterbephase und gewährleistet wenn nötig die medizinische und pflegerische Versorgung. Sie ergänzt somit das bereits bestehende Versorgungsangebot der Ärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste.

Für die durch die SAPV betreuten Personen und für deren Angehörige wird alles auf die individuelle Situation abgestimmt. Ängste und Krisensituationen werden in einer 24-Stunden-Rufbereitschaft aufgefangen. Über alle Angebote der Hospiz-, Palliativversorgung und Trauerbegleitung wird informiert.

Die Verordnung der SAPV erfolgt im Allgemeinen durch den Hausarzt oder einen Krankenhausarzt. Die Kosten übernimmt bei gegebenen Voraussetzungen die Krankenkasse.

Im Landkreis gibt es seit diesem Jahr zwei Anbieter zur SAPV. Bürger können beide Anbieter gleichermaßen für das gesamte Gebiet anfragen oder zu Informationszwecken anrufen.

Diako Seniorenhilfe gGmbH Koordinatorin: Nadine Anding, Lebenshilfe im Alter GmbH Tel.: 03693 50582202 oder 0175 2941306 E-Mail: sapv@lebenshilfe-im-alter.de Adresse: Straße der Justiz 1, 98617 Meiningen	Sozialwerk Meiningen e.V Koordinatorin: Ute Mund Tel.: 03693 456702 E-Mail: sapv@sozialwerk-meiningen.de Adresse: Ernststr. 17, 98617 Meiningen
--	--

5.3. Palliativstationen

Palliativstationen sind Abteilungen von Krankenhäusern, in denen Patienten aufgenommen werden, deren Erkrankung nicht heilbar ist. Das Ziel auf dieser Station der Klinik ist also nicht, die Krankheit zu bekämpfen, sondern die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen. So soll dem Patienten für seine verbleibende Zeit eine möglichst hohe Lebensqualität erhalten werden. Mitunter besteht trotz der unheilbaren Erkrankung eine Lebenserwartung von Monaten oder Jahren. Das Behandlungsziel ist die Stabilisierung durch Therapiemaßnahmen, so dass eine weitere Betreuung zu Hause möglich ist.

Im Mittelpunkt der Versorgung steht immer das ganzheitliche Wohlbefinden des Patienten. Das heißt, dass neben den medizinischen Behandlungen auch auf die psychischen, sozialen und auch spirituellen Bedürfnisse mit einem interdisziplinären Team eingegangen wird. Die Einbindung der Angehörigen und die Beratung weiterer Angebote der Hospizversorgung gehören dazu.

Im Landkreis verfügt sowohl das Helios Klinikum in Meiningen Dreißigacker als auch das Elisabeth Klinikum in Schmalkalden über eine Palliativstation.

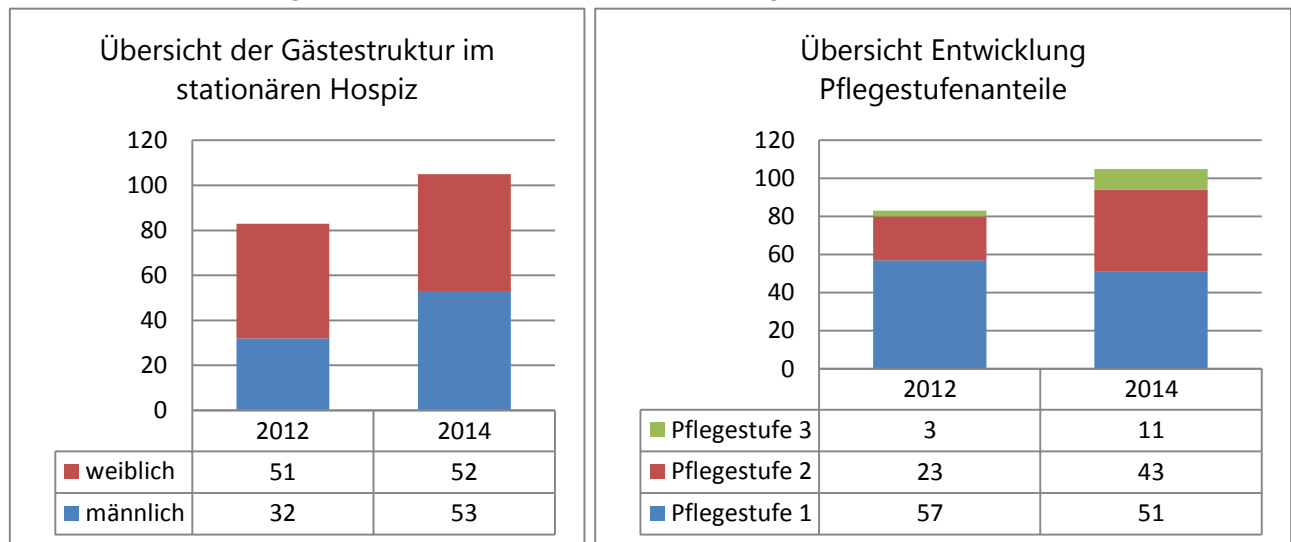
5.4. Stationärer Hospiz

Stationäre Hospizarbeit begleitet umfassend sterbende Menschen. Sie bieten eine medizinisch-pflegerische, psychosoziale und seelsorgliche Begleitung der Personen rund um die Uhr im stationären Bereich. Das würdevolle Leben bis zum Tod steht immer im Vordergrund.

Seit September 2007 besteht das **stationäre Hospiz in Meiningen** in Trägerschaft des Sozialwerkes Meiningen gGmbH. Es stehen dort **zwölf Plätze** zur Verfügung. Innerhalb der Einrichtung spricht man von Gästen.

Das stationäre Hospiz nimmt regelmäßig an der Erhebung der Sozialplanung des Landratsamtes teil. Ergebnisse der aktuellen Befragung sind nachfolgend aufgeführt.

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 105 Personen im stationären Hospiz begleitet. Im Vergleich zu 83 Gästen in 2012 gab es damit einen deutlichen Anstieg.

