

Vorwort

Der demographische Wandel stellt die Senioren- und die Altenhilfepolitik vor neue, große Herausforderungen. Erforderlich ist ein zukunftsgerichtetes Handeln aller Beteiligten. In den letzten Jahren wurden solide, dem heutigen Bedarf entsprechende Strukturen im Senioren- und Altenhilfebereich geschaffen.



Heute stehen wir vor neuen Handlungserfordernissen. Der Altenhilfe-Rahmenplan für den Freistaat Sachsen zeigt vor dem Hintergrund der bestehenden Rahmenbedingungen Handlungsstrategien auf, die Folgen des demographischen Wandels im Freistaat Sachsen positiv zu gestalten. Ältere Menschen sind ein wachsender Teil unserer Gesellschaft. Ziel ist es, die älteren und alten Menschen, auch wenn sie hilfe- und pflegebedürftig geworden sind, in die Gesellschaft zu integrieren, ihre aktive Teilhabe zu sichern.

Der Altenhilfe-Rahmenplan will Impulse geben für eine Neuentdeckung des Potenzials der älteren Generation in Sachsen. Er möchte dafür werben, die ältere Generation viel stärker als bislang für die vielfältigen Aufgaben in der Gesellschaft zu nutzen. Er will die Generationen untereinander auf ihre gemeinsame Verantwortung für sich selbst, aber auch für die Zukunft unserer Gesellschaft hinweisen. Der Altenhilfe-Rahmenplan gibt Anregungen, den demographischen Wandel für unsere gemeinsame Zukunftsgestaltung zu nutzen. Es werden Strategien und Wege aufgezeigt, die Lebensqualität der älteren Menschen unter Beachtung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu sichern.

Alle Impulse und Strategien können jedoch nur dann wirksam werden, wenn Land, Kommunen und die verschiedenen gesellschaftlichen Kräfte wie Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Gewerkschaften sowie Vereine und Verbände aktiv und miteinander vernetzt die Zukunft angehen. Ich wünsche uns allen die notwendige Kraft und den Mut, diese Herausforderung anzunehmen und zur Zufriedenheit aller Beteiligten positiv zu gestalten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Helma Orosz'. The signature is fluid and cursive, with a large loop at the end.

Helma Orosz

Sächsische Staatsministerin für Soziales

Inhaltsverzeichnis

A.	Präambel	7
	Die Zielgruppen des Altenhilfe-Rahmenplans	9
B.	Situationsanalyse	11
1.	Die soziodemographische Entwicklung	11
1.1	Die Entwicklung der Bevölkerung	11
1.2	Die regionalspezifische Entwicklung	12
1.3	Lebensformen im Alter	13
1.4	Veränderungen familiärer Strukturen	13
1.5	Partizipation	14
2.	Die Wohnsituation älterer Menschen	17
2.1	Differenziertes Wohnen im Alter	17
2.2	Herkömmliches Wohnen, Maßnahmen der Wohnraumanpassung und altengerechtes Wohnumfeld	17
2.3	Die Pflegeeinrichtung und ihre personelle und finanzielle Ausstattung	18
2.4	Alternatives Wohnen	20
2.4.1	Gemeinschaftliches Wohnen	20
2.4.2	Mehrgenerationenwohnen	21
2.4.3	Gemeinsames Wohnen im Alter	21
2.4.4	Betreutes Wohnen	22
3.	Pflegeangebote	23
3.1	Differenzierte Pflegeangebote im Freistaat Sachsen	23
3.2	Zur Finanzierung der Pflege	24
3.3	Zur Pflegestatistik	24
3.4	Niedrigschwellige Betreuungsangebote	27
3.5	Ambulante Pflegedienste	28
3.6	Teilstationäre und stationäre Pflege	29
3.7	Hospiz- und Palliativeinrichtungen	30
4.	Die ökonomische Situation der älteren Menschen	31
5.	Konsequenzen für die Altenhilfe	32
C.	Politische Handlungsfelder	34
1.	Ermutigung zu aktiver Lebensgestaltung im Alter	34
1.1	Mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	34
1.2	Neuer Schwerpunkt Offene Seniorenarbeit	36
1.3	Offensive für Lebenslanges Lernen	37
1.4	Stärkung des ehrenamtlichen Engagements	39
	Förderung des bürgerschaftlichen Engagements „Wir für Sachsen“	43
2.	Für ein stärker differenziertes Wohnen im Alter	46
2.1	Wohnberatung und Wohnanpassungsmaßnahmen angesichts unterschiedlicher Bedarfslagen	46
2.2	Neues Denken auch für herkömmliches Wohnen	48

2.3	Für mehr neue Wohnformen im Alter	48
2.4	Wohngemeinschaften als alternative Betreuungsform für demenzkranke Menschen	50
3.	Wichtiges Ziel: Gesundes Altern	51
3.1	Den Stellenwert gesundheitlicher Prävention erhöhen	51
3.2	Medizinische Versorgung im ganzen Land sichern	52
3.3	Bessere Vernetzung der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung	54
3.4	Mit geriatrischer Rehabilitation Pflegebedürftigkeit abwenden	56
4.	Richtige Ausgestaltung der Pflege als eine zentrale Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft	57
4.1	Umfassende Aufgabe: Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung weiter voran bringen	57
4.2	Haushaltsnahe Dienstleistungen fördern	59
4.3	Bessere Vereinbarkeit von häuslicher Familienpflege und Erwerbstätigkeit	60
4.4	Niedrigschwellige Betreuungsangebote ausbauen	60
4.5	Ambulante Hilfen verstärkt in den Blick nehmen	61
4.6	Personenbezogenes Pflegebudget ermöglichen	62
4.7	Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen besser auslasten	63
4.8	Kurzzeitpflege optimaler konzipieren	64
4.9	Neue Konzeptionen für Pflegeeinrichtungen	65
4.10	Die unterschiedlichen Hilfeangebote stärker vernetzen und Schnittstellen gestalten	66
4.11	Regionale Pflegearrangements zur Stärkung der Vernetzung etablieren	67
4.12	Hospiz- und Palliativarbeit weiter ausgestalten	68
4.13	Älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung gezielte Hilfen gewähren	70
4.14	Ältere Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt in den Blick nehmen	71
4.15	Menschenwürde wahren – auch bei freiheitsentziehenden Maßnahmen	72
4.16	Häuslicher Gewalt vorbeugen	73
4.17	Illegale Pflege verhindern	74
D.	Altenhilfe als Gestaltungsaufgabe von Land, Kommunen und Trägern	76
1.	Altenhilfe-Rahmenplan als Instrument zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur der Altenhilfe des Landes	76
2.	Kommunale Altenhilfepläne als Chance für eine umfassende Sichtweise zukunftsorientierter Politikgestaltung für und mit älteren Menschen auf örtlicher Ebene	78
3.	Die Träger der Dienste und Einrichtungen als Garanten zur Absicherung eines vielfältigen, flächendeckenden, bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Altenhilfeangebotes	81
	Literaturverzeichnis	83
	Abkürzungsverzeichnis	86

A. Präambel

„Die Zeit drängt für Sachsen.“

Mit diesen Worten beginnen die Empfehlungen der „Expertenkommission demographischer Wandel Sachsen“, die im Herbst 2006 mit dem Ziel vorgelegt worden sind, eben diesen Wandel in unserem Land zu bewältigen - und das heißt in Sachsen: Zukunftsgerichtet gestalten. Tatsächlich drängen die gesellschaftlichen Veränderungen zum Handeln. Im Vergleich aller deutschen Länder hat Sachsen mit über 44 Jahren den höchsten Altersdurchschnitt. Bis zum Jahre 2020 wird dieser auf rund 49 Jahre ansteigen. Der Anteil der älteren und alten Menschen wird rapide zunehmen. Die Folgen des demographischen Wandels werden in Sachsen früher als in den anderen Ländern spürbar sein.

Die Politik allein kann diese demographische Situation weder kurz- noch mittelfristig stoppen oder gar umkehren. Politik kann Rahmenbedingungen schaffen: Unser Land und seine Bürgerinnen und Bürger¹ müssen auf eine deutlich älter werdende Gesellschaft vorbereitet und eingestellt werden. Dafür werden außerordentliche Anstrengungen auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen dauerhaft notwendig sein.

Dieses Ziel ist erreichbar, wenn

- das Potenzial der älteren Generation neu entdeckt und viel stärker für die vielfältigen Aufgaben in der Gesellschaft genutzt wird als bislang, und
- die Generationen ihre gemeinsame Verantwortung für sich selbst und für das Gemeinwohl noch deutlicher erkennen und neue Wege eigenverantwortlichen und solidarischen Handelns gehen.

Vor diesem Hintergrund sieht sich die Sächsische Staatsregierung in besonderer Verantwortung, auch Seniorenpolitik und Altenhilfe auf die zu erwartenden erheblichen Veränderungen in der Gesellschaft rechtzeitig vorzubereiten.

Bereits 2003 hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS) einen Landesseniorenbericht vorgelegt. Zentrales Anliegen dieses Berichtes war es, „das Bild vom Alter beziehungsweise (bzw.) vom älteren Menschen im Freistaat in seiner Differenziertheit und Vielschichtigkeit darzustellen und damit einen Beitrag zu einem zeitgemäßen, sachgerechten Umgang mit dem ´Alter´ zu leisten.“ Der Bericht ist nach wie vor aktuell; Fortschreibungen in ausgewählten Teilbereichen sind geplant. Darauf können wir aufbauen und weiter arbeiten.

¹ bei geschlechtsspezifischen Bezeichnungen wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form gewählt; damit ist keine geschlechtsspezifische Benachteiligung beabsichtigt

Wie die Umsetzung gelingen könnte, wird mit innovativen Ideen auf den zwei jährlich stattfindenden Sächsischen Seniorentagen gezeigt. Dort präsentiert sich ein großer Markt der Möglichkeiten, wo auf sehr unterschiedliche und originelle Weise dargestellt wird, wie die Umsetzung der Bewältigung des demografischen Wandels praktisch aussehen könnte. Dabei wird auch ersichtlich, dass zahlreiche Lösungsansätze und Initiativen aus dem Engagement und der Innovationskraft von bürgerschaftlich freiwillig Tätigen kommen.

Wichtige Impulse hat auch der 1. Sächsische Altenpflegekongress 2006 gegeben, auf dessen Ergebnisse ausdrücklich verwiesen wird. Und auch von den künftigen Sächsischen Altenhilfekongressen dürfen Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Altenhilfe unter den veränderten Bedingungen erwartet werden.

Es ist das Ziel des SMS, fortlaufend Foren anzubieten, die den Diskurs zwischen unterschiedlichsten Akteuren im Bereich der Altenhilfe und Seniorenpolitik befördern sollen.

Diesem Ziel dient auch der vorliegende Altenhilfe-Rahmenplan, mit dem zugleich eine Festlegung aus der Koalitionsvereinbarung vom Herbst 2004 erfüllt wird. In komprimierter Form gibt er Auskunft über das Erreichte. Der Plan soll darüber hinaus anregen, den Freistaat weiterhin nachhaltig positiv zu gestalten. Es geht um die Zukunftsfähigkeit Sachsens; es geht um uns alle. Deshalb greift der Altenhilfe-Rahmenplan alle seniorenpolitisch und altenhilferechtlich wichtigen Handlungsfelder auf, insbesondere auch diejenigen, die generationenübergreifend wirksam werden.

Alle Bereiche von Seniorenpolitik und Altenhilfe sollen im Hinblick auf das Jahr 2020 in ihrer landespolitischen Bedeutung thematisiert werden. Zugleich sollen die kreisfreien Städte und Landkreise sowie die kreisangehörigen Gemeinden ermutigt werden, ihre kommunalpolitische Verantwortung für eine moderne Senioren- und Altenhilfepolitik immer wieder neu zu bestimmen und alle Gestaltungsspielräume zu nutzen. Altenhilfe-Rahmenplanung des Landes und kommunale Altenhilfeplanung sollen nicht nebeneinander stehen, sondern wirksam ineinander greifen und sich wechselseitig ergänzen, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu nutzen und Synergien zu erzielen.

Wesentliche Ziele des vorliegenden Altenhilfe-Rahmenplans bestehen darin,

- die Entwicklung einer aktiven Bürgergesellschaft unter angemessener Einbeziehung der älteren Generation zu unterstützen und voran zu bringen,
- die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich der Seniorenpolitik und Altenhilfe auf Landesebene zu fördern und zu vernetzen,
- die kommunalen Gebietskörperschaften zur engagierten Kooperation bei allen übergreifenden Aufgaben von Familienpolitik, Gesundheitspolitik, Seniorenpolitik, Altenhilfe und Altenpflege einzuladen,

- Strategien zu entwickeln, die unter Beachtung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der älteren Menschen dem zunehmenden Hilfebedarf älterer und alter Menschen dienen und nicht zuletzt
- Sorge dafür zu tragen, dass die Lebensqualität der Senioren und insbesondere der hilfebedürftigen älteren und alten Menschen gesichert oder verbessert wird.

Land und Kommunen gestalten stets miteinander. Dies dient der Ausgestaltung der Gemeinwesen und sichert die Umsetzung des Auftrags nach Artikel 28 GG. Aus diesem Grund ist ein so weit wie möglich abgestimmtes Vorgehen bei den großen gemeinsamen Aufgaben nicht nur sinnvoll, sondern notwendig, damit die vorhandenen Kräfte gebündelt werden können.

Genau so wichtig bleibt aber auch die Zusammenarbeit des Landes mit den verschiedenen gesellschaftlichen Kräften, wie den Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen, den Gewerkschaften sowie den Vereinen und Initiativen und nicht zuletzt den Seniorenbeiräten und den Seniorenvertretungen. Diese unverzichtbare Mitarbeit aller Beteiligten muss weiter gestärkt und gefördert werden. Der Altenhilfe-Rahmenplan soll in diesem Sinne vor allem Handlungsorientierung geben.

Er gibt außerdem Auskunft darüber, in welche Richtung sich Seniorenpolitik und Altenhilfe in Sachsen in den kommenden Jahren unter Beachtung neuester Erkenntnisse aus Forschung und Lehre entwickeln sollen.

Die Zielgruppen des Altenhilfe-Rahmenplans

Die Bestimmung der Zielgruppen des Altenhilfe-Rahmenplans erfolgt nach dem Lebensalter. Dies schließt die Frage ein, wie die Lebensabschnitte einerseits soziologisch konstruiert und andererseits individuell erlebt werden. Es bietet sich hierbei an, vom sogenannten „Dritten Lebensalter“ und „Vierten Lebensalter“ zu sprechen.

Besonderheiten des „Dritten Lebensalters“:

- Altersbereich vom 60. bis zum 80./85. Lebensjahr,
- Verlängerung der nachberuflichen Lebensphase durch den vorgezogenen Beginn (auf Grund früherer Verrentung) und das spätere Ende (auf Grund steigender Lebenserwartung) des Lebensabschnitts "Alter",
- insgesamt noch gute „Ausstattung“ eines Großteils der Menschen dieser Altersgruppe mit gesundheitlichen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen,
- aktive, selbstbestimmte und mitverantwortliche Lebensgestaltung,
- freizeitorientierter Lebensstil, der sich nur graduell vom Lebensstil erwerbstätiger Menschen unterscheidet.

Besonderheiten des „Vierten Lebensalters“:

- Altersbereich ab dem 80./85. Lebensjahr,
- allgemeiner, das heißt, alle physischen Funktionen und Systeme betreffender Altersabbau (vgl. Baltes in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1999),
- steigende Altersdemenz (2 bis 3 % der 70-Jährigen, 10 bis 15 % der 80-Jährigen und fast 50 % der 90-Jährigen leiden an demenziellen Erkrankungen),
- deutliche Zunahme gesundheitlicher Probleme; insbesondere chronische Krankheiten, Multimorbidität, psychische Veränderungen und Pflegebedürftigkeit,
- altersbedingte körperliche Einschränkungen zwingen zu Anpassungen des Alltagslebens,
- Anstieg der Schutzbedürftigkeit in hohem Maße (insbesondere durch Demenz),
- verminderte Sprachverarbeitung und Wahrnehmungsgeschwindigkeit,
- Mangel an zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Rollen (bezogen auf soziale Aspekte des Alterns).

Diese Einteilung in „Drittes“ und „Viertes Lebensalter“ impliziert, dass entscheidendes Kriterium bei der Bestimmung der Zielgruppen die Pflegebedürftigkeit ist. Insofern müsste ein Mensch mit einem Alter von unter 80 Jahren, der aber pflegebedürftig ist, zum „Vierten Lebensalter“ gezählt werden, obgleich er nach dieser Klassifikation erst zum „Dritten Lebensalter“ gehören würde. Umgekehrt würde das allerdings nicht gelten: ein 80-Jähriger, der noch nicht pflegebedürftig ist, wird dennoch als dem „Vierten Lebensalter“ zugehörig gesehen, weil Hilfebedürftigkeit zumindest theoretisch mit steigendem Alter deutlich zunimmt (vgl. Lieber, Thiele, Zichner & Ziller 2006, S. 5-7). Schon diese Analyse zeigt, dass bereits bei der Bestimmung der Zielgruppen ein Wandel erforderlich ist: Alter ist eben nicht gleichzusetzen mit Pflegebedürftigkeit, und Pflegebedürftigkeit tritt umgekehrt nicht nur im hohen Alter auf.

B. Situationsanalyse

1. Die soziodemographische Entwicklung

1.1 Die Entwicklung der Bevölkerung

Schon mit der Durchführung des Sächsischen Demographie-Gipfels im April 2004 hat die Staatsregierung ein wichtiges Zeichen gesetzt. Ziel dieses Gipfels war es, das Informationsdefizit über den demographischen Wandel sowie die Folgen für Sachsen stärker in das Bewusstsein zu heben. Die dafür eingesetzte Expertenkommission „Demographischer Wandel Sachsen“ mit den sechs Arbeitsgruppen (AG) „Raumentwicklung und technische Infrastruktur“, „Bildung und Forschung“, „Wirtschaft und Arbeit“, „Finanzen und Verwaltung“, „Gesundheit und Pflege“ und „Familie und Gesellschaft“ erarbeitete die „Empfehlungen zur Bewältigung des demographischen Wandels im Freistaat Sachsen“ als Handlungsleitfaden für die sächsische Politik der nächsten Jahre.

Die Analyse der Bevölkerungsentwicklung zeigt: die Bevölkerungszahl hat sich in Sachsen von 4,8 Mio. Einwohnern im Jahr 1990 auf heute 4,3 Mio. verringert und wird bis zum Jahr 2020 auf ca. 3,7 Mio. Einwohner sinken. Wesentlicher Grund für den Rückgang der Bevölkerung ist das niedrige Geburtenniveau (vgl. Zichner & Ziller 2006, S. 6-7).

Erkennbar ist die Entwicklung einer alternden Bevölkerung. Das heißt: stärker besetzte Geburtsjahrgänge rücken in ein höheres Lebensalter und werden tendenziell durch schwächere ersetzt (vgl. Dorbritz 2004, S. 9).

Der **Jugendquotient** lag 1990 noch bei 37 Kindern und Jugendlichen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter. 2002 war er auf ca. 27 gesunken und 2020 wird er bei 25,4 angekommen sein. In einem Zeitraum von 30 Jahren verschieben sich diese Werte um ein Drittel zu Ungunsten der jungen Generation. Der **Altersquotient** verläuft demzufolge in die entgegengesetzte Richtung. Er steigt von 18 im Jahr 1990 über 25,2 im Jahr 2002 auf 32,8 Personen je 100 der Bevölkerung im Rentenalter im Jahr 2020 (vgl. ebd., S. 9).

Der **Unterstützungskoeffizient** gibt die Größenverhältnisse zwischen der jüngeren und älteren Generation an. Das Verhältnis der 20- bis 59-Jährigen zu den 60-Jährigen entwickelt sich danach zu Ungunsten der Unterstützungspotentiale. 1990 standen im Durchschnitt 3,4 Personen einem älteren Menschen gegenüber, 2002 waren es nur noch 2,4 und 2020 werden es noch 2,1 Personen sein. Ähnliches gilt auch für den **intergenerationellen Unterstützungskoeffizienten**. 1990 kamen 11,5 Personen in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen auf eine zu betreuende über 80-jährige Person. Im Jahr 2020 wird die Zahl der für die Betreuung zur Verfügung stehenden Personen nach einem vorübergehenden Anstieg auf 14,2 auf 6,1 Personen zurückgehen (vgl. ebd., S. 9).

Nicht nur die Hauptaltersgruppen verändern sich zueinander, sondern auch die Altersstruktur innerhalb der Hauptaltersgruppen. Die größte Gruppe der Bevölkerung, die zwischen 50- bis unter 65-Jährigen, wird von 30 % im Jahr 2000 kontinuierlich ansteigen und bis 2050 38 % erreicht haben. Dagegen wird die Gruppe der 30- bis unter 50-Jährigen von 51 % im Jahr 2000 auf 44 % im Jahr 2050 sinken. Die jüngste Gruppe bleibt relativ stabil bei 18 % bis 19 %. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wird sich verringern (vgl. SMS 2004, S. 24 - 25).

Ein dramatischer Anstieg wird in der Gruppe des „Vierten Lebensalters“ zu verzeichnen sein, die auch als „hochaltrig“ bezeichnet wird. Von den heute 50-jährigen Frauen werden 65 % mit statistischer Wahrscheinlichkeit den 80. Geburtstag erleben und von den 50-jährigen Männern 44 %. Das Erreichen der Hochaltrigkeit wird somit zur Regel (vgl. ebd., S. 25). Die Anzahl der Personen im Alter von 80 und mehr Jahren im Freistaat Sachsen stieg seit 1990 nur langsam von 198.200 auf 201.600 Personen im Jahr 2002. Bis 2020 ist beinahe eine Verdopplung (88,1 %), ebenso wie der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung (von derzeit 4,6 % auf 9,7 % bzw. 9 %), zu erwarten (vgl. ebd., S. 26). Von daher wird die Altenhilfe in Zukunft einen wichtigen Schwerpunkt darin sehen müssen, auf den zu erwartenden veränderten Bedarf der Gruppe der Hochaltrigen adäquate Angebote zu entwickeln. Das gilt auch besonders für alte Menschen mit Behinderung.

Das Altern der Gesellschaft ist somit hauptsächlich durch den Anstieg der Lebenserwartung des Einzelnen, durch das hohe Geburtendefizit und das Älterwerden der geburtenstarken Jahrgänge verursacht (vgl. ebd., S. 20). Der Prozess des Alterns der Bevölkerung verläuft am schnellsten dort, wo die höchsten Abwanderungen zu verzeichnen sind (vgl. Dorbritz 2004, S. 7).

1.2 Die regionalspezifische Entwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung verläuft in den kreisfreien Städten sowie in den Landkreisen Sachsens sehr unterschiedlich. Fast alle kommunalen Gebietskörperschaften hatten in der Zeit zwischen 1990 und 2002 Bevölkerungsrückgänge zu verzeichnen. Die größeren Städte wie Leipzig, Chemnitz und Dresden haben zahlenmäßig die größten Verluste. Nur der Weißeritzkreis, der Muldentalkreis und der Landkreis Kamenz verfügen über leichte Zuwächse. Insbesondere kleinere Städte verlieren anteilmäßig die meiste Bevölkerung, wie zum Beispiel Hoyerswerda und Görlitz. Aber auch Zwickau hat proportional zur Bevölkerungsgröße hohe Bevölkerungsverluste. In den Landkreisen Delitzsch, Leipziger Land und Meißen sind die Bevölkerungsrückgänge relativ niedrig.

Das Altern in Sachsen vollzieht sich generell sehr schnell - es gibt keinen Kreis, in dem nicht der Jugendquotient gesunken und der Altenquotient gestiegen ist (vgl. Dorbritz 2004, S. 10 - 12). In Hoyerswerda, 1989 die jüngste Stadt Sachsens, ist der Alterungsprozess am

schnellsten vorangeschritten. Das Durchschnittsalter ist in dieser Region um neun Jahre angestiegen; der Anteil der über 65-Jährigen ist von 8 % auf 19 % angewachsen. In Görlitz-Stadt, Chemnitz-Stadt, dem Niederschlesischen Oberlausitzkreis und im Landkreis Riesa-Großenhain findet man ebenfalls einen überdurchschnittlich starken Alterungstrend. Das Durchschnittsalter ist in diesen Regionen um fünf Jahre gestiegen.

Jedoch schreitet der Alterungsprozess nicht in allen Regionen so rasant voran. In den Landkreisen Weißeritzkreis, Zwickauer Land, Meißen, Chemnitzer Land, Mittweida und Stollberg findet ein langsames Altern statt. In diesen Landkreisen hat sich das Durchschnittsalter um 2,7 bis 3,4 Jahre erhöht. Aber auch hier wird in Zukunft ein schnelleres Altern der Bevölkerung nicht zu verhindern sein.

1.3 Lebensformen im Alter

Fast 98 % der Bevölkerung in Sachsen (Mikrozensus 2002) wohnt bis ins hohe Alter in privaten Haushalten. Für Frauen ist der Einpersonenhaushalt ab dem 75. Lebensjahr die vorherrschende Haushaltsform. Für Männer, selbst im hohen Alter, ist der Mehrpersonenhaushalt die dominierende private Lebensform (vgl. SMS 2004, S. 154). Von einer weiteren Zunahme der Zahl von älteren Alleinstehenden und Einpersonenhaushalten ist auszugehen.

Bemerkenswert ist, dass nach der Bevölkerungsstatistik von den 936.000 Menschen in Sachsen im Alter von 65 und mehr Jahren gut ein Drittel (326.000) in Einpersonenhaushalten und mehr als 60 % (571.000) in Zweipersonenhaushalten lebten. Lediglich 31.000 Menschen dieser Altersgruppe leben in Dreipersonenhaushalten und 5.200 in Vierpersonenhaushalten.

Infolge der rückläufigen Heiratshäufigkeit, des gestiegenen durchschnittlichen Erstheiratsalters, des Trends der insgesamt abnehmenden Wiederheiratsneigung und der stark gestiegenen Zahl der Scheidungen, auch bei langjährigen Ehen, ist zukünftig eine Zunahme von Menschen, die im Alter ohne Partner leben, zu erwarten. Darüber hinaus gibt es eine wachsende Zahl nichtehelicher Partnerschaften. Aber auch gleichgeschlechtliche Lebensformen im Alter werden an Bedeutung gewinnen.

1.4 Veränderungen familiärer Strukturen

„Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung begegnen sich in der heutigen Familie gleichzeitig so viele Generationen wie nie zuvor. Das frühere Drei-Generationen-Modell der Familie wird heute durch die Vier- bis Fünf-Generationen-Folge ersetzt“ (Thiele 2001, S. 54). Das niedrige Alter bei der Erstelternschaft der heute 70- bis 85-jährigen Menschen in Ostdeutschland führte dazu, dass 37 % dieser Altersgruppe Kinder, Enkel und Urenkel haben. Die gegenwärtig vorherrschende Tendenz einer späten Familiengründung in Deutschland

führt wieder zu einem höheren Generationenabstand und wird ein weiteres Anwachsen der Mehrgenerationengesellschaft bremsen.

So lag das Alter der ostdeutschen Frauen bei der Erstgeburt im Durchschnitt der Kohorte 1964 Geborener bei 22 Jahren im Gegensatz zu 28 Jahren bei den westdeutschen Frauen. Im Vergleich zur Kohorte 1972 ist das Alter bei der Erstgeburt der ostdeutschen Frauen um 5 Jahre gestiegen (vgl. Kreyenfeld & Konietzka in Milbradt & Meier 2004, S. 80). Im Jahre 2004 betrug das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes 29 Jahre.

Aufgrund der wachsenden Zahl der Ein-Kind-Familien ist bereits heute die Zahl der Großeltern höher als die der Enkelkinder. Durch die Zunahme der räumlichen Distanz zwischen den Generationen werden die Kontakte seltener und beschränken sich auf die Ferienzeit. Außerdem entfällt zunehmend die Möglichkeit der Kleinkindbetreuung durch die Großeltern (vgl. SMS 2004, S. 163).

Seit Jahren ist ein Rücklauf des Bevölkerungsanteils der älteren Bevölkerung, der in Haushalten mit zwei Generationen oder sogar drei oder mehr Generationen lebt, feststellbar. Zunehmend entwickeln sich multilokale Mehrgenerationenfamilien. Die erhöhte Mobilität und Flexibilität der heute erwerbstätigen Generation führen zu einer veränderten Beziehung zwischen den Haushalten, aber nicht zwangsläufig zu einem Verlust an Beziehungsqualität.

Die Veränderung der Familien- und Haushaltsstrukturen hat auch nicht zu einem Nachlassen der intergenerationellen Solidarität geführt. Die Hilfe- und Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen erstrecken sich über praktische Hilfen, soziale bzw. immaterielle Leistungen bis hin zu materiellen Unterstützungsleistungen. Letztere fließen überwiegend von den Älteren zu den Mittleren und Jüngeren, während die Älteren von den Jüngeren hauptsächlich praktische Hilfen erhalten. Der mittleren Generation stehen erhöhte Anforderungen gegenüber. Diese sogenannte „Sandwich-Generation“ unterstützt haushaltsübergreifend einerseits die eigenen Kinder, und andererseits sind sie mit den (Ehe-)Partnern die primären Unterstützungspersonen für die (Schwieger-)Eltern. Das gilt besonders für den Bereich der Pflege.

1.5 Partizipation

Altenhilfepolitik in Sachsen setzt von Anfang an auf die engagierte Mitwirkung von Seniorinnen und Senioren bei allen politischen und gesellschaftlichen Belangen. So weit wie möglich soll die Sächsische Altenhilfepolitik mit den älteren Menschen gestaltet werden. Sie sollen sich in alle relevanten politischen Prozesse einbezogen wissen. Ihr Engagement und ihr Rat sind für eine zukunftsorientierte Altenhilfepolitik des Landes unerlässlich.

Darüber hinaus gilt es aber auch, den älteren Menschen Mut zu machen, von selbst aktiv zu werden, sich zusammen zu schließen und zu organisieren, um ihre berechtigten Interessen wirkungsvoll in die öffentlichen Debatten einzubringen. Tatsächlich geschieht das schon in beachtlichem Maße. Denn die positive Sicht auf das höhere und hohe Alter, auf die vorhan-

denen Kompetenzen und Ressourcen älterer und alter Menschen, ist wesentlich von dieser Generation selbst geprägt worden. Dabei wurde immer deutlicher: „Das Alter“ gibt es nicht. Vielmehr zeigt es sich in sehr unterschiedlichen Facetten. Auch regionale Unterschiede, insbesondere zwischen Stadt und Land sind bedeutsam.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung verdienen zwei Gremien auf Landesebene besondere Beachtung: der Landesseniorenbeirat Sachsen und die LandesSeniorenVertretung für Sachsen e.V. Über beide Gremien informiert ausführlich der Sächsische Seniorenbericht von 2004. Ergänzend dazu wird auf folgendes verwiesen:

Der Landesseniorenbeirat Sachsen, das Beratungsgremium der Staatsregierung in allen seniorenpolitisch relevanten Fragen, befindet sich derzeit in seiner vierten Amtszeit. Sie begann im September 2005 und endet im Mai 2009. Der Landesseniorenbeirat setzt sich aus 25 Mitgliedern und 21 Stellvertretern zusammen. Das Gremium tritt in der Regel viermal jährlich zusammen. Daneben arbeiten derzeit vier AGs, die AG „Reform der sozialen Sicherungssysteme“, die AG „Aktiv im Alter“, die AG „Wohnformen und Bauen im Alter“ und die AG „Altenhilfe“.

Aktuelle und künftige Schwerpunkte sieht der Landesseniorenbeirat in folgenden Themen:

- Umbau des Sozialstaats und der sozialen Sicherungssysteme,
- geeignete Wohnformen für Senioren,
- Sicherheit für Senioren und Gestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs,
- ehrenamtliche Tätigkeit und ihre Förderung,
- die weitere demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf das Leben älterer und alter Menschen,
- die Teilhabe von Senioren am allgemeinen Leben der Gesellschaft,
- die Verantwortung für angemessene Lebensbedingungen und nicht zuletzt
- die künftige Entwicklung der Pflege und die Entwicklung besonderer Angebote für demenzkranke Menschen.

Die LandesSeniorenVertretung für Sachsen e.V. gründete sich im August 1999. Bereits seit 1991 bildeten sich – als Initiativen von unten – in immer mehr Kommunen örtliche Seniorenvertretungen. Ein Zusammenschluss der örtlich agierenden Beiräte, Räte oder Vertretungen erwies sich als sinnvoll, um wirkungsvoll die Interessen der älteren Generation zu vertreten. Die LandesSeniorenVertretung arbeitet parteipolitisch und weltanschaulich unabhängig. Ihre besondere Aufgabe ist die Organisation der Zusammenarbeit regionaler Seniorenvertretungen und deren inhaltliche Koordinierung.

Die Arbeit der LandesSeniorenVertretung ist zunehmend projektorientiert ausgerichtet. Typische Arbeitsformen sind Beratung und Information, Mithilfe bei der Bildung weiterer örtlicher Vertretungen, Angebote der Fort- und Weiterbildung, Bündelung der Interessen von Senioren und Vertretung auf Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorgani-

sationen (BAGSO). Die Arbeit der LandesSeniorenVertretung wird durch die Richtlinie Soziale Arbeit des SMS gefördert.

Nach einem Bericht der LandesSeniorenVertretung vom April 2006 gibt es inzwischen örtliche Seniorenvertretungen in 29 kommunalen Gebietskörperschaften:

- in allen 7 kreisfreien Städten (Dresden, Leipzig, Chemnitz, Plauen, Zwickau, Hoyerswerda, Görlitz);
- in 10 Landkreisen (Aue-Schwarzenberg, Kamenz, Löbau-Zittau, Mittlerer Erzgebirgskreis, Muldentalkreis, Niederschlesischer Oberlausitzkreis, Sächsische Schweiz, Vogtlandkreis, Weißeritzkreis, Zwickauer Land);
- im Landkreis Bautzen befindet sich die kommunale Seniorenvertretung im Aufbau.
- Darüber hinaus sind in 11 kreisangehörigen Städten kommunale Seniorenvertretungen etabliert (Annaberg-Buchholz, Coswig, Eilenburg, Freiberg, Glauchau, Löbau, Markkleeberg, Markranstädt, Meißen, Pirna, Reichenbach).

Arbeitsweise und Arbeitsbedingungen der kommunalen Seniorenvertretungen zeigen sich sehr unterschiedlich, da sie aufgrund unterschiedlicher örtlicher Situationen und Engagements verschiedenartig gewachsen sind.

Bemerkenswert ist eine Abfrage der LandesSeniorenVertretung aus dem Jahr 2005 bei allen kreisfreien Städten und Landkreisen nach den Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen der kommunalen Seniorenvertretungen. Dadurch liegen detaillierte Informationen über den Entwicklungsstand von Seniorenvertretungen in den kommunalen Gebietskörperschaften vor.

Folgende Fragen wurden gestellt:

- Gibt es eine Seniorenvertretung?
- Seit wann besteht Sie?
- Wer sind die Partner in Verwaltung und Parlament?
- Welche Art von Legitimation durch die Kommune besteht für die Arbeit?
- Welche Grundsatzdokumente gibt es?
- Wie ist die Seniorenvertretung zusammengesetzt?
- Wie lang dauert die Amtsperiode?
- Welche Mitwirkungsmöglichkeiten bestehen?
- Welche sonstigen Aktivitäten bestehen?
- Welche Arbeitsweise hat sich im in der Zeit entwickelt?

Gleichzeitig hat die LandesSeniorenVertretung eine Abfrage gestartet und ausgewertet, die Angaben über Planungs- bzw. Verwaltungsdokumente im Blick auf die Bedeutung für ältere Bürger, Aussagen zu kommunalen Altenhilfeplanungen sowie Informationen zu Mitwirkungsmöglichkeiten für Seniorenvertretungen beinhalten.

Landesseniorenbeirat und LandesSeniorenVertretung arbeiten eng zusammen. Dazu trägt auch bei, dass die LandesSeniorenVertretung mit drei Personen im Landesseniorenbeirat

vertreten ist. Beide Gremien haben zu einer beachtlichen Beteiligungskultur von älteren Menschen beigetragen.

2. Die Wohnsituation älterer Menschen

2.1 Differenziertes Wohnen im Alter

Die Wohnung und das Wohnumfeld behalten und erlangen für ältere und alte Menschen eine besondere Bedeutung. Für sie werden die Grenzen des eigenen Lebensraumes mit zunehmendem Alter sowie abnehmender Mobilität enger, der Bewegungsradius nimmt ab. Dadurch wird die Wohnung, mehr als für junge Menschen, zum zentralen Lebens- und Aufenthaltsort. Die Bedingungen des Wohnens bestimmen ganz wesentlich die Lebensqualität.

Ältere Menschen wollen mehrheitlich so lange wie möglich selbständig in der ihnen vertrauten Umgebung wohnen. Gleichwohl nimmt in jüngster Zeit die Anzahl umzugsbereiter Menschen im Alter zu. Das gilt für die „jungen“ Alten mehr als für die älteren Senioren. Sie sind durchaus bereit, Neues zu erproben – auch neues Wohnen. Immerhin sind mehr als 50 % aller Altershaushalte umzugsbereit (vgl. Schader-Stiftung 2001).

Gleichzeitig wachsen das Interesse und damit auch der Bedarf an neuen selbstbestimmten Wohnformen im Alter. Auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wollen ältere und alte Menschen ein möglichst autonomes Leben führen und nicht fremdbestimmt leben. Institutionalisierte Wohnformen, die primär auf eine funktionelle Pflege ausgerichtet sind, stoßen auf eine geringe Akzeptanz. 80 % der Pflegebedürftigen können sich heute ein Leben im Heim nicht mehr vorstellen (vgl. Kremer-Preis & Stolarz 2003, S. 8).

2.2 Herkömmliches Wohnen, Maßnahmen der Wohnraumanpassung und altengerechtes Wohnumfeld

In der eigenen Wohnung in vertrauter Umgebung so lange wie möglich wohnen zu bleiben, ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen, über seinen Lebensmittelpunkt eigenverantwortlich zu entscheiden.

Auch im Falle eintretender Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit ist dieses Selbstbestimmungsrecht zu wahren und entsprechende Rücksicht auf die Wünsche des Betroffenen zu nehmen. Vor diesem Hintergrund erhält der Grundsatz „ambulant vor stationär“ einen konkreten Auftrag. Vielfältige Wohnraumanpassungsmaßnahmen seit 1990 haben zu einem Anstieg der Anzahl seniorengerechter Wohnungen beigetragen und somit die Lebensqualität des einzelnen älteren und hilfebedürftigen Menschen gesichert und verbessert. Zugleich muss gesehen werden, dass angesichts der stark voranschreitenden Alterung der Gesellschaft auch weiterhin großer Bedarf besteht, weiteren Wohnraum seniorengerecht zu gestalten.

Die Wohnungswirtschaft und private Wohneigentümer haben dies seit Jahren als Aufgabe erkannt und stellen sich bei Neubau- und Sanierungsmaßnahmen auf veränderte Bedarfslagen ein. Die Politik unterstützt diese Entwicklung. Aktuell geschieht dies mit der „Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums des Innern (SMI) über die Gewährung von Zuwendungen zur Anpassung von Wohnraum für generationenübergreifendes Wohnen sowie zur Schaffung von Betätigungs- und Kommunikationsmöglichkeiten 2007 (VwV Mehrgenerationenwohnen)“, die rückwirkend zum 01.01.2007 in Kraft getreten ist.

Neben der Wohnraumanpassung ist ein gut ausgebautes, altengerechtes Wohnumfeld von Bedeutung. Es sind Bedingungen erforderlich, die eine individuelle Lebensführung und ein Leben in der Gemeinschaft im Alter fördern. Dazu gehören die gute Erreichbarkeit von Dienstleistungen, öffentlichen Verkehrsmitteln, wohnungsnahen Einkaufsmöglichkeiten, sozialer und medizinischer Betreuung und Pflegediensten, aber auch das Vorhandensein von Erholungs-, Freizeit- und Bildungsmöglichkeiten.

2.3 Die Pflegeeinrichtung und ihre personelle und finanzielle Ausstattung

Ein Pflegeheim ist eine „selbständig wirtschaftende Einrichtung, in der Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können“ [§ 71 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)].

Ursprünglich als sogenannte Feierabendheime konzipiert, haben sich in den letzten zehn Jahren auch die meisten ehemaligen Altenheime zu Altenpflegeheimen mit entsprechender Struktur und Konzeption entwickelt. Im bundesweiten Vergleich lag die Wachstumsrate hinsichtlich der Anzahl der Pflegeheime in Sachsen mit + 33,0 % am höchsten [vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2006b, S. 36]. Bei den Heimplätzen war 2003 eine überdurchschnittliche Wachstumsrate von + 15,5 Prozent zu verzeichnen (vgl. ebd., S. 36). Das Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege ist in den letzten Jahren auf 82 Jahre angestiegen (vgl. ebd., S. 100). Zur Verweildauer kann bei aller notwendigen Differenzierung allgemein gesagt werden, dass sie beständig sinkt. In großen Städten liegt sie mittlerweile bei etwa einem halben Jahr. Es wird geschätzt, dass etwa die Hälfte bis zwei Drittel der vollstationär betreuten Menschen psychiatrisch erkrankt ist, davon leidet der überwiegende Teil an einer Demenz (vgl. ebd., S. 100).

Ein zentrales Kriterium für einen geregelten Ablauf des Heimgeschehens, der die Interessen und Bedürfnisse des Menschen in den Mittelpunkt stellt und hohe Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner ermöglicht, ist die Personalsituation. Seit langem ist auch anerkannt, dass zahlenmäßig ausreichendes und gut qualifiziertes Personal eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine gute Qualität in der Pflege darstellt (vgl. ebd., S. 73). Die gesetzlich vorgeschriebene Fachkraftquote in der stationären Pflege wird im

Freistaat Sachsen nach den Angaben der Heimaufsichten erfüllt. Es ist erkennbar, dass in den Kernbereichen der Pflege und Betreuung in den Jahren 1999 zu 2005 viel Personal eingestellt wurde (vgl. ebd., S. 72). Diese Anzahl besagt jedoch nichts darüber, ob der Personalschlüssel für eine angemessene Betreuung und Versorgung ausreicht.

Das SMS hat den zukünftigen Bedarf an Fachkräften im Verhältnis zu stationär betreuten Pflegebedürftigen anhand einer Trendberechnung hochgerechnet. Im Ergebnis ist festzustellen, dass der Bedarf an zusätzlichen Altenpflegern bis zum Jahr 2008 zwar rückläufig sein wird, ab dem Jahr 2009 jedoch relativ stark ansteigen wird (Berechnung des SMS, März 2007).

Um dem steigenden Anteil der psychiatrisch erkrankten Bewohner Rechnung zu tragen, unterstützt der Freistaat Sachsen im Rahmen des Europäischen Sozialfonds die Weiterbildung von Pflegekräften auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie.

Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 erhalten Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen Leistungen nach dem SGB XI. Die Pflegekassen schließen Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern ab (vgl. § 69 SGB XI). Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal je nach Pflegestufe bis zu einem maximalen monatlichen Gesamtbedarf von 1.432 Euro (vgl. § 43 SGB XI). Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die Pflegekasse. Der Träger der Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die personelle Ausstattung unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Regelungen so auszurichten, dass eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege der Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI gewährleistet ist.

Nach § 75 Absatz 1 SGB XI schließen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit den Vereinigungen der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Das Statistische Bundesamt hat aus der Pflegestatistik 2005 ermittelt, dass in der Pflegestufe III monatlich 2.706 Euro für vollstationäre Pflege und Unterkunft ausgegeben werden. In den neuen Ländern ist dabei erkennbar, dass die Heime unterdurchschnittlich vergütet werden. Lediglich 2.250 Euro werden monatlich in Sachsen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung in der Pflegestufe III ausgegeben (vgl. Statistisches Bundesamt 2005).

2.4 Alternatives Wohnen

Eine selbstbestimmte Lebensführung ist nicht nur in der herkömmlichen Wohnung möglich. Seit einigen Jahren gibt es bemerkenswerte Ansätze für neue selbstbestimmte Wohnformen im Alter. Sie werden unter dem Begriff der „alternativen Wohnformen im Alter“ zusammengefasst.

Das gemeinsame Charakteristikum dieser Wohnformen ist die Verbindung von Selbsthilfe und Solidarität beim eigenverantwortlichen Wohnen. Der Einzelne sorgt so weit wie möglich für sich selbst, steht aber nicht allein, weil er jederzeit auf die solidarische Unterstützung der anderen Bewohner zurückgreifen kann, falls er Hilfe benötigt. Umgekehrt sieht er sich selbst in der Mitverantwortung für die Mitbewohner, die sich auch auf seine Hilfe stützen können.

Diese Wohnformen zielen zugleich darauf ab, auch möglicher Einsamkeit entgegen zu wirken und Alltagskommunikation untereinander dauerhaft selbstverständlich werden zu lassen. Sie berücksichtigen im hohen Maße die individuellen und sozialen Ansprüche und Ressourcen der älteren Menschen. Angesichts veränderter Familienstrukturen ist davon auszugehen, dass diese neuen Wohnformen auch zunehmend notwendiger werden. Im Übrigen fördern sie ein möglichst langes, selbständiges und gemeinsames Leben, weil sie die Eigenkräfte und die Bereitschaft zu solidarischem Handeln unterstützen. Solche altengerechte Wohnformen bieten die Möglichkeit, selbständig zu leben, aber nicht allein, unabhängig zu sein, aber mit Verantwortung für andere und im Notfall versorgt zu sein.

Verschiedene Modelle gibt es auch in Sachsen. Da sie im rein privatrechtlichen Bereich angesiedelt sind, gibt es keine Statistik, die einen genauen Überblick über das Vorhandensein dieser Wohnformen geben könnte. Rein zahlenmäßig haben sie bislang noch keine große Bedeutung. Perspektivisch wird sich das deutlich ändern.

2.4.1 Gemeinschaftliches Wohnen

Das Besondere dieser Wohnform zeichnet sich durch das gemeinschaftliche Leben innerhalb einer Wohnung mit mehreren Zimmern als privater Sphäre bzw. mehreren abgeschlossenen Wohnungen in einem Haus mit gemeinschaftlich nutzbaren Räumen wie Küche, Wohnraum, Terrasse oder Loggia u. s. w. aus. Bei dieser Wohnform ist entscheidend, dass das Zusammenleben über den nachbarschaftlichen Kontakt und die Hilfeleistung hinausgeht. Durch die gegenseitige Unterstützung erhoffen sich die Bewohner nicht nur mehr Sicherheit, sondern auch mehr Lebensqualität. Eine weitere Besonderheit dieser Wohnform ist, dass sich die künftigen Bewohner des gemeinschaftlichen Wohnens erst finden müssen und somit zunächst frei prüfen können, ob sie zusammenpassen. Vor dem Einzug werden Kontakte zwischen den (zukünftigen) Bewohnern geknüpft und gemeinsame Vorstellungen über das Zusammenleben entwickelt. Es handelt sich also um eine Wahlgemeinschaft, in der sich die Bewohner vorher kennen und nicht um eine zufällige Konstellation, wie es zum Beispiel beim klassischen Betreuten Wohnen oder auch in stationären Einrichtungen der Fall ist. Die Initia-

toren von Wohn- und Hausgemeinschaften sind meistens „junge Alte“, die dem „Dritten Lebensalter“ zuzurechnen sind. Allerdings sind diese Wohnformen nicht auf diese Altersgruppe begrenzt, es gibt auch durchaus Hochbetagte, die hier leben. Ein weiteres Merkmal von Wohn- und Hausgemeinschaften ist, dass sie keine professionelle Betreuung einbinden, sondern auf der Basis gegenseitiger Unterstützung zusammenleben und erst im Bedarfsfall ambulante Dienste in Anspruch nehmen, wie dies auch in herkömmlichen Wohnungen mit Angehörigen der Fall ist.

2.4.2 Mehrgenerationenwohnen

Beim Mehrgenerationenwohnen nimmt das Zusammenleben mehrerer Generationen einen zentralen Stellenwert ein. Die Wohnform bezeichnet nicht nur ein Zusammenleben der verschiedenen Generationen einer Familie, sondern auch das Zusammenleben nicht-familiärer Generationen. In der Regel wohnen verwandtschaftlich verbundene oder befreundete Familien unter einem Dach. Die Wohnflächen sind entsprechend den Bedarfslagen der Bewohner unterschiedlich groß und differenziert ausgestattet. Das Mehrgenerationenwohnen kann sich auf verschiedene räumliche Ebenen beziehen. Es könnte eine Wohn- und Hausgemeinschaft sein, die Gemeinschaft mehrerer Häuser, wie beispielsweise in einem Drei-Seiten-Hof, aber auch das Zusammenleben in der Nachbarschaft.