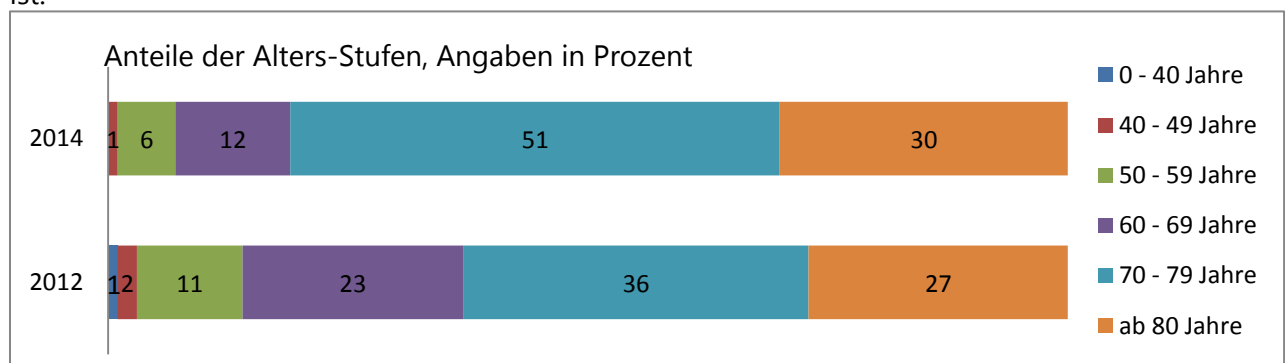


Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

Da die Anzahl der weiblichen Gäste dabei nahezu gleich blieb, ist der Anstieg damit fast ausschließlich männlich.

Im Vergleich der beiden Jahre wird eine deutliche Erhöhung des Pflegebedarfs festgestellt. Es werden am Lebensende inzwischen im Hospiz mehr Personen mit Pflegestufe 2 und 3 betreut.

Auch die Altersstruktur wurde untersucht. Während 2012 63 Prozent der Gäste über 70 Jahre alt waren, sind es 2014 81 Prozent. Den größten prozentualen Anteil nehmen Personen im Alter zwischen 70 und 79 ein. Die folgende Grafik zeigt die Verhältnisse der Altersstufen zueinander auf und zwar für die Jahre 2012 und 2014. Es stellt sich dabei so dar, dass auch in diesem Bereich die Entwicklung des höheren Alters – zumindest im Vergleich zu 2012 – spürbar ist.



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung

Die Aufnahme in das stationäre Hospiz erfolgt in der Hauptsache über die Palliativstationen der Krankenhäuser, danach folgen andere Abteilungen von Krankenhäusern und die Geriatrie.

Nur zu fünf Prozent aller Gäste kommen von zu Hause, Pflegeeinrichtungen oder anderen vorherigen Aufenthaltsorten.

Das Hospiz ist durch das Konzept der Begleitung des Sterbeprozesses eine besondere Form der stationären Unterbringung im Gegensatz zu regulären Pflegeheimen. Erkennbar ist das deutlich an der Aufenthaltsdauer der Gäste. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Hospiz betrug 2014 38 Tage, wobei über die Hälfte der betreuten Personen innerhalb von drei Wochen verstorben ist.

Das stationäre Hospiz in Meiningen ist für den gesamten Südthüringer Raum und darüber hinaus zuständig. Nächstgelegene stationäre Hospize gibt es in Eisenach, Bad Berka, Erfurt und Fulda. Das spiegelt sich beim hiesigen Hospiz darin wieder, dass nur ca. die Hälfte aller Gäste (50 Personen) aus dem Landkreis kommt. Schwerpunkte stellen hier mit 13 und 9 Personen die Städte Meiningen und Schmalkalden. Außerhalb des Landkreises führen die Stadt Suhl mit 14 Personen und das Bundesland Bayern mit 13 Personen die Liste der umliegenden Regionen an.

5.6. Für die Zukunft

Das Lebensende, der Abschied – oft fehlen die Worte dazu. Um begreiflich zu machen, dass Sterben zum Leben dazugehört, braucht es aber Worte und ein Miteinander. Diskussionen zu ethischen Aspekten und Veränderungen in der Trauer- und Friedhofskultur, Informationen zu Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, Einbezug junger Menschen in die Hospizidee, Projektarbeiten und weiteres können zu mehr Beschäftigung mit dem Thema führen.

Auch wenn die Gesellschaft sich sachlich mit dem Sterben beschäftigt, scheint es der letzte Grenzposten, der mit dem eigentlichen Leben vermeintlich nichts zu tun hat und mit dem wir auch nichts zu tun haben wollen.

Die begleitenden Angebote in unserem Landkreis für den einzelnen Bürger weiterhin bekannt zu machen, ist auch zukünftig notwendig. Die SAPV unterstützt den Wunsch vieler, im gewohnten Umfeld zu sterben. Dass sie seit diesem Jahr auch in unserem Landkreis angeboten werden kann, ist ein enormer Zugewinn.

Darüber hinaus ist es wichtig – gleichsam wie in der Pflege – , dass sich medizinische und soziale Akteure verbinden. Der Hausarzt als wichtiger Ansprechpartner spielt dabei eine entscheidende Rolle. Zusammenarbeit gehört allerdings nicht zu den vordergründigen Aufgaben. Sie wird nicht bezahlt. Sie kostet Zeit. Daher gelingt sie nur dann, wenn die gegenseitigen Vorteile den Aufwand überwiegen. Aus Sicht des Patienten ist es uneingeschränkt immer von Vorteil, wenn er bei einer Anlaufstelle über weitere Angebote informiert wird.

Der Sterbeprozess und die Trauerbegleitung werden wesentlich getragen über ehrenamtlich Tätige. Dieser Bereich steht also auch für Interessierte offen und ist wie kein zweiter mit der elementaren Sinnfrage verbunden.

Empfehlung an fachliche und politische Entscheidungsträger:



- 1.) Multiplikatoren gesucht! Informationen weitergeben, Ansprechpartner benennen können, das Thema unbefangen auch in anderen Kontexten aufgreifen können – hier braucht es Mitwisser und Fürsprecher. Neben Privatpersonen könnten das un-

ter anderem pädagogische und medizinische Einrichtungen, Kirchgemeinden oder auch Vereine sein.