Das Mehrgenerationenwohnen setzt sich in der Regel aus Familien mit Kindern zusammen, es werden aber auch ältere Paare und jüngere Singles integriert. Jeder hat jeweils einen eigenen Haushalt. Die Hilfeleistungen gestalten sich je nach Erfordernis und Absprachen unterschiedlich. Gemeinsame Mahlzeiten für Jung und Alt sind möglich. Jeder übernimmt das, was er am besten kann und wofür er gebraucht wird. Im Falle von Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit werden die erforderlichen Unterstützungen gegenseitig gewährt. Bei Bedarf wird professionelle Hilfe einbezogen.

2.4.3 Gemeinsames Wohnen im Alter

Beim gemeinschaftlichen Wohnen im Alter leben ältere Bewohner meist in größeren Wohnkomplexen zusammen, die von speziellen Trägern initiiert und nicht von den Bewohnern selbst ins Leben gerufen werden. Diese Wohnform verfolgt das Ziel, die nachbarschaftlichen Hilfen innerhalb einer Generation mit Bewohnern mit unterschiedlichen Bedarfslagen zu verbessern. Der Austausch gegenseitiger Unterstützungsmaßnahmen soll die jeweiligen personenspezifischen Handicaps abbauen und Vereinsamungstendenzen entgegenwirken. Das gemeinschaftliche Zusammenleben wird durch die Bereitstellung von Begegnungsräumen gefördert und teilweise durch Fach- und Betreuungspersonal unterstützt. Das Mehrgenerationenwohnen kann in das gemeinschaftliche Wohnen eingebunden sein. Damit wird

auch deutlich, dass nicht immer eine klare Trennung zwischen den Wohnformen erfolgen kann.

2.4.4 Betreutes Wohnen

Im höheren Alter betreut zu wohnen, ohne in ein Pflegeheim umziehen zu müssen, ist eine gute Alternative für immer mehr ältere Menschen. Neben der Bezeichnung Betreutes Wohnen haben sich für diese Wohnform auch andere Begriffe wie das Service-Wohnen, Wohnen plus oder Seniorenresidenz etabliert, weil dieses Wohnen nicht unbedingt eine Betreuung voraussetzt. Das Betreute Wohnen im Alter hat sich seit den 1990er Jahren zu einer quantitativ bedeutenden Wohnform entwickelt. Das Betreute Wohnen bietet als Wohnalternative zur „normalen“ Wohnung eine Versorgungssicherheit bei gleichzeitiger selbständiger Lebens- und Haushaltsführung. Es ist eine Form des Wohnens im Alter, in der die feste Verbindung zwischen Wohnungs- und Betreuungsangebot, wie sie in Heimen besteht, aufgehoben ist. Auch beim Betreuten Wohnen handelt es sich um vollständige, abgeschlossene und möglichst barrierefreie Wohnungen. Beim Eintreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kann das notwendige Maß an Betreuung frei gewählt werden. Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit kann die Wohnform erhalten bleiben, nur die Betreuungsform wird an die veränderte Hilfebedürftigkeit angepasst.

Im Gegensatz zu den solidarisch verfassten neuen Wohnformen ist das Betreute Wohnen nicht auf Mithilfe der Bewohner und solidarisches Miteinander ausgerichtet. Jeder Mieter wohnt in seiner eigenen abgeschlossenen Wohnung und nimmt nur nach seinen Wünschen an Gemeinschaftsaktivitäten teil.

Die Bewohner des Betreuten Wohnens zahlen monatlich eine so genannte Betreuungspauschale für einen Grundservice, unabhängig davon, ob dieser in Anspruch genommen wird. In der Regel umfasst der Grundservice folgende Leistungen: die Notruforganisation, den Hauservice und eine qualifizierte Betreuungskraft für Beratungs-, Informations-, Organisations- und Vermittlungsdienste. Neben dem Mietvertrag sollen die Leistungen des Grundservices sowie weitere nutzbare Wahlleistungen (z. B. Essens-, Reinigungs- und Wäschedienste, pflegerische Hilfen und Fahrdienste) und ihre Abrechnung in gesonderten Verträgen klar und eindeutig geregelt sein.

Das SMS hat unter dem Titel „Betreutes Wohnen im Alter“ eine Informationsbroschüre zur Prüfung von Angeboten herausgegeben (3. Auflage 2005). Weil das Betreute Wohnen keine Vollversorgung und keinen strukturierten Tagesablauf wie ein Heim bietet und auch nicht bieten soll, unterliegt es auch nicht der Kontrolle der staatlichen Heimaufsicht und hat demzufolge keine ordnungsrechtlichen Auflagen zu erfüllen.

Das Betreute Wohnen unterliegt keiner Anzeigepflicht und es gibt derzeit keinen verbindlichen Überblick über die Anzahl der im Freistaat Sachsen vorhandenen Wohnanlagen dieser Art.

Im September 2006 ist die neue DIN-Norm-Regelung zum Betreuten Wohnen in Kraft getreten. Die DIN-Norm 77800 definiert Mindestqualitätsstandards und schafft bundeseinheitlich eine Orientierung an Leistungsangeboten für die Anbieter. Im Rahmen dieser Einführung bietet sie den Verbrauchern eine Leistungstransparenz (Grund-, Betreuungs- und Wahlleistungen). Im Vordergrund der DIN 77800 stehen vor allem die Dienstleistungen und nicht die baulichen Anforderungen (vgl. BMFSFJ 2006c).

3. Pflegeangebote

3.1 Differenzierte Pflegeangebote im Freistaat Sachsen

Die pflegerische Infrastruktur kann heute – auch im Bundesvergleich – in Sachsen als „gut“ bewertet werden. Der ursprünglich gravierende Nachholbedarf ist ausgeglichen, sowohl im ambulanten Bereich als auch im teilstationären und stationären Bereich. Es gibt eine beachtliche Trägervielfalt.

Grundsätzlich gilt, dass alle Angebote das Wohl der pflegebedürftigen älteren und alten Menschen und die Sicherstellung einer modernen, qualitativ hochwertigen und professionellen Pflege, Betreuung und Versorgung als oberste fachliche Priorität anzusehen haben.

Neben den öffentlich geförderten Einrichtungen sind zusätzlich frei finanzierte Pflegeeinrichtungen entstanden. Wegen der demographischen Entwicklung ist ein weiterer Bedarf absehbar. Zum Stand 15. Dezember 2005 existierten in Sachsen 913 ambulante und 648 stationäre Pflegeeinrichtungen, davon 332 öffentlich geförderte.

Gemeinsam mit den Trägern wurde die Pflege in den Einrichtungen fachlich-inhaltlich und konzeptionell immer wieder überarbeitet, weiterentwickelt und neu gestaltet. Der Fachbegriff des Pflegeheimes der 4. Generation steht unter anderem dafür. Es handelt sich hierbei um das Hausgemeinschaftsmodell, mit dem Wohngemeinschaften geschaffen werden, in denen eine kleine Zahl alter und pflegebedürftiger Menschen gemeinsam wohnen, und sich – unter entsprechender Unterstützung – selbst versorgen. Hier gibt es weder Zentralküchen noch Zentralwäschereien. Mit der fachlichen Unterstützung der im Pflegeheim beschäftigten Mitarbeiter „wirtschaften“ die Bewohner selbst.

Dieses Pflegekonzept wurde insbesondere als Antwort auf die steigende Zahl der an Demenz erkrankten Bewohner entwickelt und trägt maßgeblich dazu bei, die stationäre Pflege, basierend auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, voran zu bringen. Dabei steht ein Pflegekonzept im Vordergrund, welches bei den vorhandenen, möglicherweise aber

aktuell nicht abrufbaren, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Bewohner ansetzt und sie mit einer lebenspraktischen und alltagsnahen aktivierenden Pflege unterstützt.

3.2 Zur Finanzierung der Pflege

Die Entgelte zur Absicherung des laufenden Betriebs und mit ihnen die möglichen Personalstellen in den Einrichtungen werden in Verhandlungen zwischen den Einrichtungsträgern und den Kostenträgern festgelegt. Hieran ist der Freistaat nicht direkt beteiligt. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle, die zur Klärung strittiger Fragen angerufen werden kann, ist allerdings auf der Grundlage des § 76 SGB XI beim SMS eingerichtet.

Die Rahmenbedingungen zur Finanzierung und für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen werden einvernehmlich im Landespflegeausschuss für den Freistaat Sachsen festgelegt. Der Landespflegeausschuss besteht aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuss gehören auch je ein Vertreter der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der kommunalen Spitzenverbände im Land an. Den Vorsitz führt im Freistaat Sachsen der Staatssekretär des SMS. Der Landespflegeausschuss gibt einvernehmlich Empfehlungen ab, insbesondere zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime, zur Pflegevergütung, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung der Zusatzleistungen. Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen haben die Empfehlung des Landespflegeausschusses beim Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsverhandlungen angemessen zu berücksichtigen. Das SMS übernimmt gleichwohl bei Bedarf die Moderatorenrolle zwischen den Verfahrensbeteiligten (Leistungsträger – Leistungserbringer).

3.3 Zur Pflegestatistik

Die grundlegende Datenerhebung für Informationen zur Entwicklung der ambulanten (Pflegedienste) und stationären (Pflegeheimen) Pflegeeinrichtungen wird vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen als Bestandserhebung (Totalerhebung) ab dem Berichtsjahr 1999 im zweijährigen Erhebungsturnus jeweils zum 15. Dezember durchgeführt. Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegedienste und Pflegeheime bzw. die zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie die teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die Bestandsschutz genießen.

Konkret werden die Angaben über die Pflegebedürftigen, die Pflegeheime und ambulanten Dienste sowie über das Personal erhoben. Die aktuelle Pflegestatistik liefert die Daten für das Jahr 2005.

Die Zahl pflegebedürftiger Frauen und Männer hat seit 1999 kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 1999 wurden 29.971 pflegebedürftige Menschen **ambulant** betreut. 2005 waren es bereits 31.310. Das ist eine Steigerung um 4,5 %.

Entwicklung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen und der ambulanten Pflegedienste (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2005)

Jahr	Anzahl betreute Pflegebedürftige	davon 65 Jahre und älter	Anzahl ambulante Pflegedienste	durchschnittlich betreute Pflegebedürftige pro Pflegedienst	betreute weibliche Pflegebedürftige	betreute männliche Pflegebedürftige
1999	29.971	27.570	845	35,5	23.009	6.962
2005	31.310	28.718	913	34,3	23.252	8.058

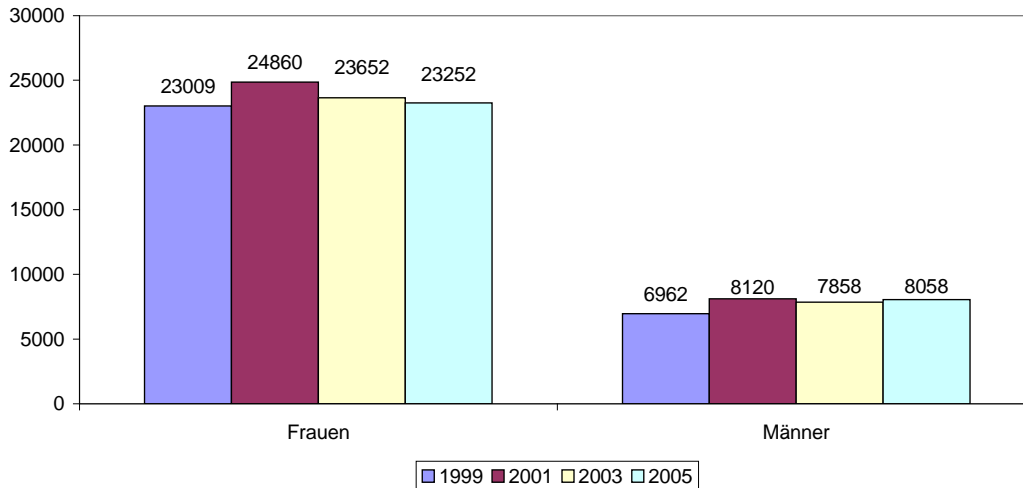
Im **stationären** Bereich ist der Zuwachs an betreuten Pflegebedürftigen noch deutlicher. Hier ist ein sprunghafter Anstieg von 30.752 Pflegebedürftigen im Jahr 1999 auf 39.921 im Jahr 2005 zu verzeichnen. Angesichts dieses Zuwachses von 29,8 % muss die Frage gestellt werden, ob die Steigerung notwendig war oder ob hier ein Mangel an differenzierten ambulanten Hilfen zu verzeichnen ist.

Entwicklung der teilstationär und stationär betreuten Pflegebedürftigen sowie der teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach SGB XI abgeschlossen wurde (vgl. ebd.).

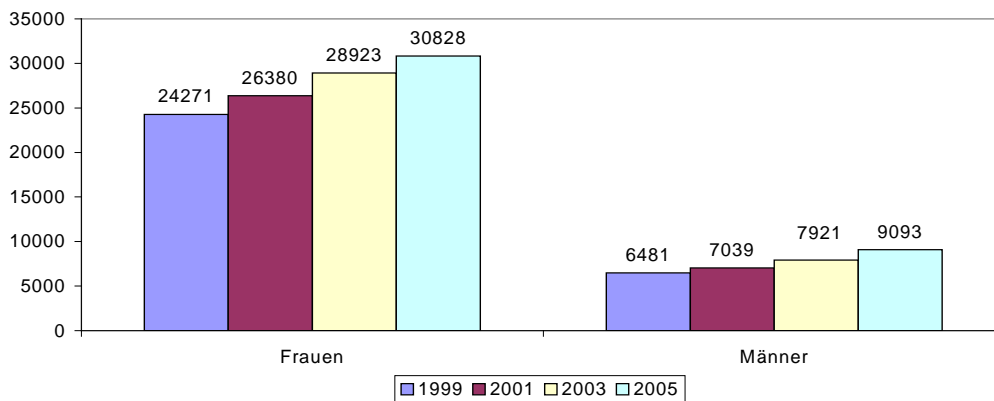
Jahr	Anzahl betreute Pflegebedürftige	davon 65 Jahre und älter	Anzahl teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen	durchschnittlich betreute Pflegebedürftige pro Pflegeeinrichtung	betreute weibliche Pflegebedürftige	betreute männliche Pflegebedürftige
1999	30.752	27.338	439	70,1	24.271	6.481
2005	39.921	36.586	648	61,6	30.828	9.093

Aufgeteilt nach den Geschlechtern stellt sich die Entwicklung wie folgt dar (vgl. ebd.):

Pflegebedürftige durch ambulanten Dienste nach Geschlecht 1999-2005



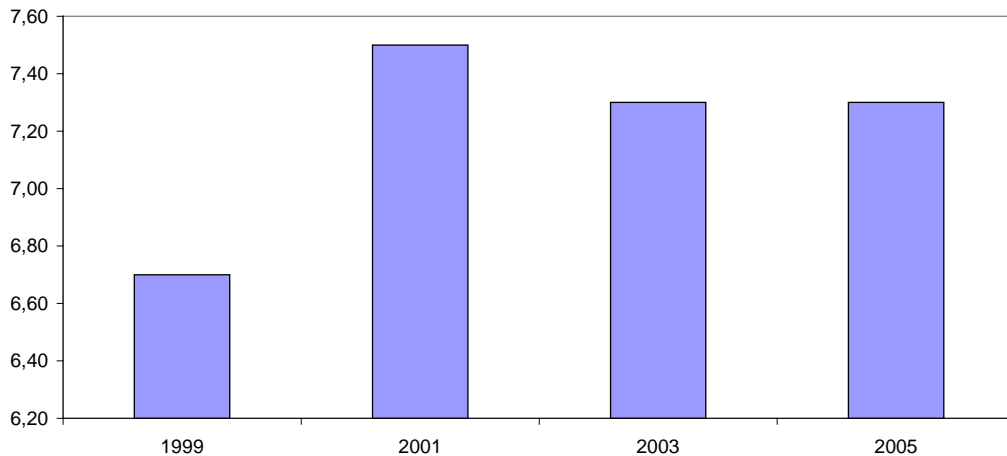
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen nach Geschlecht 1999-2005



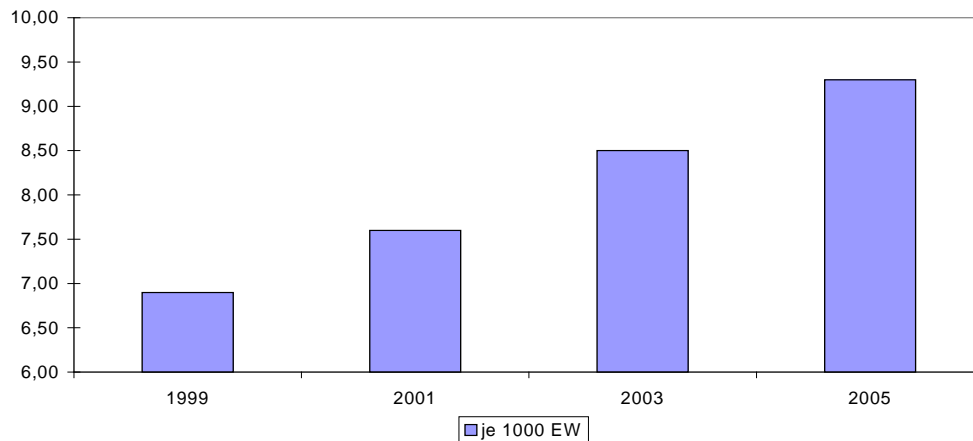
Danach hat die Pflegebedürftigkeit von Frauen im ambulanten Bereich seit 2001 leicht abgenommen, aber im stationären Bereich seit 1999 stark zugenommen. Die Gesamtzahl pflegebedürftiger Frauen ist von 47.280 im Jahr 1999 auf 54.080 im Jahr 2005 deutlich gestiegen. Im selben Zeitraum ist die Pflegebedürftigkeit von Männern im ambulanten Bereich nahezu konstant geblieben, während sie im stationären Bereich erheblich zugenommen hat. Die Gesamtzahl pflegebedürftiger Männer ist von 13.443 auf 17.151 gestiegen. Dies bedeutet einen Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in einem Zeitraum von nur sechs Jahren von 60.723 auf 71.231.

Bezogen auf die Bevölkerung hat die Pflegebedürftigkeit je 1000 Einwohner zwar bei Frauen im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2003 etwas abgenommen, jedoch hat die Pflegebedürftigkeit insgesamt bei Männern gegenüber dem Jahr 1999 im Jahr 2005 deutlich zugenommen (vgl. ebd.).

**Pflegebedürftige in ambulanten Einrichtungen
je 1000 Einwohner 1999-2005**



**Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen
je 1000 Einwohner 1999-2005**



3.4 Niedrigschwellige Betreuungsangebote

Mit dem wachsenden Anteil hochbetagter Menschen steigt auch der Anteil der Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Derzeit leiden in der Bundesrepublik Deutschland über 900.000 Menschen an mittelschwerer oder schwerer Demenz, bis zum Jahr 2020 wird ihre Zahl vermutlich auf 1,4 Mio. steigen. Statische Daten über die Anzahl der Menschen, die im Freistaat Sachsen an dieser Krankheit erkrankt sind, liegen nicht vor. Etwa 60 % aller Menschen mit

Demenzerkrankungen werden zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Die Betreuung stellt die Angehörigen vor große Herausforderungen und ist insbesondere aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs mit viel Zeitaufwand, Kraft und psychischen Belastungen verbunden.

Mit dem zum 01.04.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungsergänzungsgesetz können Pflegebedürftige, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung e.V. einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt hat (§ 45a Abs. 1 SGB XI), neben den Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen bis zu einem Betrag von 460 Euro jährlich für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Dieser Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, unter anderem für niedrigschwellige Betreuungsangebote.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Betreuungsangebote, in denen Helfer unter Anleitung einer Pflegefachkraft Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung betreuen. Die Betreuung kann in Gruppen oder im häuslichen Bereich erfolgen. Sie dient der Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger.

Die Sächsische Staatsregierung hat 2003 die Verordnung über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 3 i. V. m. Abs. 1 Nr. 4 SGB XI (Betreuungsangeboteverordnung) erlassen und diese mit Stand vom 24. Juli 2004 um die Voraussetzungen für eine Förderung nach § 45 c SGB XI erweitert. Zuständige Behörde für den Vollzug der Verordnung ist das Landesamt für Familie und Soziales.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden im Freistaat Sachsen nach dieser Verordnung gefördert. Diese Förderung erfolgt zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die Förderung erfolgt durch den Freistaat Sachsen und wird mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt. Die Zuschüsse werden gewährt an freie, kommunale und private Anbieter anerkannter Angebote. Der Zuschuss der öffentlichen Hand wird zu 50 % vom Freistaat Sachsen und zu 50 % vom jeweilig zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt getragen. Daneben erfolgt eine Förderung von Modellvorhaben.

Im Jahr 2006 wurden von 42 Anträgen 25 Anträge bezuschusst mit einer Summe von 128.428 Euro. Für 2007 liegen zum 31. März bereits 31 Anträge vor.

3.5 Ambulante Pflegedienste

Pflegebedürftige im Alter von 65 bis 79 Jahren werden, sofern sie im eigenen Haushalt leben, vorrangig durch Lebenspartner versorgt (61 %), ab dem 80. Lebensjahr vorrangig durch Töchter (44 %) und Schwiegertöchter (17 %), (vgl. Universität Leipzig 2004, S. 17).

Insbesondere die Zunahme altersbedingter chronischer Erkrankungen im Alter führt auch dazu, dass die Höhe der Pflegestufen, in welche die Pflegebedürftigen eingestuft werden, zunimmt. Wie die Daten des statistischen Landesamtes verdeutlichen, ist im ambulanten Bereich die Zunahme in der Pflegestufe I am gravierendsten (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2005, 1999: S. 28, 2005: S. 30).

Jahr	Anzahl betreute Pflegebedürftige (ambulant)	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe II	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III
1999	29.971	15.005	12.360	2.606
2005	31.310	17.344	11.372	2.594

3.6 Teilstationäre und stationäre Pflege

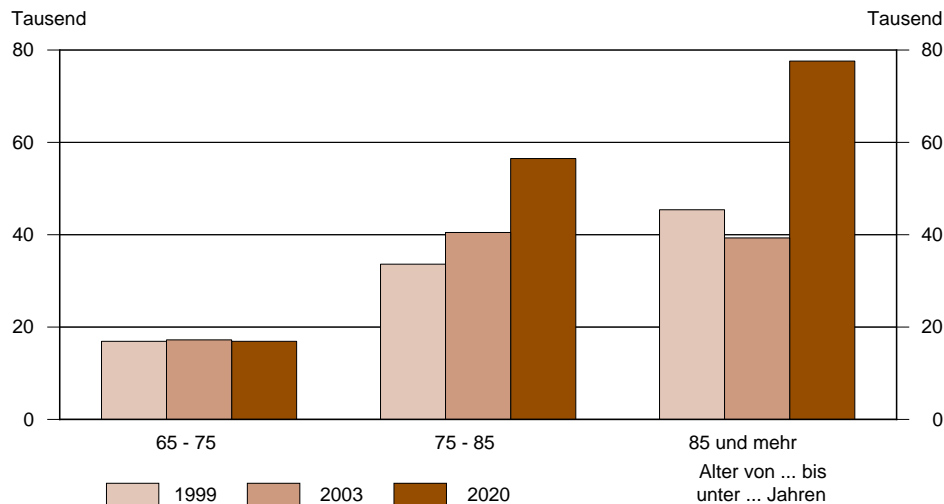
Für den Freistaat Sachsen ist derzeit davon auszugehen, dass ein ausreichendes Angebot an teilstationären und stationären Dauerpflegeplätzen vorhanden ist. Teilstationäre Einrichtungen wie die Tagespflege und die vollstationäre Kurzzeitpflege bilden die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der Dauerpflege. Das Pflegeversicherungsgesetz unterscheidet bei teilstationärer Pflege in Tages- und Nachtpflege nach § 41 und nach § 42 in Kurzzeitpflege. Diese Formen der Betreuung sind in der Regel stationären Pflegeeinrichtungen oder Sozialstationen angegliedert. Es existieren aber auch eigenständige Einrichtungen. 1999 betrug die Anzahl der Tages- und Nachtpflegeplätze in Sachsen 1.048 (vgl. Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2005, S. 17). Im Vergleich zu 2005 sind diese um 378 Plätze gestiegen. In den Einrichtungen der Kurzzeitpflege waren 844 Plätze im Jahr 1999 verfügbar (vgl. ebd.), die um 100 Plätze bis 2005 erweitert wurden.

Im stationären Bereich, hat im Gegensatz zum ambulanten Bereich, auch die Höhe der Pflegestufen kontinuierlich zugenommen (vgl. ebd., 1999: S. 29, 2005: S. 31).

Jahr	Anzahl betreute Pflegebedürftige (stationär)	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe I	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe II	Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III	noch keine Zuordnung
1999	30.752	10.944	15.258	4.253	297
2005	39.921	13.845	19.754	5.959	363

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Zunahme älterer Menschen, die pflegebedürftig werden, steht die Pflege vor neuen Herausforderungen. Statistisch hochgerechnet wird sich der Zuwachs an pflegebedürftigen Menschen unter den derzeit gegebenen Bedingungen bis zum Jahr 2020 folgendermaßen entwickeln:

Pflegebedürftige im Freistaat Sachsen 1999,2003 und 2020 nach Altersgruppen (vgl. Berechnung SMS)



Die vorhersehbare Entwicklung der massiv steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren zeigt den dringenden Handlungsbedarf. Angesichts des ausgeprägten Zuwachses von Pflegebedürftigen und im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Mittel können die Lösungen nicht in einer offensiven Erweiterung stationärer Pflegeplätze liegen.

3.7 Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Familien sehen sich heute oftmals nicht mehr in der Lage, ihre Angehörigen in der letzten Phase ihres Lebens zu begleiten und zu unterstützen. Die Gründe sind auch hier insbesondere in den veränderten Familienstrukturen sowie in den veränderten Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen zu suchen. Aber auch neue Strukturen der medizinischen Versorgung und nicht zuletzt die Tabuisierung von Sterben und Tod machen es vielen Menschen schwer, ihren Angehörigen in der Phase des Sterbens begleitend nahe zu sein. Es entfallen 50 % der Sterbefälle auf das Krankenhaus, 17 % auf das Altenpflegeheim und 33 % auf die private Wohnung (vgl. Kaluza & Töpferwein 2005, S. 375). Ein wichtiges Element der Hospizarbeit ist die ehrenamtliche Hilfe, die mit ihrem dienenden, gestaltenden und zugewandten Charakter unverzichtbar ist und ein Sterben in der eigenen Häuslichkeit häufig überhaupt erst ermöglicht. Die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen lebt in ganz

besonderer Weise vom Engagement und dem Idealismus vieler freiwilliger Helfer. Dazu bedarf es entsprechender Rahmenbedingungen.

Die ambulante Hospizarbeit wird seit 1993 vom SMS gefördert. Seit dem Jahr 2002 gibt es auch eine Förderung ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen nach § 39 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Der Freistaat Sachsen unterstützt die Hospizarbeit auch weiterhin finanziell, da allein mit den Zuschüssen der Krankenkassen der Finanzierungsbedarf der ambulanten Hospizdienste nicht gedeckt werden kann und die Träger dieser Dienste nicht über die entsprechende Finanzkraft verfügen.

Gegenwärtig gibt es in Sachsen 34 ambulante Hospizdienste und vier Zweigstellen. Davon erhalten 23 ambulante Hospizdienste eine staatliche Förderung. Darüber hinaus existieren im Freistaat Sachsen vier stationäre Hospize mit insgesamt 58 Plätzen: in Radebeul (bei Dresden), in Chemnitz und zwei in Leipzig. Für die Einrichtung eines fünften stationären Hospizes erfolgte im September 2006 der Baubeginn in Herrnhut (Landkreis Löbau-Zittau). Der Freistaat Sachsen stellt auch hierfür finanzielle Mittel zur Verfügung.

Im Jahr 2001 wurde die Broschüre „Grundlagen, Strukturen und Perspektiven der Hospizarbeit im Freistaat Sachsen“ (Hospizkonzeption) herausgegeben. In dieser Konzeption wurden zum ersten Mal die Grundlagen, Rahmenbedingungen, Formen, Strukturen und Handlungsfelder für die Hospizarbeit im Freistaat Sachsen festgeschrieben.

Im Jahr 2006/2007 wurde diese Konzeption grundlegend überarbeitet, um den in den letzten Jahren beachtlichen Weiterentwicklungen und veränderten Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen und um die Ziele für die künftige Weiterentwicklung zu fixieren. Insbesondere werden in der neuen Konzeption auch die Bereiche Kinderhospizarbeit und Palliativarbeit im Freistaat Sachsen angesprochen (SMS 2006a, S. 25).

4. Die ökonomische Situation der älteren Menschen

In den Jahren seit der Wiedervereinigung sind die Haushaltsnettoeinkommen älterer und alter Menschen in Sachsen deutlich stärker gestiegen als in anderen sächsischen Haushalten (vgl. SMS 2007). Hinzu kommt die vergleichsweise gute Absicherung von verwitweten älteren und alten Frauen aufgrund höherer eigener Ansprüche an die gesetzliche Rentenversicherung als im früheren Bundesgebiet. Dennoch verfügen Rentner in Sachsen und in den anderen ostdeutschen Ländern über vergleichsweise geringe Haushaltsnettoeinkommen.

Mittelfristig ist zu erwarten, dass infolge von Frühverrentung und unterbrochenen Erwerbsbiographien zukünftig geringere Rentenansprüche hingenommen werden müssen, die kaum durch private Transfers oder gar Vermögenseinnahmen kompensiert werden können.

„Das mittlere Haushaltsnettoeinkommen der sächsischen Seniorenhaushalte lag 2003 bei knapp 1.900 €. Bei Einpersonenhaushalten liegt dieser Mittelwert mit rund 1.200 € deutlich niedriger, bei Paarhaushalten mit knapp 2.500 € deutlich höher“ (EVS 2003).

Im Jahr 2004 bezogen knapp 5.000 Seniorinnen und etwa 2.000 Senioren (65 Jahre und älter) Leistungen im Rahmen der bedarfsorientierten Grundsicherung. Im Vergleich zur Gesamtzahl von 936.000 Menschen in Sachsen im Alter von 65 und mehr Jahren ist das ein sehr niedriger Wert. Dennoch ist zu beachten: Frauen sind überdurchschnittlich von Altersarmut betroffen. Dass vor allem jüngere Senioren bedarfsorientierte Grundsicherung erhalten, dürfte in engem Zusammenhang mit der Langzeitarbeitslosigkeit stehen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren voraussichtlich noch verschärfen. Auch im Blick auf den künftigen Pflegebedarf und die künftige Finanzierung von Pflege muss dies hinsichtlich aller zu erwartenden Konsequenzen genau analysiert werden.

5. Konsequenzen für die Altenhilfe

Der demographische Wandel, die strukturellen Veränderungen innerhalb der Familien, der wachsende Anteil älterer Menschen und der zunehmende Bedarf an Pflegeleistungen erfordern ein Umdenken. Die bestehenden Strukturen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe in Sachsen - offene Seniorenarbeit, ambulante Pflege, teilstationäre Pflege und stationäre Pflege - erfüllen in ihrer bisherigen Ausgestaltung weitgehend die an sie gestellten Erwartungen. Aber sie sind bislang bei weitem nicht hinreichend vorbereitet, die Altenhilfe zukunftsorientiert zu gestalten, weil sich Bedarfe und Bedürfnisse grundlegend wandeln werden. Von daher wird es darauf ankommen, gemeinsam mit allen gesellschaftlichen Akteuren die Sozialstruktur des Landes neu zu gestalten.

Politik mit und für alte Menschen muss Querschnittspolitik sein; sie reicht in alle Politikfelder hinein. Sie muss frühzeitig ansetzen, und zwar sowohl bei dem enormen Potenzial an Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Seniorinnen und Senioren als auch bei ihrer Lebens- und Berufserfahrung. Von daher bedarf zunächst das weite Feld der sogenannten offenen Seniorenarbeit einer viel stärkeren Beachtung und Unterstützung durch das Land und die Kommunen, weil sich hier erhebliche Möglichkeiten und Chancen eröffnen sowohl für ein Mehr an Eigenverantwortung und Selbstverwirklichung als auch an Mitverantwortung und Mitgestaltung im wohlverstandenen Eigeninteresse ebenso wie im Interesse des Gemeinwohls. Dadurch können sich auch neue Perspektiven für die künftige Lebensgestaltung öffnen, wozu die unterschiedlichsten Formen altengerechten Wohnens zählen.

Es müssen aber auch im Blick auf Unterstützung, Betreuung und Pflege in der Perspektive von 2020 die Weichen richtig gestellt werden. Ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege bedürfen einer Weiterentwicklung in Richtung stärkere Differenzierung, Individualisierung

und Vernetzung der Hilfeangebote, weil sich die Nachfrage zunehmend differenzierter und individualisierter darstellt. Im Übrigen muss für die finanzielle Absicherung der erforderlichen Leistungen gesorgt werden. Dabei spielt auch eine erhebliche Rolle, wie weit die Gesellschaft bereit ist, verschiedene Formen der Pflege zu finanzieren.

Die ältere Generation soll von daher aktiv an der Gestaltung zukünftiger Lebens-, Wohn- und Versorgungsformen beteiligt werden. Wenn dies gelingt, könnte das sogar auch dazu beitragen, dass das zu erwartende geringer werdende Hilfefpotenzial der jüngeren Bevölkerung ausgeglichen sowie staatliche Versorgungsleistungen reduziert werden können (Bertelsmann Stiftung 2005, S. 5).

C. Politische Handlungsfelder

Sachsen steht vor großen Veränderungsprozessen. Der sächsische Ministerpräsident Prof. Dr. Georg Milbradt hat es deutlich ausgesprochen: „Das Problem ist nicht allein die Demographie. Das politische Problem besteht darin, wie wir damit umgehen.“ Und: „Wir haben noch einen Gestaltungsspielraum, aber wir müssen ihn schnell nutzen. Wir müssen jetzt anpacken und den demographischen Wandel gestalten. Wir müssen jetzt alle unsere Ressourcen auf diese Aufgabe konzentrieren.“ In dieser Situation fordert der Ministerpräsident ein Umdenken vor allem von Regierung und Verwaltung: „Der demographische Wandel verändert die ganze Gesellschaft. Also müssen wir ihm eine Politik aus einem Guss entgegensetzen. Eine Querschnittspolitik, die das Ressortdenken überwindet und Einzelmaßnahmen zu einer Strategie bündelt“ (Rede vom 08.11.2006 beim Zweiten Sächsischen Demographiegipfel in Dresden).

In diesem Sinne wollen die nachfolgend dargelegten politischen Handlungsfelder für eine zukunftsweisende Altenhilfepolitik einen Beitrag leisten. Bewusst wird unter anderem Bezug genommen auf die Empfehlungen der Expertenkommission „Demographischer Wandel“, ebenso auf den Sächsischen Landesentwicklungsbericht (vgl. SMS 2006b), auf die aktuelle Diskussion über Stand und Perspektiven der Förderung des lebenslangen Lernens im Freistaat Sachsen und nicht zuletzt auf den Fünften Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland von 2006 (vgl. BMFSFJ 2006a) und den Sächsischen Seniorenbericht von 2004.

1. Ermutigung zu aktiver Lebensgestaltung im Alter

1.1 Mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Bei der Frage nach der Teilhabe der älteren Generation am gesellschaftlichen Leben geht es vor allem darum, die vielfältigen Potenziale des Alters in doppelter Weise als Zukunftschance zu begreifen. Zum einen macht der einzelne ältere Mensch die wichtige Erfahrung, dass er nicht zum „alten Eisen“ zählt, sondern selbstverständlich auch in Zukunft gebraucht wird. Das dient seiner weiteren Persönlichkeitsentfaltung und wirkt sinnstiftend. Zum anderen liegt es in hohem Maße im gesellschaftlichen Interesse, alle verfügbaren positiven Kräfte so zur Entfaltung zu bringen, dass die vielfältigen Engagements dem Gemeinwohl insgesamt nachhaltig dienen (vgl. BMFSFJ 2005, S. 341). Beides bedingt einander und kann nur miteinander gelingen. Es müssen also Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie dazu beitragen, dass ältere Menschen, so wie es ihrem Wunsch entspricht, möglichst lange ein selbstbestimmtes und mitverantwortliches Leben führen können. Das gilt auch, wenn ältere

Menschen krank und pflegebedürftig werden oder durch Behinderungen eingeschränkt sind. Das liegt in ihrem eigenen Interesse und dient zugleich dem Wohl der Gemeinschaft.

Die Lebensgestaltung im Alter beruht auf der Nutzung vorhandener Kompetenzen und der Wiederentdeckung möglicherweise lange verschütteter Fähigkeiten, z. B. im musischen Bereich. Ältere Menschen sollen die Fähigkeiten und Fertigkeiten aktiv bewahren können, die zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens notwendig sind. Das schließt auch mit ein, altersbedingte Begrenzungen und Behinderungen zu akzeptieren und dabei nach möglichen Verbesserungen der konkreten Lebenssituation zu suchen. Von zentraler Bedeutung ist es also, für sich selbst Verantwortung wahrzunehmen, den Prozess des Alterns akzeptieren zu lernen, weiterhin aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen sowie Wissen und Erfahrung im Interesse des Gemeinwohls zur Verfügung zu stellen und in das soziale Umfeld mit einzubringen.

Andererseits bedarf es jedoch eines Kulturwandels dahingehend, dass auch die Bereitschaft der Gesellschaft wächst, die vorhandenen Potenziale der älteren Menschen zu nutzen und in differenzierter Weise zum Einsatz zu bringen. Eine kritische Reflexion der Altersbilder - und dies gilt für ältere und alte Menschen selbst, für Entscheidungsträger in politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Einrichtungen, wie für alle Altersgruppen unserer Gesellschaft - ist von großer Bedeutung. Dabei sollte mit Nachdruck bedacht werden, welche Bedeutung in einem ganzheitlichen Sinn dem Potenzial der Älteren für das individuelle wie auch das gemeinschaftliche Handeln zukommt. Hier zeigen sich große Aufgaben auch für das weite Feld der Bildung einschließlich der Erwachsenenbildung.

Allerdings sind die Möglichkeiten älterer Menschen, sich zu engagieren, ebenso verschiedenartig wie in der Phase der Jugend oder der Berufstätigkeit. (Universität Leipzig 2001). Es gibt nicht „das Alter“ oder „den“ alten Menschen. Das Gesellschaftsbild muss sich ändern. Gebrechlichkeit und körperliche Abhängigkeit, falls diese vorliegt, bedeuten nicht notwendig auch Schwäche von Geist und Verstand. Der Blick auf das Alter in unserer Gesellschaft erfolgt noch immer weitgehend durch die „Brille“ der Körperlichkeit, die infolgedessen überbewertet wird. Vor allem latente Altersdiskriminierung scheint eine Ursache dafür zu sein, dass eine verzerrte Sicht auf das Altern noch immer möglich ist. Die Lebensphase Alter wird häufig mit Krankheit und Unproduktivität gleichgesetzt. Dies ist jedoch keinesfalls richtig - im Gegenteil: Ältere Menschen sind überwiegend aktiv und sie erbringen schon heute einen großen Beitrag zum gesellschaftlichen Wohlstand.

Ziel muss es deshalb sein, die Gesellschaft für die Verschiedenartigkeiten des Alters zu sensibilisieren. Unter verbesserten Rahmenbedingungen können ältere Menschen ihre Potenziale in größerem Umfang gewinnbringend einsetzen.

Zur Frage nach der Teilhabe der älteren Generation am gesellschaftlichen Leben gehört aber auch das Nachdenken darüber, ob die ältere Generation in die Entwicklungs- und Ent-

scheidungsprozesse auf den verschiedenen politischen Ebenen angemessen eingebunden ist. Das ist eine Frage, die nicht nur die LandesSeniorenVertretung und die ihr angeschlossenen kommunalen Seniorenvertretungen bewegt, sondern die inzwischen auf allen Ebenen diskutiert wird. Das Wirken von Seniorenvertretungen im sogenannten vorpolitischen Raum sollte mit Nachdruck unterstützt werden; ihre Mitwirkungsrechte sollten gestärkt werden. Dies ist Aufgabe der Kommunen. Demokratische Willensbildung soll sich im Alltagsengagement entfalten können. Das fördert das Interesse der älteren Generation an Mitverantwortung für das (soziale) Ganze und an Mitgestaltung des Gemeinwesens. Dies dürfte sich letztlich auch als wirksames Instrument gegen Demokratiemüdigkeit und Wahlverdrossenheit erweisen.

1.2 Neuer Schwerpunkt Offene Seniorenarbeit

Die Offene Seniorenarbeit gilt als die erste Säule des Gesamtbereichs von Seniorenpolitik und Altenhilfe. Sie hat eine sehr lange Tradition und wirkte bereits in die Gesellschaft hinein, als es noch nicht diese institutionalisierte Form im Sinne eines niedrighwelligen Angebotes im System der Altenhilfe gab. Offene Seniorenarbeit stellt ursprünglich ein Angebot für Seniorinnen und Senioren dar, sich regelmäßig oder zu bestimmten Anlässen zu treffen, sich auszutauschen oder gemeinsam etwas zu unternehmen und miteinander Gemeinschaft zu erleben. Auf diese Weise werden Kommunikation ermöglicht und Gemeinschaft sowie Freundschaften gefunden und gepflegt. Dieses Angebot wirkt damit auch möglichen Vereinigungstendenzen entgegen.

Offene Seniorenarbeit hat sich weiter entwickelt. Seniorenbüros sind entstanden, Seniorengruppen, -vereine und -verbände mit unterschiedlichen Ausrichtungen haben sich etabliert. Die Palette reicht von Tanz- und Theatergruppen über Malzirkel, sportliche und gesundheitsorientierte Angebote bis hin zu umweltbezogenen, sozial-politisch oder religiös motivierten Engagements, die teilweise sogar grenzüberschreitend wirken und dem Erfahrungsaustausch mit älteren Menschen aus Nachbarländern dienen. Viele Vereine wirken heute überregional. Das SMS fördert die projektorientierte Arbeit von überregional tätigen Vereinen. Alle zwei Jahre finden Sächsische Seniorentage statt. Diese Tage haben sich zu einem großen Ort der Begegnung mit mehreren Tausend Teilnehmern entwickelt. Hier wird in beeindruckender Weise in Workshops, Diskussionsrunden, künstlerischen Darbietungen und generationenübergreifenden Veranstaltungen sichtbar, wie sehr sich „das Alter“ verändert hat, wie fit und aktiv viele Senioren sind und wie sehr sie bereit sind, sich zu ihrer eigenen Zufriedenheit zu engagieren und gleichzeitig damit dem Gemeinwohl dienen.

Trotz dieser positiven Bilanz muss festgestellt werden, dass das Potenzial der älteren Generation in viel stärkerem Maße genutzt werden könnte. Nach wie vor findet die Offene Seniorenarbeit in der Landes- und speziell in der Kommunalpolitik nicht die Beachtung und Förderung, die notwendig wäre, um das umzusetzen, was Ministerpräsident Prof. Dr. Georg

Milbradt gefordert hat, nämlich eine „neue Partnerschaft für Sachsen“ zu begründen: „Die Landesverwaltung muss die Gemeinden als wichtigste Akteure des demographischen Wandels besser einbinden. Sie muss lernen, auf die individuellen Probleme der Gemeinden einzugehen und mit ihnen gemeinsam maßgeschneiderte Lösungen zu erarbeiten. Die Gemeinden wiederum müssen anerkennen, dass wir sie nicht nur fördern, sondern auch fordern müssen, dass sie nicht nur mehr Geld fordern können, sondern auch kreative Lösungen bringen müssen“ (Rede vom 08.11.2006 beim Zweiten Sächsischen Demographiegipfel in Dresden).

Die offene Seniorenarbeit in Sachsen muss in ihren Möglichkeiten für die Zukunftsgestaltung des Landes neu entdeckt werden. Mit Blick auf die Entwicklung des Pflegebedarfs kann das auch die Unterstützung von Pflegepersonen durch Angebote der offenen Altenhilfe beinhalten. Sie sollte von den Trägern, den Kommunen und dem Land als wichtige Schwerpunktaufgabe in den kommenden Jahren gesehen werden.

1.3 Offensive für Lebenslanges Lernen

Lebenslanges Lernen muss für eine moderne Gesellschaft mehr und mehr zur Selbstverständlichkeit werden. Dies gilt umso mehr für eine alternde und schrumpfende Gesellschaft. Sachsen wird ein hochmodernes und innovatives Land bleiben, wenn es gelingt, die Potenziale einer älter werdenden Gesellschaft auch mit dem Instrument des Lebenslangen Lernens voll zur Entfaltung zu bringen. „Gerade auf das produktive und kreative Potenzial der Älteren kommt es in einer alternden Gesellschaft an. Dieses Potenzial ist zu wertvoll, um verschleudert zu werden.“ (ebd.) Lebenslanges Lernen meint weit mehr als die herkömmlichen Hinweise auf bestimmte Qualifikationen. Lebenslanges Lernen umfasst vielmehr alles formale, nicht-formale und informelle Lernen an verschiedenen Lernorten von der frühen Kindheit bis zur Phase des Ruhestandes. Dabei wird das Lernen als konstruktives Verarbeiten von Informationen und Erfahrungen sowie Kenntnissen, Einsichten und Kompetenzen verstanden [(vgl. Bund-Länder-Kommission (BLK 2004, S. 13)].

Damit schließt lebenslanges Lernen auch den Gesamtbereich der Weiterbildung mit ein, zu dem unter anderem die allgemeine, politische und musisch-kulturelle Bildung zählt. Die Einrichtungen der Weiterbildung sollten für die Seniorenbildung gerade diese Teilbereiche viel stärker erschließen und weiter ausbauen. Ihre Bedeutung wird erheblich steigen. Sie stärken Eigenverantwortung und Mitverantwortung. Beides liegt im Interesse des Einzelnen wie auch im Interesse der Gesellschaft.

Sachsen hat zwar seit Jahren eine Weiterbildungskonzeption und ein dementsprechend konzipiertes Weiterbildungsgesetz. Beides hat allerdings bislang noch nicht den gewünschten, gesamtgesellschaftlich erforderlichen Schub bewirkt. Angesichts der demographischen Veränderungen werden hier Weiterentwicklungen erforderlich. Die Staatsregierung diskutiert

aktuell einen „Bericht zu Stand und Perspektiven der Förderung des Lebenslangen Lernens im Freistaat Sachsen“ (Stand: 05.02.2007), um die Entwicklung voran zu treiben. Hier werden die oben beschriebenen Handlungserfordernisse und Empfehlungen aufgezeigt.

Die Einsicht in die Notwendigkeit zu lebenslangem Lernen dürfte in der Bevölkerung weiter wachsen. Längst ist im gesellschaftlichen Bewusstsein verankert, dass für Verhaltensweisen und Lebensgestaltung im Alter bereits Schul- und Berufsausbildung von großer Bedeutung sind. Ein höherer Bildungsstand bringt berufliche, ökonomische und soziale Vorteile mit sich und damit in der Regel auch einen höheren Lebensstandard im Alter. Bemerkenswert ist, dass ältere Menschen zunehmend über mittlere und höhere Bildungsabschlüsse verfügen. „Diese Tendenz wird sich weiter fortsetzen. Dies belegen auch die Zahlen für Sachsen: In der Gruppe der 55- bis 65-jährigen Männer verfügen 19,2 % über einen Hochschulabschluss (7,6 % der Frauen), in der Gruppe der 65- bis 75-Jährigen noch 14,1 % (2,8 % der Frauen) und bei den 75- bis 85-Jährigen noch 3,6 % (der Zahlenwert bei den Frauen ist nicht sicher genug). Entsprechend rückläufig ist die Zahl der Älteren ohne Abschluss. Während bei den 85-Jährigen und Älteren 50,3 % der Frauen und insgesamt 41,6 % über keinen Abschluss verfügen, sinkt diese Zahl über 33,8 % bei den 75- bis 85-jährigen Frauen (insgesamt 25,2 %) und 24,5 % bei den 65- bis 75-jährigen Frauen (Männer 6,0 %) bis auf 8,2 % bei den 55- bis 65-jährigen Frauen“ (SMS 2004, S. 202).

Aus alledem ergibt sich, dass die individuellen Voraussetzungen für Lebenslanges Lernen auch im Bewusstsein der älteren Menschen zunehmend besser werden. Das Land, die Kommunen und die Weiterbildungsträger sind gefordert, aus der gesellschaftlichen Notwendigkeit heraus zukunftsgerichtete und nachhaltig wirkende Angebote zu entwickeln, die Senioren noch stärker motivieren, diese anzunehmen. Seniorenbildung als Teil der Erwachsenenbildung entwickelt sich damit zu einer zunehmend wichtigen Form gesellschaftlicher Partizipation älterer Menschen in der nachberuflichen Lebensphase, deren Chancen Sachsen nutzen sollte.