- 2.) Um umfassend zu unterstützen braucht es eine Überleitungsstruktur, die es dem Patienten ermöglicht, an einer seiner Anlaufstellen über andere Angebote zu erfahren und ggf. direkt weitergeleitet zu werden. Hier sind die sozialen Träger, Mediziner und Pflegedienste gefragt, sich auf eine solche Zusammenarbeit abzustimmen.
- 3.) Die Thüringer Hospiz- und Palliativakademie bietet Weiterbildungen zu verschiedenen Themen an. Hier können auch Pädagogen, Pfleger und fachfremde Interessierte teilnehmen. Wünschenswert wäre auch ein interdisziplinärer Erfahrungs- und Fachaustausch im Landkreis.

Empfehlung an Senioren:



- 1.) Informieren Sie sich über Patientenverfügung und Vorsorgevollmachten. Denken Sie darüber nach. Reden Sie darüber mit der Familie oder unter Freunden. Überlegen Sie nicht nur, was Sie nicht wollen, sondern überlegen Sie auch, was Sie ganz bestimmt wollen.
- 2.) Haben Sie keine Bedenken, wenn es um die ehrenamtliche Arbeit als Hospizhelfer/in geht: Wenn Sie sich interessieren, durchlaufen Sie erst eine Ausbildung. Hier können Sie erkennen, ob diese Aufgabe etwas für Sie ist. Die Ausbildung verpflichtet Sie nicht, als Hospizhelfer/in tätig zu werden – aber für sich werden Sie Erkenntnisse gewonnen haben.

Literaturverzeichnis

- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (2011). *Demenz-Report, Wie sich Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (2011). *Die Zukunft der Dörfer - Zwischen Stabilität und demografischem Niedergang*. Berlin.
- Bertelsmann-Stiftung. (2012). *Themenreport "Pflege 2030"*. Gütersloh.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. (2014). *Ländliche Regionen verstehen - Fakten und Hintergründe zum Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen*. Berlin.
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2012). *Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Thema "Sterben in Deutschland - Wissen und Einstellungen zum Sterben"*. Berlin.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. (2010). Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. *Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 11/2010*, 2-11.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach. (2012). *Generali Altersstudie 2013*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Göckenjan, G. (2008). Sterben in unserer Gesellschaft - Ideale und Wirklichkeiten. *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)*, 7 - 14.
- Klie, T. (2014). *Wen kümmern die Alten?* Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Landessenorenvertretung Thüringen e.V. (2014). *Seniorenreport 4/2014 Thema: Hochaltrigkeit - Ein neues Phänomen in Thüringen*. Erfurt.
- Landratsamt Schmalkalden-Meiningen. (2009). *Leistungen nach SGB XI*. Meiningen.
- Langehenning, M. (August 2012). Genderkonstruierte Angehörigenpflege: Wenn Männer "männlich" pflegen. *Informationsdienst Altersfragen*, S. 5-11.
- Orbit e.V. (2013). *1. Thüringer Seniorenbericht*. Erfurt: Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., & Unger, R. (2014). *Barmer GEK Pflegereport 2014*. Berlin: Barmer GEK.
- Thüringer Landesamt für Statistik. (2015). *Statistischer Bericht K VIII - 2j/13 Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2013*. Erfurt.

Anhang

Anlage 1: Karte „Bevölkerung 65 Jahre und älter in Deutschland“

Anlage 2: Karte „Durchschnittsalter in Deutschland“

Anlage 3: Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2012, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

Anlage 4: Raumtypen 2010, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

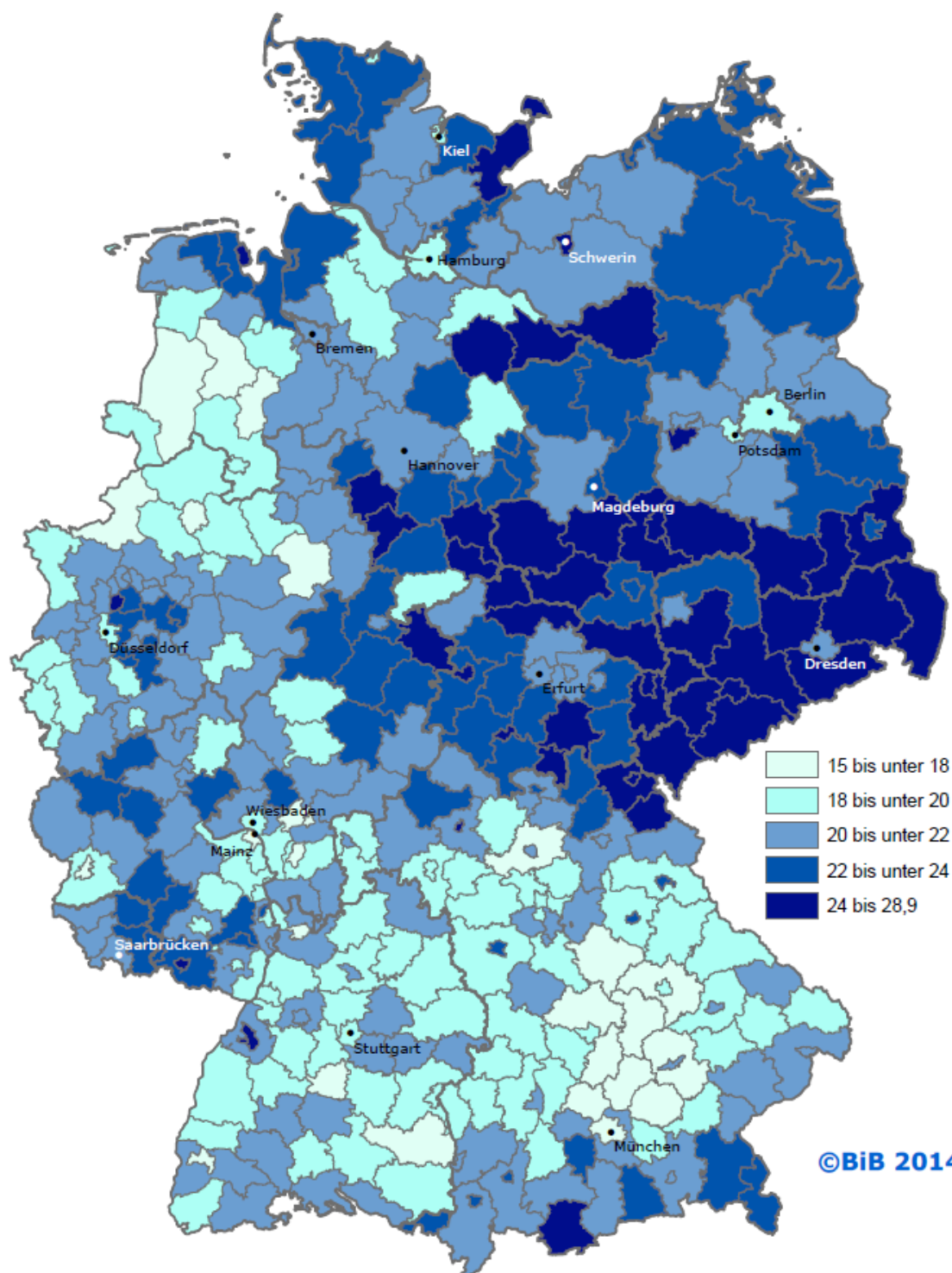
Anlage 5: S. 24, Demenz-Report „Landkarte der Demenz“ 2008