Lebenslanges Lernen erfolgt in sehr verschiedenartigen Formen und an unterschiedlichsten Lernorten. Dazu kann auch gehören, Angebote bewusst altersübergreifend oder sogar generationenübergreifend auszurichten. Demgegenüber entwickeln Seniorenakademien oder -kollegs und andere selbstorganisierte Bildungsangebote spezifische Angebote für ältere Menschen. Bei diesen Angeboten wirken Ältere nicht nur als Lernende, sondern auch als Lehrende aktiv mit und organisieren und gestalten ihre Lernprozesse selbst. Das Senioren- bzw. Bürgerstudium öffnet die Universitäten und andere Hochschulen für die älteren Bürger. Besonders hinzuweisen ist auf die Seniorenkollegs an den Universitäten Chemnitz, Dresden und Leipzig.

Andere Veranstaltungsangebote speisen sich bewusst im Kern aus dem regulären Lehrangebot der Hochschule, wobei die Senioren gemeinsam mit jungen Studenten im Sinne des

Dialogs der Generationen gemeinsam studieren. Die Studieninhalte reichen dabei von geistes-, sozial-, geschichts-, kultur- und naturwissenschaftlich-technischen bis hin zu politischen Themen. Wichtig ist es auch in diesem Bereich, zu einer differenzierten Sichtweise zu gelangen: Auch in ihren Weiterbildungsbedürfnissen sind ältere Menschen keine homogene Gruppe, sondern Individuen mit speziellen Lebens-, Arbeits- und Berufserfahrungen. An dieser Stelle sind noch mehr Konzepte zu entwickeln, die ältere Menschen nicht nur als Konsumenten betrachten, sondern gleichzeitig als Lernende und Lehrende. Hier zeigt sich deutlich der Zusammenhang von offener Altenarbeit und Seniorenbildung.

Weiterbildung von Senioren stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Möglichst alle älteren Bürger sollten regelmäßig Gelegenheiten vorfinden, ihre Lerninteressen in ihrer örtlichen Umgebung neu zu aktivieren. Im Sinne der „neuen Partnerschaft für Sachsen“ wird auch das SMS seinen Beitrag leisten, gemeinsam mit den Kommunen und den Weiterbildungsträgern noch mehr ältere Menschen zu einer selbständigen und regelmäßigen Erschließung und Nutzung von Lerngelegenheiten zu motivieren. Von besonderer Bedeutung sind dabei auch Schulungsangebote für Multiplikatoren, die ihre Erfahrungen und Kenntnisse mit Bildungsangeboten sowohl speziell für ältere Menschen als auch mit Angeboten für verschiedene Altersgruppen bis auf die örtliche Ebene weiter geben und umsetzen.

Dabei darf nicht verkannt werden, dass ein beachtlicher Teil der älteren Bevölkerung bislang wenig oder keinen Kontakt zu Bildungsangeboten hat. Vor allem in den Wohnquartieren sollten im Rahmen von gemeinwesenorientierter Arbeit neue Formen des Miteinanders auch dazu genutzt werden, Bildungselemente in die jeweiligen Angebote einzubeziehen. Es sollte ressortübergreifend über Modellprojekte nachgedacht werden, die neue Erkenntnisse darüber gewinnen, wie ältere Menschen an Bildungsangebote besser herangeführt werden können.

1.4 Stärkung des ehrenamtlichen Engagements

Ein wichtiger Gestaltungsbereich für das nachberufliche Leben ist das freiwillige, bürgerschaftliche Engagement. Immer mehr ältere Menschen entscheiden sich für ein solches Engagement, um auch weiterhin ein Stück weit die Gesellschaft mitzugestalten. Viele Senioren engagieren sich innerhalb der eigenen Altersgruppe und für Menschen, die älter sind als sie (vgl. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 2005, S. 54). Eine Studie der Universität Leipzig hat ergeben, dass 41 % der zwischen 68 bis 70-jährigen Befragten ehrenamtlich aktiv sind. Im Vergleich zu 1993/1994 hat sich das Engagement um 12 % erhöht, wobei unter den männlichen Befragten mehr freiwillige Engagierte sind als unter den weiblichen. Die Betätigungsfelder sind breit gefächert. Überwiegend engagiert sich die Untersuchungsgruppe im Bereich Wohnen und Wohnumfeld (35 %), gefolgt von sozialer Unterstützung und Hilfen im Alltag (31 %) und politischem Engagement (13 %). Tätigkeiten

der sozialen Unterstützung umfassen die nachbarschaftliche Hilfe, den Besuch in Alten- und Pflegeheimen, die Essenzubereitung oder das Einkaufen für hilfebedürftige Menschen (vgl. Universität Leipzig 2001, S. 25 - 28). Bürgerschaftliches Engagement kann jedoch nicht gesetzlich „verordnet“ werden. Die Wissenschaft fordert daher zu Recht, dass sich der Staat und die örtlichen Verantwortungsträger für eine „neue Selbstverständlichkeit des Helfens“ einsetzen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2006, S. 11). Der Erfolg des bürgerschaftlichen Engagements hängt auch davon ab, inwieweit es gelingt, Berufstätige für das bürgerschaftliche Engagement zu begeistern. Denn das Engagement in der Erwerbsphase ist ein wichtiger Brückenpfeiler für ein Engagement danach. In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, inwieweit die Unternehmen hier unterstützend wirken können. Zum einen gibt es inzwischen Unternehmen, die mit ihrer gesamten Belegschaft gemeinsam bestimmte gemeinwohlorientierte Projekte durchführen, auf die sich die Belegschaften zuvor freiwillig geeinigt haben. Mit Hilfe solcher Projekte können einzelne Mitarbeiter möglicherweise auch zu anderen freiwilligen Engagements motiviert werden. Zum anderen können Unternehmen aber auch Modelle entwickeln, die mit „Anreizen“ verbunden sind, ehrenamtliches Engagement von Mitarbeitern zu erleichtern. Es wäre hilfreich, auf „best-practice“-Beispiele verweisen zu können.

Die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements gehört seit langem zu den zentralen politischen Zielen der Sächsischen Staatsregierung. Mit der 2005 gestarteten Kampagne „Wir für Sachsen – bürgerschaftliches Engagement“ verbindet die Staatsregierung das Ziel, die unterschiedlichen Formen der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements unter einem gemeinsamen Slogan zu bündeln, um damit eine wesentlich stärkere Identifikation und Wahrnehmung in der Öffentlichkeit zu erreichen.

Mit der internetgestützten Service-Plattform „Wir für Sachsen“ wird es jedem Bürger leicht gemacht, sich dem bürgerschaftlichen Engagement zu nähern. Herzstück dieser Plattform ist eine virtuelle Ehrenamtsbörse, in die sich sächsische Vereine oder Initiativen eintragen können und in der sie die Möglichkeit haben, ihre Projekte detailliert vorzustellen.

Auf diesem Weg verfolgt die Staatsregierung zwei wesentliche Ziele: Einerseits bietet diese Ehrenamtsbörse Vereinen und Initiativen die Chance, neue Mitstreiter für die eigene Arbeit zu gewinnen, und andererseits können sich interessierte Bürger schnell und unkompliziert einen Überblick darüber verschaffen, welche ehrenamtlichen Angebote in ihrer Region existieren. Gerade dieser zweite Aspekt ist besonders wichtig: In der gemeinwesenorientierten Arbeit gibt es oft das Problem, dass rat- oder hilfesuchende Menschen die bestehenden Unterstützungsangebote in ihrem Wohnumfeld nicht kennen und daher nicht oder aber zu spät in Anspruch nehmen können.

Aktuell stellen sich in der Ehrenamtsbörse 2.267 Vereine und 623 Projekte vor, jede Woche kommen rund 30 Einträge neu hinzu. Ob in der Stadt oder auf dem Land: das Spektrum umfasst fast alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Es reicht vom Tischtennisverein mit

aktiver Jugendarbeit über die Umweltschutzgruppe bis hin zur kirchlichen Mutter-Kind-Gruppe oder zum Theaterprojekt für psychisch kranke Menschen.

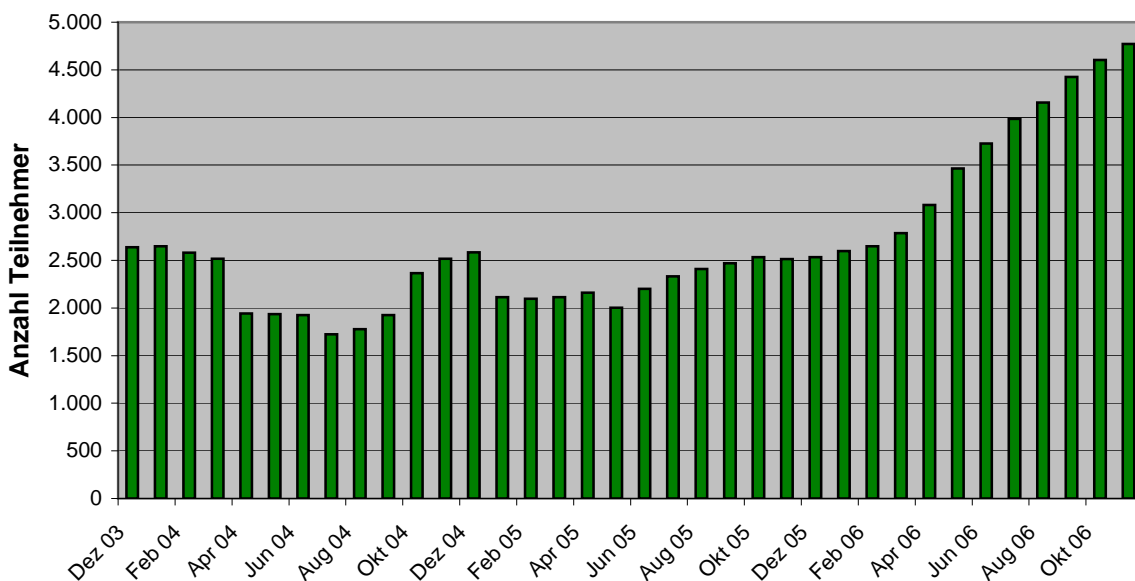
Neben der eher ideellen und vernetzenden Förderung des Ehrenamts hat die materielle Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Freistaat Sachsen einen herausragenden Stellenwert. Dabei liegt folgende Überlegung zugrunde: Ehrenamtliches Engagement soll nicht bezahlt werden; aber: wer sich engagiert, soll nicht noch zuzahlen müssen – erst recht nicht, wenn er selber finanziell nicht gut gestellt ist.

Die materielle Förderung erfolgt in Sachsen derzeit über zwei getrennte Programme: die „Initiative TAURIS“ und die Richtlinie des SMS zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements (FRL „Wir für Sachsen“) vom 30. November 2005

TAURIS

Die Initiative TAURIS hatte sich das Ziel gesetzt, langzeitarbeitslose Frauen und Männer zur Mitwirkung in Projekten gemeinnütziger Vereine, Verbände, kommunaler, sozialer und kirchlicher Einrichtungen zu gewinnen. Die Teilnehmer an den TAURIS-Projekten erhielten eine Aufwandsentschädigung von monatlich 78 Euro².

aktive Teilnehmer bei TAURIS

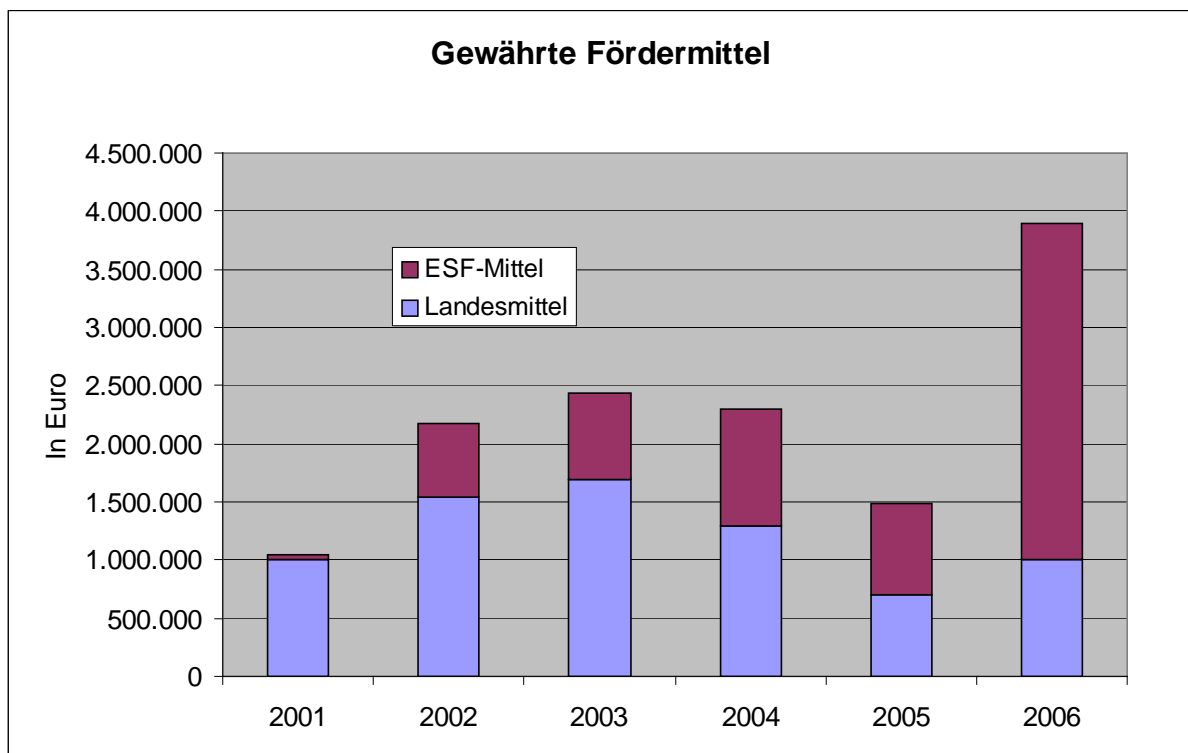


Von Oktober 1999 bis zum 31. Dezember 2006 wurden 11.619 Langzeitarbeitslose in 4.000 gemeinnützige Projekte von Vereinen, Verbänden, kommunalen, sozialen und kirchlichen Einrichtungen vermittelt. Das Engagement erstreckte sich über Projekte der Bereiche Sozia-

² Bei einer wöchentlichen Inanspruchnahme von vierzehn Stunden und einer Mindestdauer von vier Wochen. Diese Aufwandsentschädigung stellt kein Einkommen i. S. des SGB II und SGB XII dar.

les, Umwelt/Natur, Umfeldpflege, Kultur, Sport und weitere Aktionsfelder für den Dienst an der Gemeinschaft. Durch die Mitwirkung bei TAURIS fanden seit Beginn der Initiative von 6.678 ehemaligen teilnehmenden Frauen und Männern 1.694 eine Beschäftigung, darunter 883 Personen (13,2 %) auf dem ersten Arbeitsmarkt und 1.326 Personen (19,9 %) aufgrund von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Bezogen auf das Jahr 2006 konnten sogar 21 % (230 Personen) der Teilnehmer, die im vorgenannten Jahr ihre Tätigkeit in TAURIS-Projekten beendeten, auf den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren (Berechnung des SMS). Im Vergleich zu anderen Arbeitsmarktinstrumenten ist dies eine bemerkenswerte Bilanz.

Aufgrund seiner Zielsetzung, der sozialen Isolation vorrangig von arbeitslosen Hilfebedürftigen zu begegnen, wurde TAURIS auch aus dem Europäischen Sozialfonds unterstützt³.



Das TAURIS-Projekt wurde im Zeitraum von 1999 bis 2001 im Rahmen einer arbeitspsychologischen Evaluation durch die TU Dresden wissenschaftlich begleitet. Dabei konnten positive Effekte der Tätigkeiten auf die seelische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden nachgewiesen werden. Hier wirkten sich nicht nur die finanziellen Entlastungseffekte, die bei sozialhilfeabhängigen Haushalten auch bei der monatlichen Aufwandsentschädigung von 78 Euro deutlich waren, sondern auch die Einbindung in soziale Netzwerke positiv aus.

³Unterstützung nach Art. 2 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 1784/1999 des Europäischen Parlaments und des Rates

Förderung des bürgerschaftlichen Engagements „Wir für Sachsen“

Am 1. Januar 2006 ist die neue Richtlinie „Wir für Sachsen“ in Kraft getreten. Mit diesem Programm wird die bisher auf die beiden Richtlinien „Aktion 55“ und „VwV Ehrenamt“ verteilten Förderprogramme unter dem Motto der 2005 gestarteten Kampagne gebündelt. Ziel war es, die abweichenden Zugangsvoraussetzungen und unterschiedlichen Aufwandsentschädigungen beider Programme zu vereinheitlichen.

Die „Aktion 55“ wurde 1993 von der Sächsischen Staatsregierung mit dem Ziel ins Leben gerufen, den vielen Menschen, die 1993 vor dem Erreichen der Altersgrenze aus dem Erwerbsleben ausscheiden mussten - insbesondere den „Vorruheständlern“ - , Unterstützung und Hilfe zu geben. Dem Einzelnen sollte mit der „Aktion 55“ ein Anreiz für die Aufnahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit gegeben werden. Zugleich wollte es die Staatsregierung den Betroffenen ermöglichen, ihre Motivation und Fähigkeiten für verbandliche und andere gemeinnützige Zwecke einzusetzen und sich dabei die gesellschaftlichen Kontakte zu erhalten. Es hat sich gezeigt, dass diese Zielstellung tausendfach erreicht wurde. Für sehr viele Menschen war die „Aktion 55“ eine echte Hilfe beim Übergang in die neue Lebensphase und der Beginn oder die Erweiterung gemeinnütziger und lebenserfüllender Tätigkeit, die auch mit dem Erreichen der Altersgrenze nicht endet, sondern in sehr vielen Fällen fortgesetzt wird. Schon mit der „Aktion 55“ sollte das Potenzial an Wissen, das sich bei den älteren Bürgern vereinigt, ihre Lebenserfahrung und Vitalität weiterhin genutzt bleiben. Das Ziel war es, ein positives Verständnis für bürgerschaftliche Mitverantwortung und aktive Beteiligung im Gemeinwesen der Gesellschaft zu schaffen und die Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit zu unterstützen.

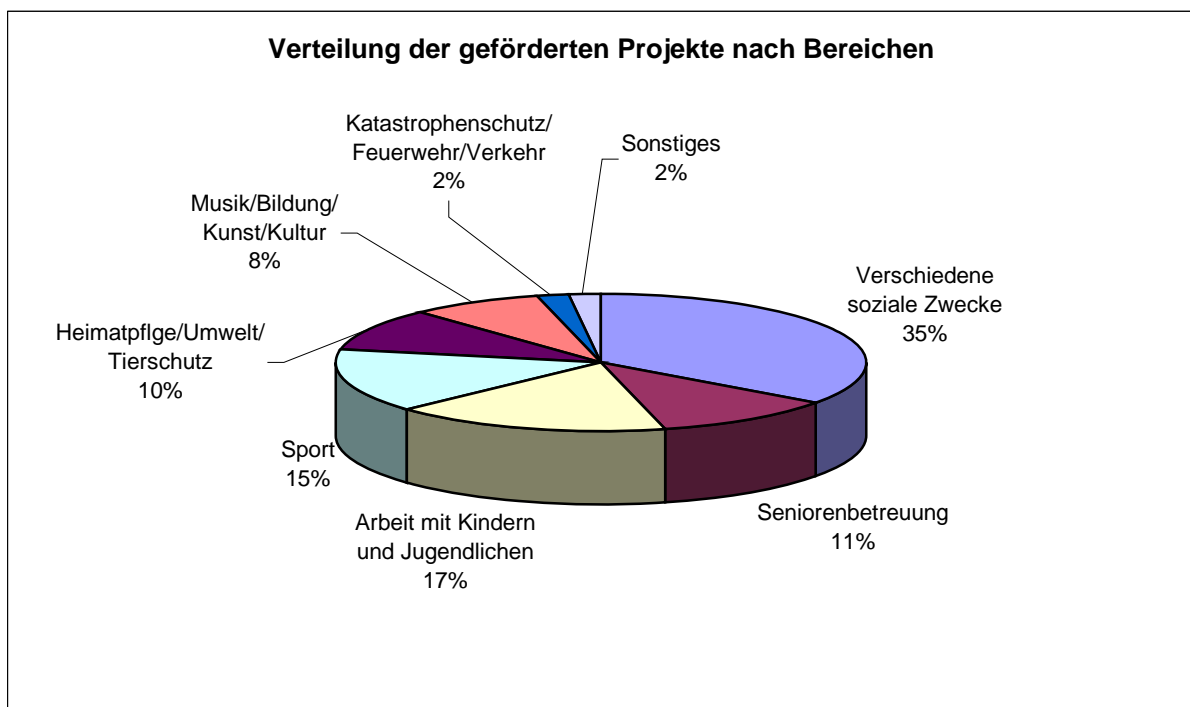
Sehr nachdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass die „Aktion 55“ kein geeignetes, den Arbeitsmarkt entlastendes arbeitsmarktpolitisches Instrument sein konnte und auch nicht sein sollte, ihr primäres Förderziel war nicht die Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, sondern die Unterstützung des ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen Engagements und der sozialen (Wieder-)Integration in das gesellschaftliche Leben. Darin unterschied sich die „Aktion 55“ von dem TAURIS-Projekt, das das Förderziel „Beschäftigung“ verfolgt, wenn möglich eine Wiedereingliederung in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt und damit auch eine Verbesserung der Einkommenssituation.

Die Staatsregierung hat jedoch frühzeitig die entscheidende Bedeutung des Potenzials der älteren Menschen im „Dritten“ und „Vierten Lebensalter“ erkannt. Deshalb war es sinnvoll, beide Programme zusammenzufassen. Das bürgerschaftliche Engagement wird nunmehr heute nach folgenden Vorgaben gefördert:

1. Die geförderten Projektinhalte werden weit definiert; sie umfassen die Bereiche der bisherigen zwei Förderprogramme (Soziales, Umwelt, Kultur und Sport).
2. Die Förderung erfolgt unabhängig vom Alter und Erwerbsstatus.
3. Die Förderung setzt ein Engagement von durchschnittlich mindestens 20 Stunden monatlich voraus.
4. Die Höhe der Aufwandsentschädigungen beträgt monatlich pauschal 40 Euro.

Die Durchführung der Richtlinie wurde der Bürgerstiftung Dresden übertragen. Diese übernimmt auch die Steuerung und Koordination der vielfältigen freiwilligen Aktivitäten im Freistaat Sachsen. Damit wird nicht zuletzt einer Forderung der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ entsprochen, die in ihrem Abschlussbericht bemängelt hatte, dass in Sachsen „eine Förderung und Entwicklung von Strukturbildungen zu Gunsten einer neuen Kultur des Engagements“ nicht erkennbar ist (vgl. Bericht der Enquete-Kommission, S. 364).

Das erste Förderjahr ist überaus erfolgreich angelaufen. Insgesamt konnten 4.300 Projekte mit 20.500 Personen gefördert werden.



Dieser Erfolg bestärkt die Staatsregierung, der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements weiterhin einen hervorgehobenen Stellenwert beizumessen.

Dennoch sind weiterhin Anstrengungen insbesondere auf kommunaler Ebene erforderlich, um auf die Möglichkeiten zur ehrenamtlichen Mitarbeit aufmerksam zu machen. Vor allem in der Ausgestaltung und der Schaffung von weiteren Freiwilligenbüros, Seniorenkontaktstellen und Seniorengenossenschaften sind die Anforderungen, die an solche Kontaktstellen zu

richten sind, noch immer nicht hinreichend erfüllt. Die Stellen, die ehrenamtliches Engagement organisieren, sollten sich vor allem durch eine professionelle Geschäftsführung auszeichnen. Sie sollten ein breites Angebot von Tätigkeiten bereithalten, die den persönlichen Fähigkeiten und Interessen vor dem Hintergrund der Selbstbestimmung und Selbstentfaltung entsprechen. Ziel muss es sein, die unterschiedlichen Initiativen zusammenzuführen und so die Institutionen, Unternehmen und Organisationen so aufeinander abzustimmen, dass ältere Menschen, die nachberuflich tätig werden wollen, dies auch realisieren können.