Anlage 6: S. 25, Demenz-Report „Landkarte der Demenz“ 2025

Anlage 7: Kontaktdaten

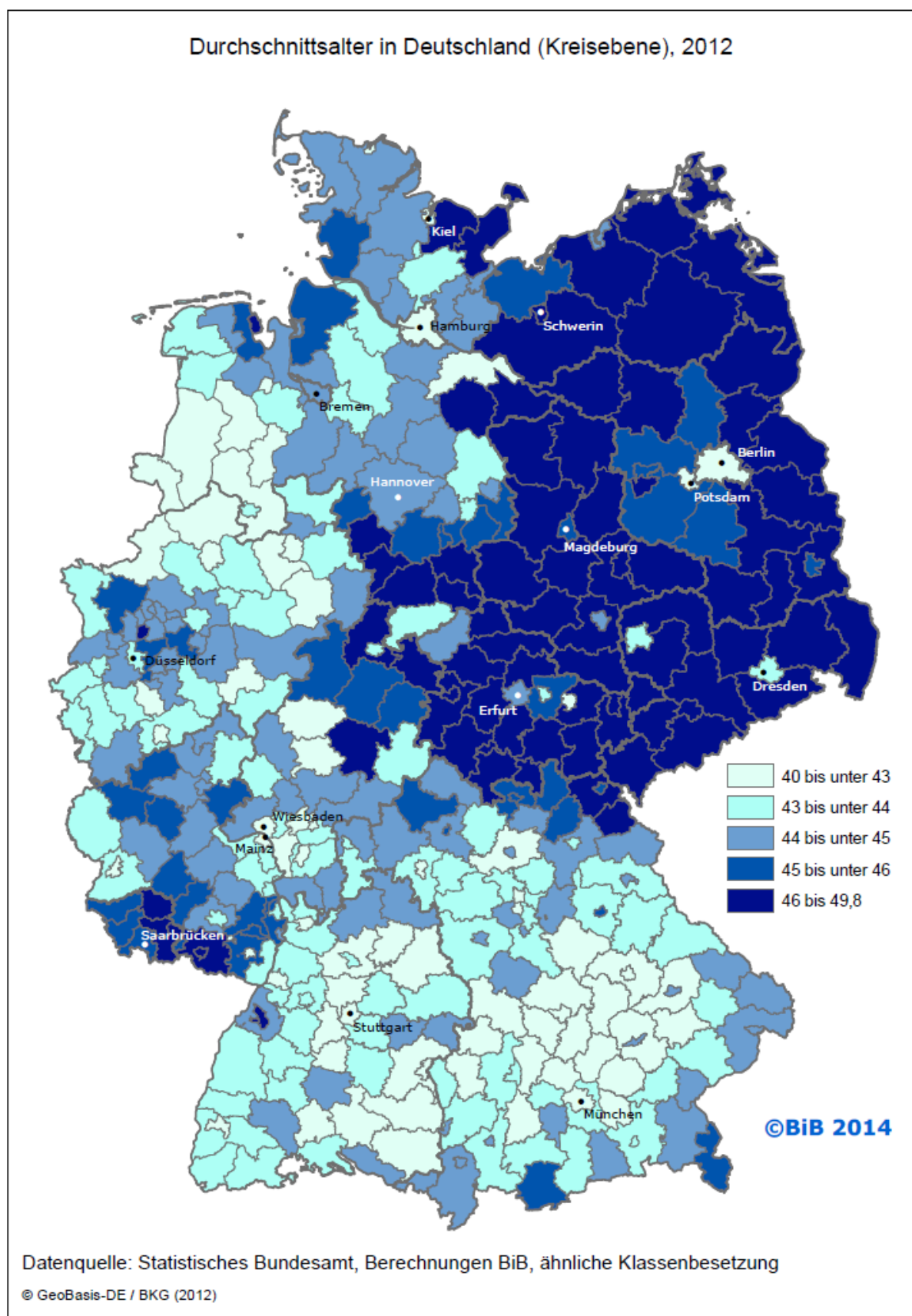
Anlage 8: Linkliste

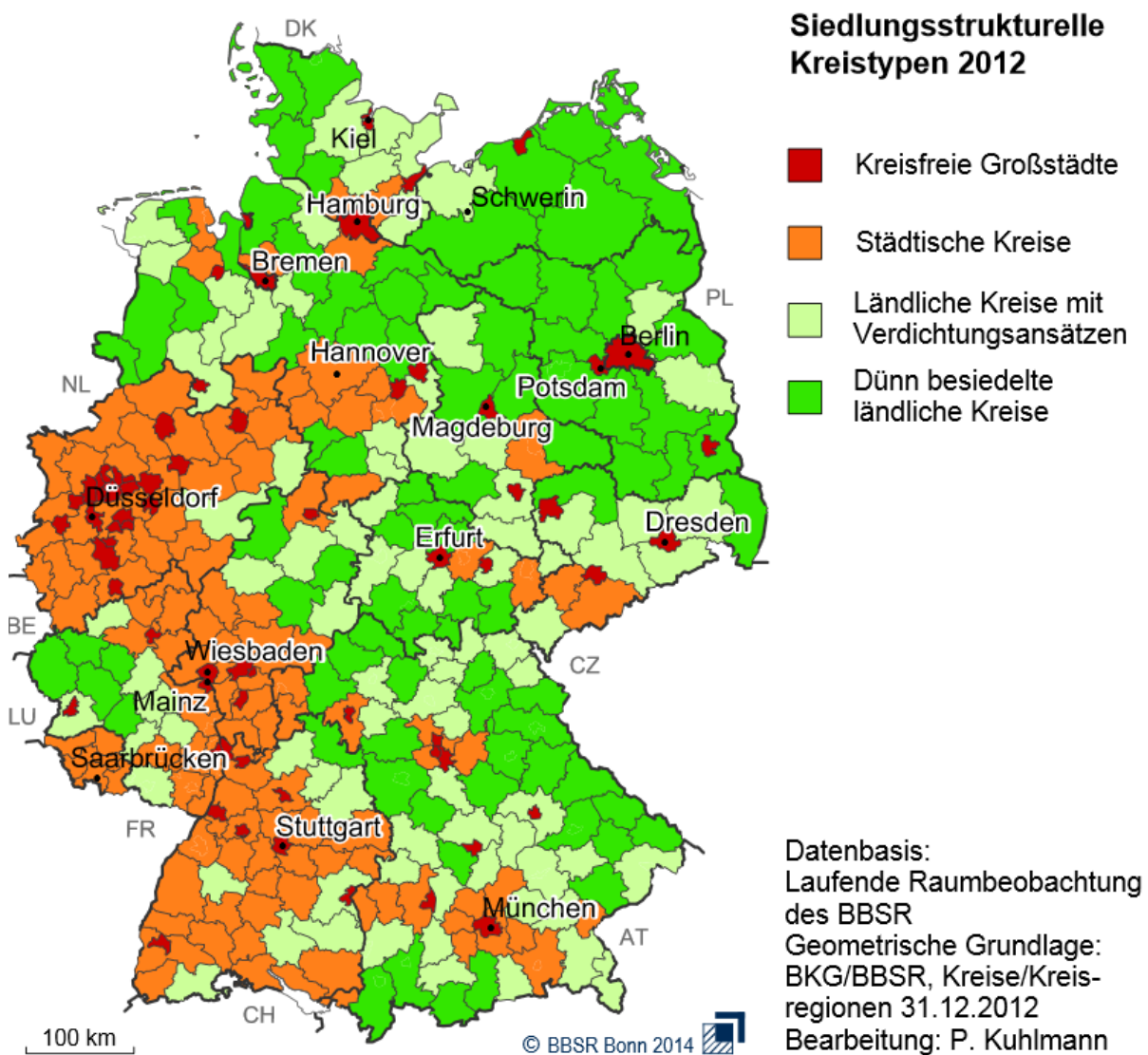
Bevölkerung 65 Jahre und älter in Deutschland (Kreisebene)