Daneben müssen Ehrenamtliche fachlich auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden und während der gesamten Zeit angeleitet und auch, soweit es die Tätigkeit erfordert, begleitet werden. Ein wichtiger Aspekt ist auch die finanzielle Entlastung der ehrenamtlichen Helfer. Beim Engagement sollten keine zusätzlichen Aufwendungen beispielsweise für Telefon und Fahrtkosten entstehen, sondern von den betreffenden Institutionen Aufwandsentschädigungen zur Verfügung gestellt werden. Hier sind vielfältige Varianten denkbar, etwa die Bereitstellung von Nutzungskarten für den öffentlichen Nahverkehr. Nachbesserungen sind insbesondere auch bei der Arbeit der Seniorenvertretungen erforderlich. Um die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement langfristig zu fördern, ist darüber hinaus eine wesentlich bessere gesamtgesellschaftliche Anerkennungen erforderlich. Die Akzeptanz und die Attraktivität des bürgerschaftlichen Engagements könnte durch die Nutzung von Medienpräsenz deutlich erhöht werden (vgl. Universität Leipzig 2001, S. 42).

Der Freistaat Sachsen dankt bürgerschaftlich Engagierten mit zahlreichen Ehrungen und Auszeichnungen. Beispielhaft zu nennen sind hier die Annen-Medaille, eine Auszeichnung für langjährige ehrenamtliche Verdienste in der Sozial- und Familienarbeit, sowie der Ehrenamtspreis. Ein regionales Beispiel ist der Altershilfepreis im Regierungsbezirk Leipzig. Er wird seit 2001 alle zwei Jahre für herausragende Leistungen bei der Konzeption, Entwicklung bzw. Durchführung von Projekten der Altenhilfe vergeben. Initiator ist der Förderverein Altershilfe Muldental e. V., der Regierungspräsident ist der Schirmherr, das Preisgeld (insgesamt 5000,- Euro) wird von den Hauptsponsoren der VR-Bank MuldentaleG und der Konsumgenossenschaft Leipzig bereitgestellt. Die Verleihung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Leipziger Messe während der Pflegemesse. 40 zum großen Teil ehrenamtliche Initiativen haben sich seit 2001 um den Preis beworben. Auch viele Landkreise und kreisfreie Städte ehren und anerkennen mit besonderen Auszeichnungen bürgerschaftlich Engagierte.

Deutlich zu machen ist aber immer, dass ehrenamtlich Tätige die Institutionen freiwillig unterstützen, sie sind keine - wie es manchmal den Anschein haben mag und auch dargestellt wird - Konkurrenz zu Professionellen. Entscheidend ist eine Zusammenarbeit zwischen professionell tätigen Kräften und Ehrenamtlichen. Das Zusammenwirken sollte getragen sein von der Bereitschaft zum wechselseitigen Lernen, einem gegenseitigen Respekt und der Achtung der jeweiligen Leistung. Ein Beispiel: Die Zunahme von Menschen mit einer weit

fortgeschrittenen Demenz und von Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die nicht mehr mobil, ihre verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend verloren haben und körperlich stark geschwächt sind, erfordert neue Betreuungs- und Versorgungsformen in den Pflegeeinrichtungen. Diese Menschen sind einerseits vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen und müssen in ihrer Abhängigkeit darauf vertrauen können, dass aus fachlicher Sicht alles Notwendige für sie getan wird. Andererseits werden es die finanziellen Ressourcen in Zukunft kaum ermöglichen, dass eine Betreuung und Versorgung eins zu eins durch Pflegefachkräfte erfolgen kann. Es sind also neue, differenzierte Versorgungskonzepte erforderlich, in die auch ehrenamtlich Engagierte und (ebenfalls ehrenamtlich engagierte) Angehörige mit einbezogen werden. Die noch vielfach bestehende „Distanz“ zwischen den Pflegekräften und den Ehrenamtlichen muss abgebaut werden und zu einer Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Betreuungskonzepte unter Einbeziehung ehrenamtlichen Engagements führen. Alle an der Pflege Beteiligten - Einrichtungsträger, Kostenträger, Aufsichtsbehörden, Kommunen, Pflegekräfte, Seniorenorganisationen sowie Angehörige und Ehrenamtliche - sind gefordert, mit nachhaltiger Unterstützung der Politik ein von wechselseitiger Hilfe, gegenseitigem Respekt und der Achtung vor der Leistung des jeweils anderen getragenes Konzept zu entwickeln, das die Lebensqualität sichert.

2. Für ein stärker differenziertes Wohnen im Alter

Die Frage nach dem Wohnen im Alter erhält seit einigen Jahren zunehmend eine politische Bedeutung und bleibt damit nicht länger allein im privaten Bereich. Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen, der älter werdenden Gesellschaft, der zunehmenden Individualisierung und nicht zuletzt der veränderten Familiensituationen und -strukturen ist die Frage nach dem Wohnen im Alter eine echte neue Frage. Landes- und Kommunalpolitik sowie Interessenverbände und Wohnungswirtschaft haben inzwischen die Bedeutung dieses Themas erkannt. Angesichts einer schrumpfenden Gesellschaft und der damit verbundenen erheblichen Wohnungsleerstände trotz Abrissprogrammen gewinnt die Frage des angemessenen Wohnens im Alter eine zusätzliche Dynamik und eröffnet neue Chancen für differenzierte Wohnangebote.

2.1 Wohnberatung und Wohnanpassungsmaßnahmen angesichts unterschiedlicher Bedarfslagen

Für die Wohnqualität im Alter ist es von großer Bedeutung, dass Anbieter von Wohnungen wie auch von Einrichtungsgegenständen und technischen Hilfen die Verschiedenartigkeit von Wohnpräferenzen der älteren Generation wahrnehmen und sich darauf einstellen. Wohnberatung wird damit zu einem neuen Aufgabenfeld insbesondere der Wohnungswirtschaft, aber

auch der Kommunalpolitik. Es kommt auf einen differenzierten Beratungsansatz an, der ausdrücklich auf die individuellen Wünsche für gutes Wohnen sowie auf Lebensstile, Erfahrungen und Gewohnheiten des einzelnen älteren Menschen eingeht.

In der Fähigkeit, sich über das bestehende Spektrum an Wohnangeboten ausreichend zu informieren, die eigenen Wohnbedürfnisse zu reflektieren sowie zu einer differenzierten Entscheidungsgrundlage bezüglich des Wohnens zu gelangen, liegen bedeutende Daseinskompetenzen des Menschen. Ältere Menschen sollten deshalb in allen Lebenslagen selber entscheiden können, wo und wie sie wohnen möchten. In dem Maße, wie sie das nicht oder nicht mehr hinreichend allein können, etwa im Falle von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit, sollten Angehörige oder andere Vertrauenspersonen die Interessen dieser Menschen offensiv unterstützend mit vertreten.

Es entspricht dem Wunsch älterer - auch pflegebedürftiger - Menschen, möglichst lange in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. Deshalb ist es wichtig, Wohnangebote für Menschen in unterschiedlichen Lebens- und Bedarfslagen zu schaffen und zugleich Unterstützungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen im normalen Wohnumfeld zu verankern. In dem Maße, wie dies gelingt, wird den Nutzern eine Alternative zu einer stationären Pflegeeinrichtung geboten. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich medizinische, pflegerische und soziale Dienste am Ort oder in der Wohnumgebung vernetzen, um abgestimmt die jeweils erforderlichen Hilfen zielgerichtet und abgestimmt gewähren zu können. An einem so funktionierenden Netzwerk werden die Kommunen und die Wohnungswirtschaft ebenso interessiert sein. Denn dauerhaftes zufriedenes Wohnen liegt auch in deren Interesse. Insofern sollten die Kommunen und die Wohnungswirtschaft solche Entwicklungen nachdrücklich unterstützen. An einigen Orten gibt es schon gute Beispiele. Das Erschließen von Genossenschaftspotenzialen auch für ältere Menschen ist sehr gut anhand von Beispielen in der vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung herausgegebenen Broschüre „Genossenschaftspotenziale – Modelle genossenschaftlichen Wohnens“ dargestellt.

Der Anteil der hochaltrigen Bevölkerung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich zunehmen. Um dem daraus resultierenden zunehmenden Bedarf an Betreuung und Pflege gerecht zu werden, müssen jetzt alle Vorbereitungen getroffen und alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, den kommenden Bedarf angemessen zu befriedigen, auch im Sinne einer nachhaltigen Politik zur Aufrechterhaltung der sozialen Infrastruktur.

Ein deutlicher Bevölkerungsrückgang führt zu einem Wohnungsüberschuss. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft der Investoren zunehmen wird, vorhandenen Wohnraum an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. Das schließt auch Überlegungen der Wohnungswirtschaft für neue Pflege- und Betreuungskonzepte im weitesten Sinne bei den Planungen zu Umbau- und Sanierungsmaßnahmen mit ein. Ebenso kommt es darauf an, dass sich die Wohnungswirtschaft für sogenannte alternative Wohnformen im Al-

ter öffnet und dass Kommunal- und Landespolitik solche Prozesse fördern. Zugleich muss gesehen werden, dass für bestimmte pflegebedürftige Menschen eine Heimbetreuungsbedürftigkeit immer gegeben sein wird. Insofern sind alternative Wohnangebote im Alter als Erweiterung des bisherigen Wohnspektrums zu sehen.

Die Sächsische Staatsregierung wird die Kommunen und die Wohnungswirtschaft mit Nachdruck ermutigen, ihre Wohnangebote in Zukunft verstärkt auch unter dem Aspekt einer älter werdenden Bevölkerung mit sehr unterschiedlichen Wohnwünschen auszurichten.

2.2 Neues Denken auch für herkömmliches Wohnen

„Normale“ Wohnungen werden auch in Zukunft die überwiegende Wohnform älterer Menschen bleiben. Hier erfüllt sich der Wunsch der meist älteren Menschen, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung und damit zugleich im vertrauten Wohngebiet zu leben. Um einem möglichst hohen, kontinuierlich wachsenden Anteil zu Hause lebender älterer Menschen auch in Zukunft ihrer Lebenssituation entsprechend Wohnraum zu bieten, müssen die Wohnungen selbst, sodann das räumliche Umfeld und nicht zuletzt die unmittelbare soziale Infrastruktur in weit höherem Maße als bisher altengerecht gestaltet werden. Das schließt mobilitätsfördernde Hilfen ebenso ein wie ein differenziertes Angebot ambulanter medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste. Es braucht die Perspektive der altgewordenen Mieter, Phantasie und Mut zum Risiko, auch zum unternehmerischen, dann sind viele Möglichkeiten auch realisierbar. Oftmals bringen bereits kleine bauliche Veränderungen in Wohnungen große Wohnerleichterungen für die Mieter.

Solche Maßnahmen sollten generell mit der Sicherung der kleinräumigen Funktionsfähigkeit der sozialen Infrastruktur verknüpft werden. Zur breitenwirksamen Umsetzung sind vermehrte Information und Beratung älterer, aber auch jüngerer Menschen erforderlich. Hierzu gehören vor allem eine Anlaufstelle für die Vermittlung von Hilfen und für die Wohnberatung sowie die Organisation gemeinschaftsfördernder Aktivitäten. Kommunen könnten auch daran denken, alle Maßnahmen für ältere Menschen in einer Art „Care- und Case-Management“ zu konzentrieren. Diese „Care- und Case-Manager“ könnten ältere Menschen und ihre Angehörigen dabei unterstützen, eine bedarfsgerechte Wohnung und die erforderliche Versorgung und gegebenenfalls Pflege zu organisieren. Sie unterstützen bei Gesprächen und Vertragsverhandlungen und beim Aufbau eines individuellen Hilfenetzwerkes. Sie erarbeiten eine Art Hilfeplan, der der Lebenswelt der älteren Bewohner entspricht und flexibel auf Veränderungen reagiert.

2.3 Für mehr neue Wohnformen im Alter

Den Herausforderungen im Bereich des altengerechten Wohnens ist vor allem durch ein breites Angebot alternativer Wohnarrangements zu entsprechen. Dies erfordert entschlosse-

nes, zielgerichtetes und kooperatives Handeln zahlreicher öffentlicher und privater Akteure. Da das Wohnen gerade im Alter im Zusammenhang mit Identität, Kontinuität und Zugehörigkeit zu sehen ist, sollte die Frage nach den jeweils angemessenen Wohnbedingungen auf der Grundlage individueller Wohnbedürfnisse und Wertentscheidungen getroffen werden. Dabei ist aus der Sicht der potenziellen Bewohner die Orientierung an den Prinzipien Eigenverantwortlichkeit, Wahlmöglichkeit und Veränderbarkeit wesentlich. Aus der Sicht der Wohnungswirtschaft geht es vor allem um die Frage, ob die den Bedürfnissen einer größer werdenden Bevölkerungsgruppe entsprechenden Wohnpräferenzen aus dem vorhandenen Wohnungsbestand heraus konzipiert und vor allem so finanziert werden können, dass die erforderliche Miete für diesen Personenkreis auch dauerhaft bezahlbar bleibt. Hier sind ganz sicher viel Kreativität und auch Mut seitens der Wohnungswirtschaft, der Banken und nicht zuletzt der Politik erforderlich.

Vor allem aber ist aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive an dieser Stelle ein grundlegendes Umdenken erforderlich, das sich aus den demographischen Veränderungen ergibt. Alle neuen alternativen Wohnformen sowie ambulante Wohngemeinschaften und das Mehrgenerationenwohnen haben eines gemeinsam: Sie setzen bei jedem Beteiligten auf Eigenverantwortung, Aufgabenteilung und Solidarität. Im Grunde handelt es sich um das, was in jeder Familie selbstverständlich erscheint. Aber zunehmend mehr ältere Menschen können nicht auf die eigene Familie zurückgreifen, weil es sie nicht mehr oder nicht in der eigenen Wohnumgebung oder überhaupt nicht gibt. Angesichts dieser Situation fragen sich zunehmend mehr Menschen nach ihrem Lebensentwurf und entscheiden sich im Alter für ein neues Leben in Gemeinschaft, das durch die unterschiedlichen Wohnarrangements sehr verschiedenartig gestaltet sein kann und sogar generationenübergreifendes Wohnen mit einschließt. Lebenslanges Lernen und bürgerschaftliches Engagement können solche Entscheidungen verstärken und fördern. Deshalb ist es wichtig, dass es Stellen gibt, die alle Informationen bündeln und die älteren Menschen umfassend beraten und informieren und über die dem jeweiligen Bedarf entsprechenden Leistungen und Angebote informieren.

Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern die Wohnungswirtschaft, die Politik und sogar die Kranken- und Pflegekassen müssen an diesen neuen Wohnformen ein Interesse haben. Denn wo Eigenverantwortung, Aufgabenteilung und Solidarität gemeinsames Lebensprinzip sind, gibt es hohe Lebenszufriedenheit und vielfältige private Unterstützungsleistungen. Es wird angenommen, dass dadurch öffentliche Hilfen im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, wenn überhaupt, mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen und auch nur partiell in Anspruch genommen werden.

Das Interesse insbesondere der „jungen Alten“ an diesen Überlegungen und an entsprechenden Umsetzungsprojekten nimmt zu. Das zeigt die Resonanz bei ersten örtlichen Bildungsveranstaltungen. Dabei wird auch deutlich, dass zunächst klare Informationen über die

demographischen Veränderungen am jeweiligen Ort erforderlich sind. Die Zahlen liegen vor. Es ist bekannt, wie sich die kommunalen Gebietskörperschaften bis 2020 demographisch verändern werden. Die Veränderungen fallen regional sehr unterschiedlich aus. Von daher muss es eine Zukunftsaufgabe ersten Ranges für jede Kommunalpolitik sein, hierzu viel stärker Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und in Verbindung mit den Weiterbildungsträgern noch viel mehr gezielte und vertiefende Angebote zu Information und Orientierung der Bevölkerung zu unterbreiten. Von dort her werden sich weiterführende Lebensfragen ergeben, wozu auch die zentrale Frage künftigen Wohnens zählt. Die Sächsische Staatsregierung mahnt an, dass die kreativen Lösungen aus den Gemeinden und Landkreisen kommen müssen, weil sich der demographische Wandel dort vollzieht. „Miteinanderreden ist der Schlüssel zu einer Kultur des Wandels. Alle Beteiligten müssen zunächst darüber ins Gespräch kommen, wie sich der demographische Wandel vor Ort auswirkt, wo hergebrachtes Denken und Handeln Veränderung erschwert und mit welchen Mitteln sich der Wandel gestalten lässt,“ so Ministerpräsident Prof. Dr. Georg Milbradt (Rede vom 08.11.2006 beim Zweiten Sächsischen Demographiegipfel in Dresden).

2.4 Wohngemeinschaften als alternative Betreuungsform für demenzkranke Menschen

Zunehmend Beachtung finden auch in Sachsen die neuen ambulanten Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen. Gegenwärtig gibt es diese Wohnform in Dresden, Zwickau und Chemnitz. Übergreifendes Leitbild für diese Wohn- und Betreuungsformen ist das Wohnen in einem Gebäude, das für ein Leben in der Gruppe geeignet ist, gleichzeitig aber auch hinreichend Raum für die Privatsphäre lässt. Die Wohngemeinschaft – und das ist ihr besonderes Charakteristikum – wird ambulant betreut. Angehörige und ehrenamtliche Präsenzkkräfte sehen sich in freiwilliger Mitverantwortung für das Gelingen des Konzepts.

Die Wohngemeinschaften sind gekennzeichnet durch eine geringe Anzahl von bis zu acht Mietern, womit sie einen familienähnlichen Charakter gewinnen. Im Mittelpunkt stehen nicht die Pflege und Versorgung der demenzkranken Menschen, sondern der gemeinsame Wohnalltag mit Selbstversorgung und geteilter Verantwortung. Initiator ist oft ein Pflegedienst, der den Entstehungsprozess begleitet. Angehörige und ehrenamtlich Engagierte wirken bei der Betreuung unterstützend mit. Sofern der ambulante Dienst auch die ambulante Pflege übernimmt, muss jedoch auf eine strikte Abgrenzung zum Heimbereich geachtet werden.

Das SMS anerkennt, dass vor dem Hintergrund der sich ändernden Familienstrukturen auch die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen neu in den Blick genommen werden müssen. Die Realisierung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

kann eine gute Alternative vor der Unterbringung in einer stationären Einrichtung sein. Im Hinblick auf den Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist es Aufgabe der Kommunen, die Wünsche entsprechend der Bedürfnisse der Nutzer zu prüfen und je nach regionalen Unterschieden entsprechende Wohn- und Betreuungsformen vorzuhalten.

Statistische Daten über die Umsetzung von Wohngemeinschaften im Freistaat Sachsen liegen derzeit noch nicht vor. Neben der Architektur spielt die Qualität der Betreuung eine entscheidende Rolle. Um neue Wohnformen für demenzkranke Menschen stabil zu etablieren, ist es eine wichtige Aufgabe, mit den beteiligten Akteuren vor Ort die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sowohl dem Wunsch nach einem Wohnen in der eigenen Häuslichkeit als auch einem Sicherheitsbedürfnis Rechnung getragen wird. Entscheidend sind die inhaltlichen Aspekte der Betreuung und Versorgung. Von entscheidender Bedeutung ist dabei eine effiziente Beratung der Betroffenen über die vorhandenen Angebote.

Die Zuständigkeit für das Heimrecht liegt seit 1. September 2006 in den Händen der Länder. Das SMS wird sich der Herausforderung zur Gestaltung heimrechtlicher Regelungen für den Freistaat Sachsen annehmen. Im Hinblick auf neue Wohnformen im Alter wird ein Kerngedanke sein, nur diejenigen Wohnformen in vollem Umfang unter das Heimgesetz (HeimG) zu stellen, bei denen ein spezifischer Schutzbedarf für die Bewohner besteht, der es rechtfertigt, die unternehmerische Eigenverantwortung zugunsten ordnungsrechtlicher Instrumentarien einzuschränken. Neue Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen, die strukturell so selbstbestimmt organisiert sind, dass kein ordnungsrechtliches Gerüst erforderlich ist, sollen rechtsklar von den heimrechtlichen Bestimmungen abgegrenzt werden.

3. Wichtiges Ziel: Gesundes Altern

3.1 Den Stellenwert gesundheitlicher Prävention erhöhen

Ziel der Gesundheitsvorsorge für ältere Menschen ist es, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit möglichst lange zu erhalten bzw. eine Verschlechterung weitgehend zu verhindern. Denn wesentliche Voraussetzungen für die selbständige Lebensführung und Mobilität älterer Menschen sind körperliche und psychische Gesundheit. Im fortgeschrittenen Alter besteht eine hohe Gefahr, krank zu werden. Im Alter treten chronische Krankheiten häufiger auf und vielfach sind längere Genesungszeiten erforderlich. Auch wenn sich körperliche Beschwerden im Alter nicht vermeiden lassen, kann jeder Einzelne entscheidend dazu beitragen, möglichst lange und so gut wie möglich körperlich und geistig fit zu bleiben. Hierzu trägt insbesondere eine bewusst gesunde Lebensweise bei. Die Weichen dafür werden oft jedoch schon in der Jugend gestellt. Eins von fünf Gesundheitszielen, die das SMS gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren im Gesundheitssystem zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung umsetzt, ist deshalb das Ziel „Gesund aufwachsen“. Präven-

tion von Erkrankungen und Gesundheitsförderung sind wichtige Ansätze, die gesundheitliche Situation der Menschen zu verbessern. Beim Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ stehen Ernährung, Bewegung, Förderung der Lebenskompetenz, Mundgesundheit, Sprachförderung, Impfschutz und die Gesundheit von Erziehern im Blickpunkt. So können langfristige Wirkungen schon im Kindesalter gelegt werden. Der Begriff „Wohlbefinden“ wird frühzeitig erkannt und gefördert. Eine Koordinierungsstelle an der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung stärkt die landesweite und regionale Vernetzung der Akteure.

Auch in den Bereichen Gesundheitsförderung, Schaffung mobiler Dienste bei der Rehabilitation und Pflege sowie Angebotsvernetzung für ältere Menschen besteht ein erheblicher gesundheitspolitischer Handlungsbedarf. Das SMS entwickelt daher gegenwärtig mit den beteiligten verantwortlichen Akteuren als ein weiteres sächsisches Gesundheitsziel das Ziel „Gesundheit im Alter“. Wesentliche Teilziele dieses Gesundheitsziels sind die Erhaltung der körperlichen Fitness sowie die Stärkung der mentalen Leistungsfähigkeit und des Anpassungsvermögens. Es sollen Möglichkeiten der Prävention und gezielte Gesundheitsprogramme für ältere Menschen aufgezeigt und durchgeführt werden. Eigene körperliche, geistige und soziale Aktivität muss auch von den Kommunen und den beteiligten Akteuren stärker gefördert und Angebote dazu vorgehalten werden. Nicht nur Sportvereine, sondern auch Träger der Offenen Seniorenarbeit und Träger der Seniorenbildung sind in der Verantwortung, mehr als bislang zielgerichtete Angebote im Bereich der gesundheitlichen Prävention im Alter zu unterbreiten. Ziel ist es, Erkrankungen, die insbesondere im hohen Lebensalter auftreten, durch gesundheitliche Prävention hinauszuzögern oder sogar ganz zu vermeiden.

Die Bürger im Freistaat Sachsen sollen über die vielfältigen Methoden der Prävention bei Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, gefäßbedingte demenzielle Erkrankungen, Osteoporose sowie Oberschenkel- und Hüftfrakturen informiert und aufgeklärt werden. Das SMS will mit dem Gesundheitsziel „Gesundheit im Alter“ zur Eigeninitiative motivieren und dazu anregen, vorhandene Angebote zu nutzen und damit selbst zur Steigerung der Lebensqualität beizutragen. Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen dabei auf einheitliche Ziele ausgerichtet sowie koordiniert und qualitätsgesichert erbracht werden. Letztlich soll durch ganzheitliche Versorgungsansätze langfristig Lebensqualität gesichert werden. Gleichzeitig soll den unter anderem im SGB V und SGB XI gesetzlich festgeschriebenen Grundsätzen „Prävention vor Behandlung“ und „Rehabilitation vor Pflege“ nachhaltig Rechnung getragen werden.

3.2 Medizinische Versorgung im ganzen Land sichern

Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch der Bedarf an ambulanter ärztlicher Behandlung. Das Altern der Bevölkerung hat gravierende Auswirkungen auf die medizinische und pflegerische Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die demo-

graphische Entwicklung betrifft auch die Ärzte. In den nächsten zehn Jahren gehen in Sachsen voraussichtlich ca. 42 % Ärzte in den Ruhestand. Ein Teil der Praxen (insbesondere in den ländlichen Gebieten) kann nicht nachbesetzt werden. Deshalb müssen dort günstige Rahmenbedingungen geschaffen werden. Gemeinsam mit allen Verantwortlichen des Gesundheitswesens hat sich das SMS schon frühzeitig mit dieser Entwicklung befasst und verschiedene Maßnahmen begleitet.

So wurden mit dem im Zuge der Gesundheitsreform entwickelten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wesentliche Erleichterungen der vertragsärztlichen Leistungserbringung geschaffen. Das Gesetz enthält darüber hinaus Neuregelungen, die dazu dienen, regionalen Versorgungsproblemen entgegenzuwirken. Im Einzelnen sind das Regelungen, die den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Gebieten und deren Ausübung betreffen. Daneben regelt das Gesetz örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften. Dies ist wichtig und richtig.

Die Folgen des demographischen Wandels betreffen aber ganz entscheidend auch die Fragen der Finanzierung. Im Gesundheits- und Pflegebereich sind vier Finanzierungsträger entscheidend:

- die Sozialversicherungsträger wie die Gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegekassen,
- die Bundesländer vor allem im Bereich der Investitionen in der stationären Versorgung,
- die private Finanzierung von Gesundheits- und Pflegekosten durch die betroffenen Menschen selbst, etwa in Form von Zuzahlungen und
- die Sozialhilfeträger.

Die Sächsische Staatsregierung wird gegenüber dem Bund auch in Zukunft deutlich machen, dass die Lasten aus Überalterung und Bevölkerungsrückgang auf Bundesebene berücksichtigt werden müssen. Bestehende Unterschiede in der Versichertenstruktur und damit auch in der Beitrags- und Kostenstruktur müssen auch weiterhin durch einen bundesweiten Finanzverbund ausgeglichen werden.

Um das quantitative und qualitative Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung auch künftig für alle Patienten abzusichern, und dabei die Finanzierung zu sichern, sind drei Ansätze zu beachten und konsequent umzusetzen:

- Stärkung der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention,
- in Umsetzung der Zielstellung „ambulant vor stationär“ die Konzentration der Krankenhausleistungen auf die Behandlungen ohne ambulante Alternative, bei gleichzeitiger Stärkung der Übergangspflege,
- Effizienzsteigerungen bei der Leistungserbringung, z.B. durch den Einsatz der Telemedizin sowie die

- konsequente Verzahnung oder Vernetzung der ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Behandlung.

Auch für die Umsetzung dieser Ansätze wird sich die Sächsische Staatsregierung gegenüber dem Bund im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten einsetzen. Wie dargelegt, sollten sich jedoch an diesem Prozess viele Akteure beteiligen.

3.3 Bessere Vernetzung der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung

Zunehmende Individualisierungsbestrebungen und die Veränderungen in den familiären Strukturen erfordern auch veränderte Lebensmuster der Bevölkerung insbesondere im Hinblick auf die würdevolle Betreuung alter und kranker Menschen. Die Würde des alten und kranken Menschen geht einher mit dem Recht auf angemessene geriatrische Hilfe. Ziel aller geriatrischen Maßnahmen muss es sein, Hilfe zur Daseinserfüllung zu geben.

Bei der geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich gelten die Grundsätze der „Rahmenkonzeption zur geriatrischen Hilfe im Freistaat Sachsen“: Die zunehmende Anzahl hochbetagter Menschen führt zu erhöhten Anforderungen an die medizinischen Versorgungssysteme. Gerade die Tatsache, dass im hohen Alter mehrere Erkrankungen chronische Verläufe zeigen und zudem häufig mit sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionseinbußen verbunden sind, macht eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Altersmedizin erforderlich. In allen Krankenhäusern der Regelversorgung werden geriatrische Behandlungen innerhalb des Fachgebiets der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin angeboten. In den Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung werden geriatrische Abteilungen innerhalb des Fachgebiets Innere Medizin und Allgemeinmedizin vorgehalten.

Das SMS setzt sich dafür ein, dass in der geriatrischen Versorgung künftig der ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Bereich besser vernetzt werden. Im Rahmen des 2. Sächsischen Altenhilfe-Kongresses am 25. April 2007 befasste sich ein Forum mit den „Spezifischen Anforderungen an die Medizin beim Alten Menschen – was Pflegekräfte wissen müssen“. Ziel war es, die Pflegekräfte über geriatrische Patienten im Akutkrankenhaus, über typische Krankheitsbilder, geriatrische Syndrome, Möglichkeiten und Grenzen der geriatrischen Rehabilitation sowie über ganzheitliche Therapieentscheidungen, also über kurative, rehabilitative, palliative und präventive Aspekte zu informieren. Dieses Forum konnte jedoch nur den Auftakt bilden zu einem Prozess, der zwischen den verantwortlichen Akteuren fortgesetzt werden muss.

Auch eine engere Verzahnung von geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepten ist erforderlich. Zentraler Baustein im gemeindepsychiatrischen Verbund sind die Sozialpsychiatrischen Dienste. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat Beratungs-, Betreuungs- und Koordinierungsfunktion. Er trägt dafür Sorge, dass die Hilfen für die Betroffenen fachgerecht und, den regionalen Versorgungsverpflichtungen entsprechend, gemeindenah erbracht werden. Im Freistaat Sachsen existieren bereits gemeindenah Verbände, denen eine bemerkenswerte Strukturvernetzung attestiert werden kann. Um eine noch effektivere Patientenbetreuung zu gewährleisten, muss es zu einer weiter verstärkten Koordination und Kooperation der verschiedenen Hilfeangebote vor Ort kommen.

Eine wichtige Rolle kommt dabei der Besuchskommission nach § 3 Abs. 2 des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten vom 16. Juni 1994 zu. Eine der Aufgaben der Besuchskommission ist es, die Behandlungsqualität und ihre Kontinuität sowie die Einbindung der verschiedenen Einrichtungen in das regionale Versorgungssystem und die Verknüpfung von stationären und ambulanten Angeboten zu kontrollieren. Neben der Aufgabe der Bewertung der gemeindepsychiatrischen Versorgungssysteme ist Ziel der Besuchskommission, die fachliche Qualität der therapeutischen Angebote, die Wahrung der Rechte und die Förderung der Selbstbestimmung von psychisch kranken Menschen in stationären Einrichtungen zu prüfen. Dieser Aufgabe wird sich die Besuchskommission auch in Zukunft widmen.

Darüber hinaus wird die Besuchskommission in Zukunft noch verstärkt von ihrem Recht Gebrauch machen, Pflegeeinrichtungen, in denen psychisch kranke bzw. psychiatrisch erkrankte Menschen wohnen, aufzusuchen. Seit Februar 2004 hat die Besuchskommission einige Pflegeheime besucht, was von den Heimen überwiegend als Maßnahme der Qualitätssicherung positiv aufgenommen wurden. Die Besuchskommission hat festgestellt, dass der Anteil psychisch kranker Menschen in den Pflegeeinrichtungen wächst. In einigen der besuchten Pflegeeinrichtungen waren schon deutlich mehr als 50 Prozent der Bewohner demenzkrank. Die Einrichtungen sind nach den Aussagen der Besuchskommission bemüht, spezielle Angebote, die neuere Erkenntnisse aus Psychiatrie, Neurologie und Pflegeforschung aufgreifen, in besonderen Wohn- und Pflegebereichen für diese Bewohner anzubieten. Allerdings musste die Besuchskommission teilweise auch kritische Bewertungen vornehmen. So wurden in einigen Einrichtungen keine speziellen Förderprogramme für Demenzkranke angeboten. In manchen Einrichtungen wurden auch keine Verbindungen zum Leben in der Kommune hergestellt. Diese Beispiele zeigen, wie wertvoll die Arbeit der Besuchskommission ist. Sie ist notwendig, und es ist zu wünschen, dass positive Veränderungsprozesse weiter initiiert werden. Die Beispiele zeigen auch, dass eine Zusammenarbeit der beteiligten Akteure vor Ort dringend notwendig ist, in diesen Fällen zum Beispiel die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsträger, Heimaufsicht und der Besuchskommission, aber

auch der Kostenträger. So hat die Besuchskommission auch darüber berichtet, dass Einrichtungsträger darauf hingewiesen haben, dass aufgrund des Personalschlüssels eine fachgerechte Betreuung durch Personal nicht immer möglich sei.

Aus Sicht des SMS kommt die geriatrische Versorgung grundsätzlich auch für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140 SGB V in Frage.

3.4 Mit geriatrischer Rehabilitation Pflegebedürftigkeit abwenden

Die Ziele der Rehabilitation umfassen über die Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit hinaus die Erhaltung und Wiederherstellung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und sozialer Integration. Diese letztgenannten Ziele gelten in gleichem Maß für die verschiedenen Lebensalter, Kompetenzprofile und Lebenslagen (BMFSFJ 2001, S. 92). Für rehabilitative Maßnahmen bei älteren Menschen bedeutet dies, dass auch bei älteren sowie bei pflegebedürftigen Menschen die Wiederherstellung der personalen Ressourcen für ein selbständiges und selbstverantwortliches Leben erreicht werden soll.

Der Gesetzgeber hat den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ im SGB V und SGB XI festgeschrieben. Dieser Grundsatz wird jedoch auch im Bereich der Pflege noch nicht in hinreichendem Maß verwirklicht. Er muss weiter umgesetzt und ausgebaut werden. In vielen Fällen könnte Pflegebedürftigkeit vermieden werden, wenn frühzeitig präventive Maßnahmen - wie etwa die geriatrische Rehabilitation - zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen würden.

Ein wesentlicher Grund für die „Zurückhaltung“ bei der geriatrischen Rehabilitation könnte sein, dass die positiven Folgen der medizinischen Rehabilitation sich in der Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit niederschlagen könnten. Durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen kann etwa ein pflegebedürftiger älterer Mensch, der in die Pflegestufe II eingestuft wurde, einen solchen Zuwachs an physischer, alltagspraktische, psychischer und kognitiver Kompetenz entwickeln, dass eine Einstufung in die Pflegestufe I oder 0 gerechtfertigt wäre. Die positiven Folgen kämen jedoch einem anderen Leistungssystem zugute. Aus rein wirtschaftlichen Erwägungen kann es deshalb dazu kommen, solche Leistungen zur Schonung der eigenen Budgets zu versagen, die einem anderen System finanziell zugute kommen. Auch bestehen im bisherigen System keine materiellen Anreize für Ärzte und Patienten zur Umsetzung der Rehabilitation.

Der MDK sollte bei der Begutachtung der Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbindlich prüfen, ob und welche Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes geeignet sind. Dazu muss auch eine entsprechende Umsetzung im SGB XI

erfolgen. Aktivierende Pflege darf nicht automatisch zu einer Kürzung (z. B. Herabsetzung der Pflegestufe) führen. Es ist zu prüfen, ob und wie weit finanzielle Anreize geschaffen werden können.

4. Richtige Ausgestaltung der Pflege als eine zentrale Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft

4.1 Umfassende Aufgabe: Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung weiter voran bringen

Die Leistungserbringung in der Pflege ist durch eine Vielzahl gesetzlicher Vorgaben und Verfahrensvorschriften geregelt. Diese werden bei den einrichtungsinternen und den externen Prüfungen der Leistungen angewendet. Viele Beteiligte sind der Auffassung, es fehle an einer ausreichenden Koordination der Prüfungen und es seien zum Teil widersprüchliche Ansprüche feststellbar. Deshalb wird eine Harmonisierung der Prüfsysteme gefordert. Hierdurch könnte maßgeblich zu einem Abbau der Bürokratie und damit zu mehr Kapazität für die Qualitätssicherung beitragen werden.

Die Pflege ist weitestgehend bundesrechtlich – bei bestehender Zuständigkeit der Länder in einzelnen Bereichen – durch das SGB XI geregelt. Den derzeitigen Entwicklungen wird im Rahmen der Fortschreibung des Altenhilfe-Rahmenplans Rechnung getragen.

Des Weiteren regelt das Heimrecht den Bereich der Pflege. Mit der Föderalismusreform wurde die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht auf die Länder übertragen. Nach Artikel 125a Absatz 1 GG gilt das Heimrecht so lange als Bundesrecht fort, bis es durch Bestimmungen der Länder ersetzt wird. Das SMS wird in einem Gesetzesvorhaben zur Ablösung des bisherigen Heimrechts dem Anliegen Rechnung tragen, die vorhandenen personellen und sachlichen Ressourcen wirtschaftlich einzusetzen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, die künftig auch demographiebedingten, wachsenden Anforderungen im Pflegebereich zu bewältigen. Dort, wo ein entsprechender Schutzbedarf der Betroffenen besteht, muss dieser gewährleistet sein.

Im Freistaat Sachsen nehmen die Regierungspräsidien als Heimaufsichtsbehörde die Überwachung der Heime in verantwortungsvoller Weise wahr. Sie überwachen 951 Heime mit insgesamt 53.712 Plätzen. Die Heimaufsicht im Freistaat Sachsen versteht sich jedoch nicht vorrangig als Kontrollinstanz, sondern vielmehr als Partner der Einrichtungsträger. Der Beratungstätigkeit wird besonderes Augenmerk beigemessen. Das galt in besonderem Maß auch bei dem umfassenden Investitionsprogramm nach Artikel 52 Pflegeversicherungsgesetz. Zielstellung der Heimaufsicht ist der Schutz und die Wahrung der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner in den Heimen. Allerdings ist festzustellen, dass die Heimaufsicht mit dem

gegenwärtigen Personal ihrer jährlichen Kontrollpflicht nicht nachkommen kann. Das SMS wird im Einvernehmen mit dem SMI prüfen, inwieweit durch einen erhöhten Personaleinsatz in den Regierungspräsidien die Heimaufsicht gestärkt werden kann. Unangemeldete Aufsichtsbesuche sollen künftig die Regel sein.

In künftigen heimrechtlichen Regelungen wird es vor allem auch darum gehen, die Anzeige- und Berichtspflichten zu reduzieren. Dies würde auch die Heimaufsichten erheblich entlasten. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Entbürokratisierung in der Pflege“ des Runden Tisches Pflege und die weiteren Expertenuntersuchungen werden einbezogen. Ziel wird es sein, die Schutzvorschriften oder ihre Anwendung mit den Zielen der Wohnlichkeit und der Selbstbestimmung der Bewohner in Einklang zu bringen.

Als weitere Maßnahme der Qualitätssicherung in Heimen im Freistaat Sachsen arbeiten die Heimaufsicht, Vertreter der Pflegekassen, des MDK und Vertreter der Sozialhilfeträger eng in der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 HeimG zusammen. Es werden Vereinbarungen zur Koordinierung der Prüftätigkeit und zur Kooperation bei den Prüfungen getroffen. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung abgestimmt. Die Zusammenarbeit hat sich bereits in den vergangenen Jahren gut bewährt und soll so fortgesetzt werden.

Qualitätssicherung in der Pflege hängt jedoch ganz entscheidend vom Engagement der Träger der Einrichtungen ab. Qualität kann nicht von außen in die Einrichtungen „hineinkontrolliert“ werden. Es geht darum, für die jeweiligen Bewohner diejenige Qualität der Leistungen zu sichern, die ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechen. Das bedeutet, dass betriebsinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent angewendet und weiter entwickelt werden müssen. Das SMS steht in engem Kontakt mit den Trägern zur Unterstützung und Weiterentwicklung der betriebsinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen. So gibt es etwa die Initiative „Heimleiter kontrollieren Heimleiter“, eine Initiative von verschiedenen Heimleitern, an der auch das SMS für Soziales beteiligt wird. Auch am „Heimleiterstammtisch“, einem Zusammentreffen, das dem Austausch von Erfahrungen dient, ist das SMS beteiligt.

Leitziel des SMS ist es, den Weg einer umfassenden und nachhaltigen Qualitätsentwicklung in der Pflege konsequent weiter zu verfolgen. Es geht darum, den Rahmen für eine Versorgung der älteren Menschen abzustecken, die auch den individuellen Bedürfnissen, der „gefühlten Qualität“, angepasst ist. Vor diesem Hintergrund ist Qualität in der Pflege ein Aspekt der nachfolgend beschriebenen Sicherung der sozialen Menschenrechte in der Pflege, Qualität sichert Lebensqualität und achtet die Würde und Selbstbestimmung in der Pflege.

Politik und Gesetzgeber können Qualität in der Pflege nicht unmittelbar garantieren, sie können sie jedoch durch Setzen entsprechender Rahmenbedingungen beeinflussen. Qualität in

der Pflege und Betreuung zu sichern, ist Aufgabe aller beteiligten Akteure, sie geht alle Beteiligten im gleichen Maße an. Einbezogen sind die Einrichtungsträger, professionelles Pflegepersonal, Kosten- und Leistungsträger sowie die Institutionen der Qualitätskontrollen, aber auch pflegende Angehörige und ehrenamtlich Engagierte.

Entscheidend dafür, dass Pflege gelingt, ist qualifiziertes, motiviertes, zufriedenes und für die Anforderungen ausreichendes Personal. Das ist jedoch letztlich auch eine Frage der Kosten. An den Verhandlungen zu den Pflegekosten ist das SMS nicht unmittelbar beteiligt, dies ist Angelegenheit der Rahmenvertragspartner nach § 75 SGB XI. Das SMS wird sich allerdings auch weiterhin moderierend dafür einsetzen, dass ein bedarfsgerechtes, objektives Pflegeassessment zur Gestaltung des Pflegeprozesses und der Schnittstellen in der Versorgung etabliert wird.

Das SMS wird im Rahmen seiner Zuständigkeit für die Vorhaltung einer leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur dafür Sorge tragen, dass die Qualifikation des Personals weiter erhöht wird und in Kürze eine Verordnung zur Regelung der Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen vorlegen. Damit werden einheitliche, dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Weiterbildungen in Sachsen etabliert.

4.2 Haushaltsnahe Dienstleistungen fördern

Haushaltsnahe Dienstleistungen sollten ausgebaut werden. Sie können eine wichtige Ergänzung zu Leistungen der Pflege und zur Sozialen Arbeit mit alten Menschen darstellen. Zumindest im niedrigschwelligen Bereich können solche Hilfen auch beschäftigungswirksam sein. Haushaltsnahe Dienstleistungen sollten perspektivisch als ein neues und das bisherige Spektrum ergänzendes Aufgabenfeld für die Freie Wohlfahrtspflege und andere Anbieter angesehen werden. Hier muss der Fokus verstärkt auf die Lebenssituationen und Bedarfe insbesondere von Demenzkranken in einem frühen Stadium der Krankheit gerichtet werden. Derzeit können bis zu 3000 Euro im Jahr im Rahmen der Einkommensteuer für solche Dienstleistungen geltend gemacht werden (§ 35 EStG) – derartige „Arbeitsmaßnahmen“ würden einerseits zu mehr Beschäftigung führen und andererseits auch eine Betreuung der Demenzkranken Zuhause ermöglichen und absichern. Hilfen bei Tätigkeiten wie beispielsweise Einkaufen, Rasen mähen, Fenster putzen, Teppich reinigen, Handwerksarbeiten (Reparaturarbeiten), stundenweise Betreuung in der eigenen Häuslichkeit führen zu einer Entlastung von Angehörigen und können, neben den bereits genannten Maßnahmen, einen Umzug in eine stationäre Einrichtung zumindest hinauszögern.

4.3 Bessere Vereinbarkeit von häuslicher Familienpflege und Erwerbstätigkeit

Familien werden auch weiter die wichtigsten tragenden Netze bei der Pflege sein. Pflege durch Pflegepersonen ist die grundlegende Versorgungsform, die ihre Ergänzung in den unterschiedlichen Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen findet. Wegen der grundlegenden Bedeutung der Pflege in der Familie unterstützt der Freistaat Sachsen eine Initiative für die Einführung einer Pflegezeit, vergleichbar der Elternzeit. Pflegenden Angehörigen soll ein Anspruch auf unbezahlte, zeitlich befristete Freistellung von der Erwerbsarbeit gewährt werden. Dieser Anspruch soll für die Mindestdauer von einem Jahr mit der Möglichkeit einer zweimaligen Verlängerung um jeweils ein Jahr bestehen. Mit dieser Initiative soll es gelingen, Angehörigen die Pflege eines Verwandten bei gleichzeitigem Erhalt des Arbeitsplatzes zu ermöglichen. Durch die Einführung der Pflegezeit kann die Bereitschaft, Angehörige zu Hause zu pflegen, gestärkt werden. Zugleich wird das Risiko minimiert, nach der Pflege in die Erwerbslosigkeit zu geraten.

4.4 Niedrigschwellige Betreuungsangebote ausbauen

Durch niedrigschwellige Betreuungsangebote soll die Selbständigkeit von pflegebedürftigen Menschen, insbesondere von demenzkranken Menschen, möglichst lange erhalten bleiben. Die Angebote richten sich sowohl an die Pflegebedürftigen als auch an die pflegenden Angehörigen oder sonstigen Helferinnen und Helfer, indem sie diese entlasten und unterstützen sollen.

Um die niedrigschwelligen Betreuungsangebote noch besser nutzbar zu machen, sind unterschiedliche Maßnahmen erforderlich.

An den Bundesgesetzgeber richtet sich die Forderung, demenzkranke Menschen auch ohne Pflegestufe zukünftig in der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Dazu bedarf es nach einheitlicher Auffassung aller Beteiligten einer Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Freistaat Sachsen hat sich in der Vergangenheit intensiv für die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach dem SGB XI eingesetzt. In § 14 SGB XI ist die Pflegebedürftigkeit abschließend an die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft geknüpft. Auch der Hilfebedarf bei Demenzkranken wird ausschließlich in Bezug auf diese Verrichtungen zeitlich eingeschätzt.

Die tatsächlichen Bedürfnisse der Demenzkranken nach Zuwendung, allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung werden von diesem Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht gedeckt. Der Zeitaufwand für die Betreuung und Versorgung eines an Demenz erkrankten Menschen ist oft höher als der Zeitaufwand für die Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen in den Pflegestufen 2 oder 3, jedoch ohne Demenzerkrankung. Schätzungen zufolge beträgt der zusätzliche Betreuungsaufwand für Demenzkranke bis zu 45 Minuten pro Tag. Bezüglich die-

ser Problematik wird der Freistaat Sachsen weitere Anstrengungen unternehmen, um Leistungsverbesserungen im Bereich der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen zu erreichen. Die besonderen Bedarfslagen von demenzkranken älteren Menschen müssen sich auch in der Pflegeversicherung niederschlagen. Der zusätzliche Betrag von 460 € jährlich (§ 45 b SGB XI) für die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten muss auch Demenzkranken zustehen.

Das SMS wird sich außerdem dafür einsetzen, dass der Jahresbetrag von 460 Euro jährlich insgesamt erhöht wird.

Allerdings haben sich im Freistaat Sachsen in der Praxis solche Angebote noch nicht hinreichend entwickelt. Insbesondere ist es noch nicht gelungen, ausreichend ehrenamtlich engagierte Helfer in die Angebote zu integrieren. Die Anzahl der zu betreuenden Personen und der Umfang der zu erbringenden Leistungen sind bisher noch nicht geregelt. Das führt dazu, dass sehr unterschiedliche Leistungen zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden. Das SMS nimmt die Umsetzungsdefizite zum Anlass für eine Änderung der Verordnung. Ziel ist es, mehr ehrenamtliche Helferinnen und Helfer für diese Aufgaben zu gewinnen. Darüber hinaus müssen Angebote, deren Qualität und der Umfang der Leistung anderer Angebote entspricht, für den Nutzer zu in etwa gleichen Preisen zur Verfügung stehen.

Schließlich müssen die positiven Wirkungen durch die Inanspruchnahme solcher Angebote auch in der Öffentlichkeit noch vielmehr deutlich gemacht werden. Von großer Wichtigkeit ist es, dass demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen so früh wie möglich mit vorhandenen Hilfeangeboten vertraut gemacht werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass vorhandene Angebote noch nicht hinreichend bekannt sind oder zum Teil aus falsch verstandener Scham nicht ausreichend genutzt werden. Durch gezielte frühzeitige Maßnahmen im niedrigschwelligen Bereich kann die Pflege und der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit deutlich verlängert und entlastender gestaltet werden. Es ist Aufgabe aller beteiligten Akteure, die Attraktivität der Angebote durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit zu verdeutlichen.