Anteil in Prozent, 2012



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen BiB, ähnliche Klassenbesetzung

© GeoBasis-DE / BKG (2012)

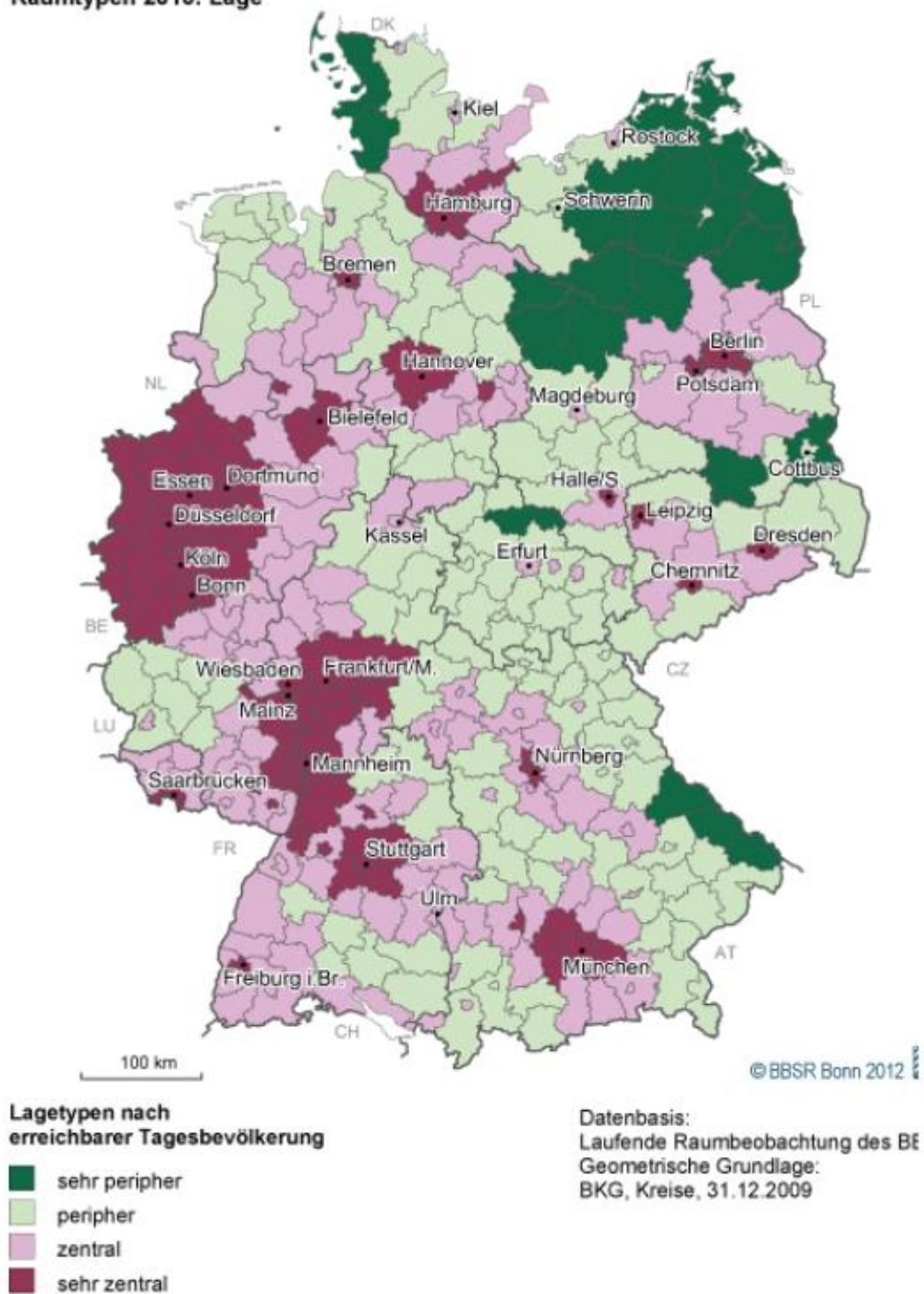




Quelle:

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/Download_Karte_PDF.pdf?blob=publicationFile&v=4

23.02.2015

Raumtypen 2010: Lage

Quelle:

http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Raumtypen2010_krs/Raumtypen2010_Kreise.html?nn=443270

24.02.2015

Demenz-Report; S. 24

So sieht die „Landkarte der Demenz“ heute aus...

Die regional aufgeteilte Karte der Demenzhäufigkeiten führt den „Alterungsvorsprung“ Deutschlands gegenüber den Nachbarn im Süden deutlich vor Augen. Diese weisen verbreitet helle Flecken auf, das heißt Regionen mit weniger als 1.300 Erkrankten je

100.000 Einwohner. Besonders wenige Menschen mit Demenz gibt es im Fürstentum Liechtenstein, dessen Bevölkerung sehr jung ist. Dort dürfte die Einwohnerzahl bis 2050 um 24 Prozent wachsen, ausschließlich durch Zuwanderung.

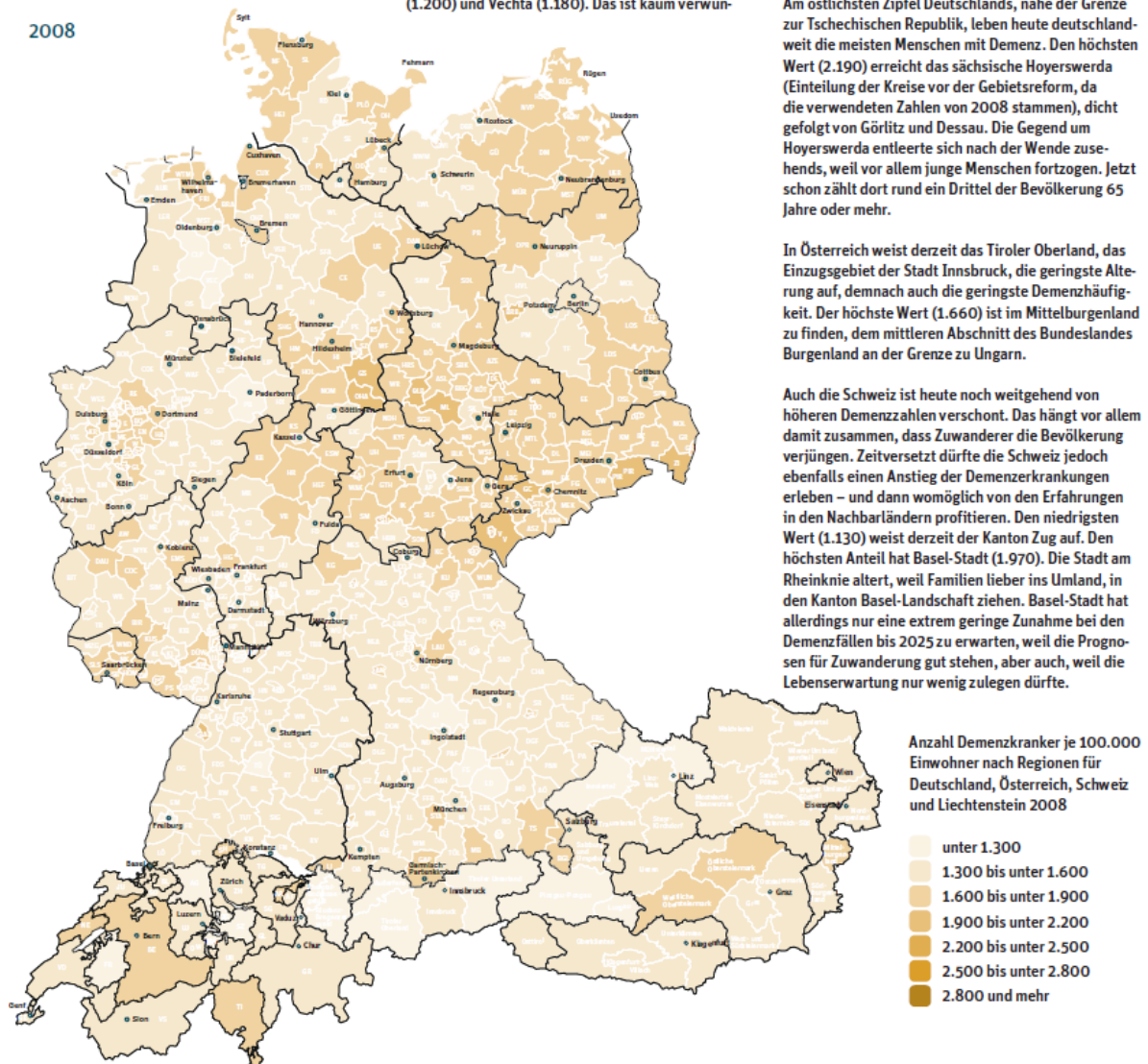
Innerhalb Deutschlands finden sich die niedrigsten Werte für die Verbreitung von Demenz derzeit in den beiden niedersächsischen Kreisen Cloppenburg (1.200) und Vechta (1.180). Das ist kaum verwun-

derlich, verzeichnen diese doch seit Jahren anhaltend hohe Geburtenzahlen. Zuzug von Familien verjüngt den erweiterten Speckgürtel um München mit den prosperierenden Landkreisen Freising und Erding sowie Eichstätt, weitere helle Flecken bilden der nordrhein-westfälische Landkreis Paderborn und die drei baden-württembergischen Universitätsstädte Heidelberg, Tübingen und Freiburg im Breisgau.

Am östlichsten Zipfel Deutschlands, nahe der Grenze zur Tschechischen Republik, leben heute deutschlandweit die meisten Menschen mit Demenz. Den höchsten Wert (2.190) erreicht das sächsische Hoyerswerda (Einteilung der Kreise vor der Gebietsreform, da die verwendeten Zahlen von 2008 stammen), dicht gefolgt von Görlitz und Dessau. Die Gegend um Hoyerswerda entleerte sich nach der Wende zusehends, weil vor allem junge Menschen fortzogen. Jetzt schon zählt dort rund ein Drittel der Bevölkerung 65 Jahre oder mehr.

In Österreich weist derzeit das Tiroler Oberland, das Einzugsgebiet der Stadt Innsbruck, die geringste Alterung auf, demnach auch die geringste Demenzhäufigkeit. Der höchste Wert (1.660) ist im Mittelburgenland zu finden, dem mittleren Abschnitt des Bundeslandes Burgenland an der Grenze zu Ungarn.

Auch die Schweiz ist heute noch weitgehend von höheren Demenzzahlen verschont. Das hängt vor allem damit zusammen, dass Zuwanderer die Bevölkerung verjüngen. Zeitversetzt dürfte die Schweiz jedoch ebenfalls einen Anstieg der Demenzerkrankungen erleben – und dann womöglich von den Erfahrungen in den Nachbarländern profitieren. Den niedrigsten Wert (1.130) weist derzeit der Kanton Zug auf. Den höchsten Anteil hat Basel-Stadt (1.970). Die Stadt am Rheinknie altert, weil Familien lieber ins Umland, in den Kanton Basel-Landschaft ziehen. Basel-Stadt hat allerdings nur eine extrem geringe Zunahme bei den Demenzfällen bis 2025 zu erwarten, weil die Prognosen für Zuwanderung gut stehen, aber auch, weil die Lebenserwartung nur wenig zulegen dürfte.



Demenz-Report; S. 25

... und so in naher Zukunft

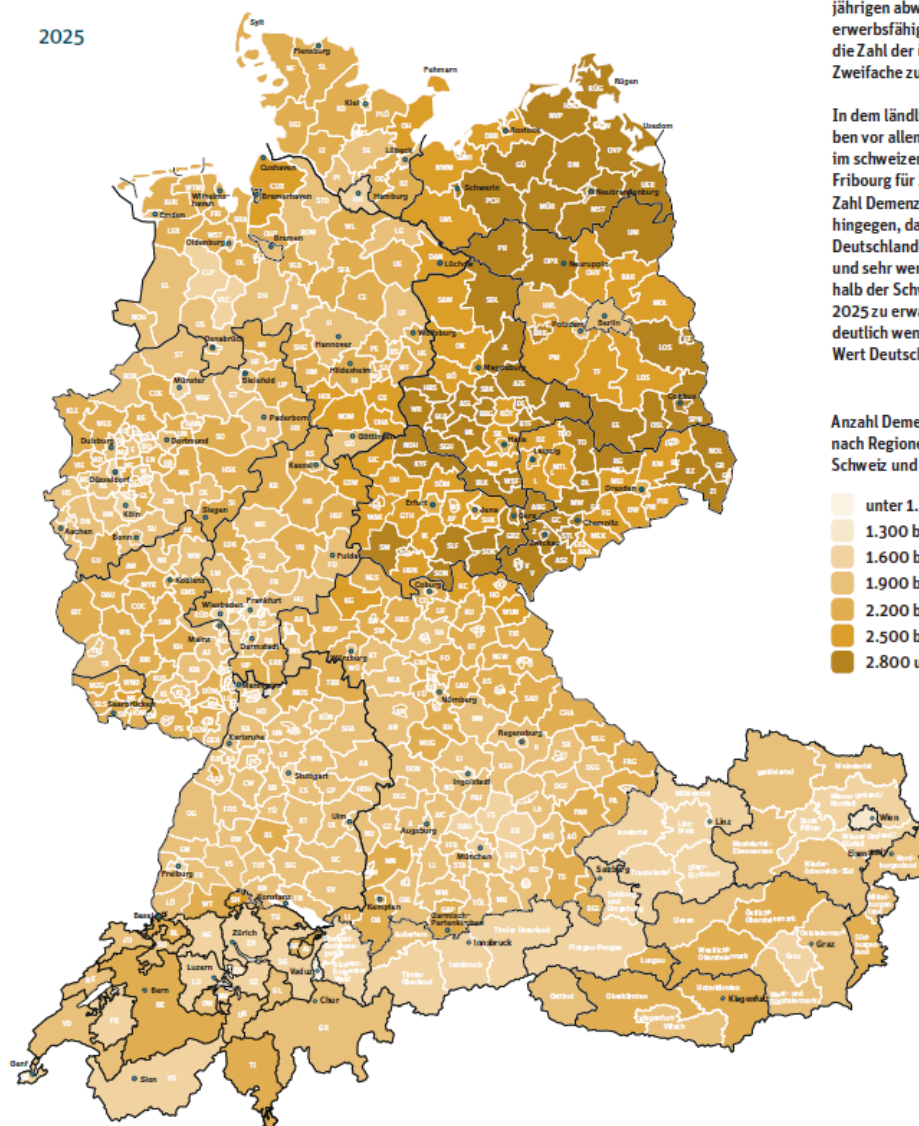
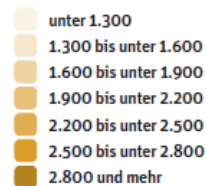
In weiten Gebieten Ostdeutschlands dürfte sich die Anzahl Demenzkranker je 100.000 Einwohner bis zum Jahr 2025 gegenüber heute verdoppeln. Es sind ausgerechnet die Gebiete, wo heute schon relativ wenige Personen im Erwerbsalter als potenzielle

Betreuer für Menschen mit Demenz zur Verfügung stehen: Weite Teile Mecklenburg-Vorpommerns, die Randgebiete Brandenburgs sowie Sachsen-Anhalt und Sachsen abseits der größeren Städte. Hoyerswerda hält auch in nächster Zukunft bundesweit den Höchstwert (3.660 Demenzkranke auf 100.000 Einwohner), gefolgt von Dessau und dem thüringischen Landkreis Suhl.

In Österreich bildet Wien weiterhin die Ausnahme von der allgemeinen Tendenz. Die Metropole dürfte dank hoher Zuwanderung aus dem In- wie auch aus dem Ausland 2025 ungefähr so viele Demenzkranke aufweisen wie das Mittelburgenland heute (1.520). Den höchsten Wert ergeben die Berechnungen für den Lungau (2.300), die südöstliche Ecke des Bundeslandes Salzburg. Aus dieser Region dürfte in nächster Zeit etwa ein Drittel der unter Zwanzigjährigen abwandern, außerdem viele Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64. Dafür wird die Zahl der über 85-Jährigen um das Anderthalb- bis Zweifache zulegen.⁶⁷

In dem ländlichen Schweizer Kanton Fribourg sterben vor allem Männer etwa um zwei Jahre früher als im schweizerischen Mittel. Aus diesem Grund hat Fribourg für 2025 mit der schweizweit geringsten Zahl Demenzkranker zu rechnen. In Schaffhausen hingegen, das im Norden wie eine Beule geformt nach Deutschland hinein ragt, gibt es kaum Zuwanderung und sehr wenig Nachwuchs, daher sind dort die innerhalb der Schweiz höchsten Zahlen Demenzkranker für 2025 zu erwarten (2.500). Das sind aber immer noch deutlich weniger als in der Region mit dem höchsten Wert Deutschlands.

Anzahl Demenzkranker je 100.000 Einwohner nach Regionen für Deutschland, Österreich, Schweiz und Liechtenstein 2025



(Datengrundlage für alle Karten: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung Deutschland: Inkar 2009, Österreichische Raumordnungskonferenz: ÖROK Prognosen, Statistisches Bundesamt Deutschland, Statistik Schweiz, Statistik Austria, Amt für Statistik Fürstentum Liechtenstein, eigene Berechnungen)

Die regionalen Daten zu den Karten sind im Internet unter www.berlin-institut.org abrufbar.

Kontaktdaten**Kommunale Seniorenbeiräte und -vertretungen**

Standort	Kontakt
Meiningen	Seniorenvertretung der Stadt Meiningen Gabi Klötzke (Vorsitzende) Tel.: 03693 5499175
Schmalkalden	Seniorenbeirat der Stadt Schmalkalden www.senioren-schmalkalden.de Heinrich E. Wepler (Vorsitzender) Tel: 036848 20693 E-Mail: h.wepler@freenet.de
Zella-Mehlis	Seniorenbeirat der Stadt Zella-Mehlis www.senioren-zm.de Elisabeth Holland-Cunz (Vorsitzende) Tel.: 03682 483350 E-Mail: info@senioren-zm.de

Ehrenamtliche Seniorenbeauftragte des Landkreises

Cornelia Klötzke

Tel.: 0151/16606529

e-mail: connykloetzke79@icloud.com

Seniorenbüros

Standort	Kontakt
Meiningen	Seniorenbüro Meiningen im Mehrgenerationenhaus Alte Henneberger Str. 2 98617 Meiningen Ansprechpartnerin: Cornelia Klötzke Tel.: 03693 501917 E-Mail: hdg.mgn@sozialwerk-meiningen.de www.sozialwerk-meiningen.de/jugendhilfe/mehrgenerationenhaus-meiningen
Schmalkalden	Seniorenbüro Schmalkalden im Familienzentrum Schmalkalden Näherstiller Str. 7 98574 Schmalkalden Ansprechpartner: Herr Olaf Kummer Tel.: 03683 607651 E-Mail: o.kummer@familienzentrum-schmalkalden.de www.familienzentrum-schmalkalden.de/

Alt aber trotzdem – Senioren helfen Senioren Suhl und Zella-Mehlis e.V.

Ansprechpartnerin:

Ingrid Mitschke, Tel.: 0176 988 24 033

E-Mail seniorenhilfe.suhl@gmx.de

Nachbarschaftshilfe Meiningen e.V.

Ansprechpartner:

Jörg Marwede, Tel.: 03693/503000

E-Mail: menschen-helfen-meiningen@outlook.de

Tauschring

Initiatoren und Ansprechpartner:

Mario Henkel, Tel.: 0176 96 35 72 73

Sarina Riethmüller, Tel.: 0152 068 488 30

E-Mail: tauschring-zeit-geben@web.de

Freiwillige begleiten pflegende Angehörige - Pflegebegleiter

Ansprechpartnerin und Koordinatorin:

Frau Angelika Storch

Lebenshilfe Meiningen e.V.

Obere Kaplaneigasse 3

98617 Meiningen

Tel.: 03693 8863824

E-Mail: Angelika.Storch@lebenshilfe-meiningen.de

Linkliste für weiterführende Informationen

Statistische Daten und Prognosen:

www.tls.thueringen.de

www.wegweiser-kommune.de/home (für alle Kommunen über 5.000 Einwohner)

www.destatis.de

www.serviceagentur-demografie.de

www.bbsr.bund.de

Demografische Entwicklung:

www.demografie-portal.de

www.serviceagentur-demografie.de

Wohnen:

www.serviceportal-zuhause-im-alter.de

www.netzwerk-song.de

Seniorenpolitik Thüringen (Seniorenpolitisches Konzept, 1. Thüringer Seniorenbericht):

www.thueringen.de

Pflege:

www.wegweiser-demenz.de (Serviceportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Basiswissen, Filme, Ratgeberforen, Blog, Adressdatenbank)

www.alzheimer-thueringen.de

www.pflegen-und-leben.de (Portal zur Unterstützung Angehöriger)

Hospiz und Palliativmedizin:

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

www.hospiz-thueringen.de

Impressum:

Landratsamt Schmalkalden-Meiningen
Fachbereich Soziales, Jugend und Gesundheit
Fachbereichsleiterin: Angela Bauer, E-Mail: fb.soziales@lra-sm.thueringen.de
SB Senioren: Kerstin John, E-Mail: kerstin.john@lra-sm.thueringen.de
Telefon: 03693/485-541
Fax: 03693/485-570

Redaktionsschluss: 30.04.2015
Auflage: 400 Exemplare
Druck: Resch Druck GmbH, Meiningen

Veröffentlichungen sind nach Genehmigung durch das
Landratsamt Schmalkalden-Meiningen möglich.

Download unter: www.lra-sm.de