4.5 Ambulante Hilfen verstärkt in den Blick nehmen

Die ambulante Pflege bedarf einer verstärkten Einbindung in ein stützendes Netzwerk und in ergänzende Versorgungsstrukturen. Von großer Bedeutung sind neue Pflegearrangements im Sinne einer stärkeren Vernetzung medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer und sozialer Dienste für pflegebedürftige Menschen. Das SMS setzt sich dafür ein, dass die ambulante Pflege durch Fortbildung, Supervision und Wissenstransfer im Rahmen von Fachtagungen gestärkt und der weitere Aufbau von Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Helferkreise sowie der Ausbau der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung gefördert werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die geforderte Qualität der ambulanten Pflege finanziell leistbar bleiben muss.

Die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ muss sich in der häuslichen Pflege finanziell positiv auswirken. Neben einem Anstieg der Beträge für Sachleistungen, die bei Inanspruchnahme eines Pflegedienstes gewährt werden, sollte auch das Pflegegeld, mit dem der Pflegenden selbst seine Pflege organisieren kann, erhöht werden. Diese Verbesserungen dürfen aber nicht dazu führen, dass die Leistungen für die stationäre Pflege überproportional gekürzt werden, und die stationäre Pflege unbezahlbar wird. Die stationäre Pflege muss weiterhin für jeden finanzierbar bleiben.

4.6 Personenbezogenes Pflegebudget ermöglichen

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Sicherung der Pflege ist die Einführung des personenbezogenen Budgets in der Pflege nach § 8 SGB XI. Der Freistaat Sachsen setzt sich daher seit langem für die Einführung des Pflegebudgets ein. Das „Pflegebudget“ beinhaltet drei wesentliche Ziele: die Stärkung der Selbstbestimmung des Einzelnen, die Gewährung bedarfsgerechter und bedarfsorientierter Hilfen sowie die Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Es dient also zur Absicherung der Pflege- und Betreuungsbedarfe. Das personenbezogene Budget wird bis Mitte 2008 in sieben Regionen der Bundesrepublik erprobt. Eine solche Region ist der Landkreis Annaberg-Buchholz hier in Sachsen. Seit September 2004 haben Pflegebedürftige dort die Möglichkeit, den Betrag, den sie bisher als Sachleistung erhalten haben, direkt von der Pflegekasse zu bekommen. Der Pflegebedürftige erhält je nach Pflegestufe einen Betrag in Höhe von 384 Euro, 921 Euro oder 1.432 Euro bar ausgezahlt und kann sich die für ihn individuell notwendigen Hilfen selbst kaufen. Über die Erfahrungen in diesem Landkreis berichtet die Annaberg-Studie von Prof. Dr. Baldo Blinkert von der Universität Freiburg.

Das SMS beurteilt das Pflegebudget als einen Schritt in die richtige Richtung. Es kann zu einer Stärkung der „Kundenautonomie“ und der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen führen. Es eröffnet die Möglichkeit zur Flexibilisierung des Pflegemarktes. Das Pflegebudget soll einen Pflegemix aus beruflicher Hilfe, familiärer Unterstützung und bürgerschaftlichem Engagement fördern und neue, bedarfsorientierte Arrangements ermöglichen. Insgesamt kann durch das Pflegebudget eine neue „Pflegekultur“ entstehen und der Anbietermarkt neu und weiterentwickelt werden. Aber es gibt auch kritische Fragen, beispielsweise ob das System dazu einlade, es auszunützen. Es werden Befürchtungen formuliert, dass durch das Pflegebudget der Markt der „schwarzen“ und „grauen“ Dienstleistungen erweitert wird oder dass das Geld zur Aufstockung des Familieneinkommens verbraucht wird und nicht beim Pflegebedürftigen ankommt. Kritisch hinterfragt werden auch die Qualitätssicherung, die Rolle der Case-Manager sowie die Einbindung des niedrighwelligen Bereichs in die Tätigkeit der Pflegedienste. Das SMS wird sich unter Beachtung dieser Aspekte konstruktiv in den weiteren Entwicklungsprozess einbringen.

4.7 Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen besser auslasten

Tages- sowie Nachtpflege ergänzen die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit. Sie tragen unter anderem dazu bei, pflegende Angehörige zu entlasten und die Pflegebedürftigen durch entsprechende medizinische, therapeutische, pflegerische und soziale Betreuung für das Leben in der häuslichen Umgebung zu stabilisieren. Durch ein entsprechendes Angebot an Tagespflegeeinrichtungen kann die Lücke zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung geschlossen und der Umzug in ein Heim hinausgeschoben oder sogar vermieden werden.

Trotz der Vorteile gestaltet sich der Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur und die Inanspruchnahme im Freistaat Sachsen mühsam. Einige Einrichtungen haben Anträge auf Umwidmung des Zwecks der Einrichtung gestellt. Das mag daran liegen, dass die Kosten für die teilstationäre Pflege, die regional unterschiedlich sind, von den Pflegebedürftigen nicht getragen werden können. Pflegebedürftige Menschen haben in Tagespflegeeinrichtungen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zu tragen, während die Kosten für den Privathaushalt weiterhin bestehen. Außerdem benötigen die Pflegebedürftigen neben der Tagespflege in der Regel zusätzlich häusliche Pflege durch Pflegedienste oder Angehörige.

Aber auch für die Einrichtungen hat die Teilzeitnutzung der Einrichtungen schwankende Auslastungen und einen höheren Organisations- und Pflegeaufwand zur Folge und erschwert den Einrichtungen eine wirtschaftliche und kostendeckende Betriebsführung. Es ist aus diesem Grund dringend erforderlich, die an die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen gestellten Anforderungen sinnvoll anzupassen.

Um die häusliche Pflege für pflegende Angehörige leistbar und verkraftbar zu gestalten, ist es beispielsweise wichtig, dass sie nicht sofort ihre Berufstätigkeit aufgeben müssen. Hier kann die Einführung einer Pflegezeit hilfreich sein.

Zur optimalen Gestaltung der Tagespflegeinfrastruktur sind darüber hinaus bundesgesetzliche Neuregelungen zur Finanzierung erforderlich. Zielstellung ist die Aufhebung der „Konkurrenz“ zwischen der ambulanten Pflege und der Tagespflege. Hierfür wird sich das SMS einsetzen.

Daneben müssen Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Betriebsführung unter Ausschöpfung von Synergieeffekten genutzt werden. Derzeit sind 80 % der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen an eine andere Versorgungsform angebunden. In Zukunft wird zu prüfen sein, ob bei den personellen und baulichen Anforderungen in geeignetem Umfang Synergieeffekte geschaffen werden können, mit denen sowohl den Interessen und Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer Rechnung getragen wird, die aber auch der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen dienen. Da die Bewohner überwiegend Zuhause gepflegt werden, wird bei zukünftigen Landesregelungen im Bereich des Heimrechts zu prüfen sein, die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen aus dem Anwendungsbereich des HeimG herauszunehmen.

Ziel aller Beteiligten sollte es sein, die Rahmenbedingungen für Tages- und Kurzzeitpflege so zu verändern, dass diese Angebote mehr angenommen werden und somit zu einer Entlastung der Pflegenden führen. Dazu gehört vor Ort eine Verbesserung der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten ebenso wie eine Öffnung der Angebote in das Gemeinwesen. Ziel muss auch hier eine Vernetzung der Angebote in die regionalen Gegebenheiten sein.

4.8 Kurzzeitpflege optimaler konzipieren

In Einrichtungen der Kurzzeitpflege erhalten Menschen, die zu Hause gepflegt werden, eine zeitlich begrenzte stationäre Betreuung. Wichtige Funktionen der Kurzzeitpflege sind die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten, die Nachsorge nach Krankheiten oder die gezielte Aktivierung der Pflegebedürftigen. Auch wenn durch Überlastung, plötzliche Erkrankung oder Tod der Hauptpflegeperson die familiäre Pflege für eine gewisse Zeit nicht gewährleistet werden kann, kann Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Diese Einrichtungen besitzen somit eine große Bedeutung als Unterstützungsleistung für die häusliche Pflege.

Dieser Zielstellung entspricht die tatsächliche Nutzung im Freistaat Sachsen noch nicht hinreichend. Auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege stellen Anträge auf Umwidmung. Um dem Grundsatz "ambulant vor stationär" bei der Kurzzeitpflege ebenso wie bei der Tages- und Nachtpflege noch besser Rechnung zu tragen, ist auch eine Stärkung der Kurzzeitpflege notwendig. Der konkrete Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen kann heute zwar nur abgeschätzt werden. Es ist aber damit zu rechnen, dass z. B. aufgrund der finanziellen Ressourcen in Zukunft von einem erhöhten Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen auszugehen ist. Von Fachleuten wird eingeschätzt, dass die häusliche Pflege unter Einschluss der Kurzzeitpflege für die Pflegebedürftigen finanziell vorteilhafter ist als die Langzeitpflege. Dennoch muss gesehen werden, dass die Kosten für die Pflegebedürftigen oft hoch sind. Das drückt die Nachfrage. Deshalb sollte geprüft werden, ob die Zuschüsse der Pflegekassen zur Finanzierung des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege erhöht werden können.

Aber auch die Konzeptionen der Einrichtungen müssen teilweise nachgebessert werden. Damit eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden kann, sind auch in der Kurzzeitpflege ganzheitliche und aktivierende Pflegekonzepte zu entwickeln, welches die körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen des Pflegebedürftigen einbezieht und aktiviert. Das Pflegekonzept sollte möglichst die besondere Situation der „Heimbewohner auf Zeit“ berücksichtigen. So ist je nach den individuellen Umständen ein anderer Schwerpunkt der Betreuung sinnvoll; nach einer Erkrankung kann zum Beispiel die rehabilitierende und aktivierende Pflege im Vordergrund stehen. In einem anderen Fall kann aber auch der kurzfristige Aufenthalt in einer entsprechend engagiert arbeitenden Einrichtung dazu genutzt werden,

dem Pflegebedürftigen und den Angehörigen mit Rat und Hilfe hinsichtlich einer professionellen Betreuung Entlastungen zu verschaffen und so die häusliche Pflege zu ermöglichen. Auch bei den Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist eine Verbesserung der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort ebenso erforderlich wie eine Öffnung der Angebote in das Gemeinwesen. Ziel muss wieder eine Vernetzung der Angebote in die regionalen Gegebenheiten sein.

4.9 Neue Konzeptionen für Pflegeeinrichtungen

Eine Entwicklung hin zu mehr gelebter Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist auch in der stationären Pflege eine Zielstellung für die Zukunft. Auch pflegebedürftige Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen, haben ein Recht auf würdevolle Betreuung und Pflege. Das erfordert ein Umdenken hinsichtlich der Versorgungsqualität sowohl unter qualitativen als auch unter quantitativen Gesichtspunkten. Nach den „Altenverwahranstalten“ aus den 60er Jahren, den krankenhausähnlichen Heimen aus den 70er Jahren, den Pflegeeinrichtungen mit Wohngruppen und Wohnbereichen aus den 80er und 90er Jahren gibt es seit einigen Jahren als neues, richtungsweisendes Leitbild den Übergang zur „4. Generation im Pflegeheimbau“. Die Konzepte der Pflegeeinrichtungen der vierten Generation versuchen vor allem das zu bieten, was ältere Menschen heute noch an vielen Pflegeeinrichtungen vermissen: Sie wollen auch „im Pflegefall“ weiterhin so leben, wie sie es ihr ganzes Leben gewohnt waren, nämlich selbstbestimmt, möglichst so wie in einem „normalen“, vertrauten Haushalt. In einem Wohnpflegehaushalt steht daher die „Häuslichkeit“ im Mittelpunkt eines Pflegeheims.

Im Jahr 2006 gab es im Freistaat Sachsen 19 Altenpflegeheime, die ihre Heimkonzeption nach den sogenannten Wohnpflegehaushalten umsetzten. Diese Konzeption folgt vom Ansatz her dem Hausgemeinschaftsmodell des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). Die wichtigsten Komponenten des Modells umfassen dabei eine Normalität des Wohnens, die Dominanz von Lebensqualität vor Pflege, eine Dezentralisierung der Versorgungsstrukturen sowie den Einsatz von Präsenzkräften. Mit Hilfe von Wohnpflegehaushalten soll ein Fortschreiten des Grades der Pflegebedürftigkeit verhindert oder zumindest verlangsamt werden. Diese Wohnform hat auch zum Ziel, besonders für demenzkranke Pflegebedürftige Orientierungspunkte und somit Halt in einer neuen Lebensumgebung zu schaffen. Die vertraute Alltagsnormalität soll helfen, Desorientierung, Isolation und Hospitalisierung entgegen zu wirken.

In einem Wohnpflegehaushalt wohnen zwischen zehn und zwölf Bewohner. Jeder Bewohner hat ein Einzelzimmer mit Bad, es gibt einen wohnlich gestalteten Wohn-Ess-Küchenbereich und einen eigenen Hauswirtschaftsbereich. Im Wohnpflegehaushalt sind Präsenzkräfte als Wohnbereichsmanager sowie Pflegefachkräfte als „Pflegestützpunkt“ tätig. Es findet eine

übergreifende Personaleinsatzplanung statt, und trotzdem bilden die verschiedenen Fachkräfte ein festes Team, das auch regelmäßige Fallbesprechungen durchführt.

Diese Wohnpflegehaushalte werden im Gegensatz zu ambulanten Wohngemeinschaften als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtung betrieben und unterliegen von vornherein dem HeimG.

Gegenwärtig führt der Landespflegeausschuss im Freistaat Sachsen eine Studie durch, die repräsentative und aussagekräftige Befunde und Erkenntnisse über die sächsischen Altenpflegeheime mit Wohnpflegehaushalten bringen soll. Diese Befunde und Erkenntnisse sollen dafür geeignet sein, einerseits Empfehlungen und Weichenstellungen auf Landesebene vorzunehmen und andererseits für die Betreiber von Altenpflegeeinrichtungen und deren betrieblichen Akteuren in Sachsen als Handlungs- und Orientierungswissen für zukünftige betriebliche Entscheidungen zu dienen.

4.10 Die unterschiedlichen Hilfeangebote stärker vernetzen und Schnittstellen gestalten

Es sind neue Ansätze erforderlich, die einen fließenden Übergang zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ermöglichen, ohne die Einrichtungen stringent leistungrechtlich dem ambulanten oder dem stationären Bereich zuzuordnen. Hierfür ist, als ein zu befürwortender Ansatz, die integrierte Versorgung zu nennen. Die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 in § 140 a bis § 140 d SGB V aufgenommene Integrierte Versorgung ist eine über verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der freiwillig teilnehmenden Versicherten. Die Idee, die dahinter steht, ist einfach: Die Krankenkasse schließt je nach Bedarf mit den drei verschiedenen medizinischen Sektoren – ambulante Behandlung, stationäre Behandlung und der Rehabilitation – zur fachübergreifenden Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes einen Vertrag. Dieser dient einer wirksamen, zweckmäßigen, qualitätsgesicherten, ausreichenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung. Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer sowie ambulante und stationäre Bereiche können damit koordiniert zusammenwirken. Der dabei im Mittelpunkt stehende teilnehmende Patient wird durch einen von den drei Sektoren festzulegenden Behandlungsablauf geführt. Er ist in den Vertrag mit eingebunden und hat für die einzelnen Bereiche feste Ansprechpartner.

Die Integrierte Versorgung kann sich auf die Versorgung der Versicherten in einer Region (Stadt, Stadtteil, Kreis oder einzelne Gemeinde) oder auf ein definiertes Krankheitsbild, z. B. Demenz/Alzheimer, erstrecken. Bei der regionalen integrierten Versorgung kommt es wesentlich darauf an, im "Versorgungsnetz" alle Leistungserbringer teilnehmen zu lassen, die für die Versorgung der Versicherten in der Region vorhanden sein sollten. Ziel ist es, mög-

lichst viele medizinische Leistungen durch das Netz auf Basis abgestimmter Leitlinien und vereinbarter Vertragsziele abzudecken.

Die integrierte Versorgung ist seit April 2007 durch das Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) auch im Bereich der Pflege möglich. Im neuen § 92 b SGB XI ist geregelt, dass die Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern Verträge zur integrierten Versorgung abschließen oder derartigen Verträgen beitreten können.

Die nun mögliche, schnelle Einführung vernetzter Strukturen bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist eine Zielstellung, auf die das SMS im Rahmen seiner Möglichkeiten in Zukunft sowohl vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit als auch zur Qualitätssteigerung verstärkt hinwirken wird.

Die Integrierte Versorgung bietet die Möglichkeit, die Voraussetzungen für eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit durch eine optimale Gestaltung der Schnittstellen zu optimieren. Es geht darum, auch im Bereich der Pflege die Übergänge zwischen den unterschiedlichen Angeboten so zu gestalten, dass dem Bedarf eines pflegebedürftigen Menschen und seiner Angehörigen noch besser Rechnung getragen wird. Es sind Netzwerke erforderlich, die einerseits die ärztliche Behandlung, andererseits aber auch die Betreuung und Pflege der pflegebedürftigen Menschen ohne Reibungsverluste ermöglichen. Netzwerke gewährleisten eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung des Pflegebedürftigen, zudem werden Schnittstellenprobleme und Doppeluntersuchungen vermieden. Außerdem erfolgt eine an dem spezifischen Krankheitsbild und an den individuellen Bedürfnissen des erkrankten, pflegebedürftigen Menschen abgestimmte Behandlung und Pflege. Das vorhandene Wissen der verschiedenen Professionen wird in Netzwerken gebündelt und die Verständigung und Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den Angehörigen, den Kostenträgern und den Hilfsmittelanbietern wird entscheidend verbessert. Die bereits beschriebenen zunehmend komplexen Krankheitsbilder bedürfen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit, damit eine optimale Versorgung des Betroffenen sowie seiner Angehörigen sichergestellt werden kann.

4.11 Regionale Pflegearrangements zur Stärkung der Vernetzung etablieren

Zusätzlich zu der Integrierten Versorgung im Bereich der Pflege sind noch regionale Pflegearrangements zu fördern und zu unterstützen. Dabei geht es nicht darum, neue Angebote zu schaffen. Regionale Pflegearrangements gibt es bereits in unterschiedlicher Weise. Sie sind aus konkreten Situationen und Kooperationen in den Kommunen entstanden, wie etwa der "Runde Tisch Pflege" in Chemnitz. Das sind gute Beispiele, aber noch nicht immer arbeiten

alle in den konkreten Regionen an der Pflege von pflegebedürftigen Menschen beteiligten Akteure zusammen. Regionale Pflegearrangements sehen ihre Aufgabe darin, die vorhandenen Angebote und Versorgungsstrukturen miteinander so zu vernetzen, weiterzuentwickeln und sicherzustellen, dass eine optimale Pflege der Menschen vor Ort gesichert ist. Sie betrachten sehr unterschiedliche Fragestellungen und orientieren sich dabei am Bedarf der betroffenen Menschen und an den örtlichen und regionalen Besonderheiten. Ziel ist es, alle an der Pflege beteiligten Akteure in ein Netzwerk so einzubinden, dass die Qualität der Pflege nachhaltig verbessert und gesichert wird. Das erfordert eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Akteure wie der Krankenhäuser, der Fachkliniken, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der freigemeinnützigen und privaten Pflegeeinrichtungen und -dienste, der Pflegekassen, der Beratungs- und Koordinierungsstellen, der Betreuungsbehörde, der pflegenden Angehörigen und der Selbsthilfegruppen. Sie können eine gute Plattform für eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit und den notwendigen Erfahrungs- und Wissensaustausch bieten.

Folgende Ziele werden verfolgt:

- Transparenz durch gegenseitige Information und Öffentlichkeitsarbeit,
- Aufbau eines Netzwerkes, welches alle Gruppen in sich vereinigt, die auf kommunaler Ebene für die Bereitstellung, Koordination und Abstimmung von sozialen und pflegerischen Dienstleistungen verantwortlich sind,
- die Implementierung von Qualitätsstandards sowie
- die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung.

Das SMS wird die Bildung von regionalen Pflegearrangements im Rahmen seiner Möglichkeiten mit begleiten und unterstützen.

4.12 Hospiz- und Palliativarbeit weiter ausgestalten

Im Bereich der Hospizdienste hat Sachsen in den vergangenen Jahren den quantitativen und den qualitativen Auf- und Ausbau aus fachlicher Sicht befördert. Damit kann auch die Betreuung und Pflege Sterbender in der Häuslichkeit gewährleistet werden. Mit der 2. Sächsischen Hospizkonzeption wird dargelegt, wie sich insbesondere die Pflege und Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen konzeptionell weiterentwickeln soll. Mit den ambulanten Hospizdiensten kann der Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch umfassender verwirklicht werden. Kein Schwerkranker und Sterbender soll aus Gründen, die nicht in der medizinischen Notwendigkeit liegen, in einer stationären Einrichtung aufgenommen werden müssen. Die ambulanten Hospizdienste sollen ein Sterben in der eigenen Häuslichkeit so weit wie möglich sicherstellen. Eine wichtige Säule der Sterbebegleitung stellt darüber hinaus die ehrenamtliche Hospizarbeit dar. Ehrenamtlich Mitarbeitende sind das „Herz“ der Hospizarbeit, sie ergänzen die Leistungen der hauptberuflich Mitarbeitenden und entlasten

sie. Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wird auf die 2. Sächsische Hospizkonzeption verwiesen.

Im GKV-WSG ist neu in § 37b SGB V eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung eingeführt. Die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten neu einen eigenständigen Anspruch auf eine "spezialisierte ambulante Palliativversorgung". Dies dient der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, denn der Anspruch soll den Menschen ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (z. B. aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden können. Alle anderen Palliativpatienten werden weiterhin in den derzeitigen Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen, palliativmedizinisch versorgt.

Nach der Vorschrift des § 132 d SGB V schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien des neu zu errichtenden Bundesausschusses mit geeigneten Einrichtungen oder Personen (Palliative-Care-Teams) Verträge einschließlich der Vergütung und deren Abrechnung ab. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen soll der erforderliche Ausbau der palliativen Versorgung gemeinsam mit den bewährten Trägern von Palliativmedizin und Hospizarbeit (z. B. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI) durchgeführt werden.

Das SMS hat die Implementierung von Palliativ Care in die Versorgung alter Menschen erstmals auf dem 2. Sächsischen Altenhilfe-Kongress im April 2007 in einem Forum erörtert. Hier gilt es, weitere Erfahrungen zu sammeln und gemeinsam mit den beteiligten Akteuren vor Ort umzusetzen.

Auch für die Hospiz- und Palliativarbeit ist es dringend erforderlich, dass sich die Leistungserbringer vor Ort noch mehr als bisher vernetzen und miteinander wirksam kooperieren. Erforderlich ist auch hier eine interdisziplinäre, institutionen- und trägerübergreifende Zusammenarbeit. Das Ziel ist es, allen Menschen das Recht zu sichern, zu Hause sterben zu können. Eine am Bedarf des Patienten ausgerichtete Abstimmung zwischen der ärztlichen, der pflegerischen und der sozialen Versorgung ist auch hier eine wichtige Voraussetzung dafür, dass eine würdevolle Betreuung und Versorgung der Menschen auch im Sterben sichergestellt ist.

4.13 Älteren Menschen mit geistiger, psychischer und mehrfacher Behinderung gezielte Hilfen gewähren

Mit dem Eintritt ins Rentenalter entfallen die besonderen Hilfebedarfe für geistig/mehrfach behinderte Menschen nicht, sondern diese sind vielmehr auf die neue Lebenssituation zu beziehen. Es muss neu überprüft werden, welche Integration in die Angebote der Altenhilfe geboten und möglich ist und welche Vernetzungsanforderungen mit Angeboten der Behindertenhilfe sich jeweils stellen, um eine optimale Versorgung sicherzustellen. Insbesondere für Menschen mit weniger ausgeprägten Behinderungen kann der Eintritt in das Rentenalter die Möglichkeit zur Integration in allgemeine Angebote bieten. Grundsätzlich ist es deshalb wünschenswert, dass verschiedene Möglichkeiten vorhanden sein sollten, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten älterer behinderter Menschen gerecht werden.

Die Erkenntnisse der Gerontologie und der Altenhilfe sind für die Gestaltung des Lebensumfeldes älterer behinderter Menschen planerisch und in der konkreten Organisation der Hilfen verstärkt nutzbar zu machen. Erforderlich sind ein fachlicher Austausch, die verstärkte Einbeziehung altenpflegerischen Personals in den Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie die direkte Kooperation beider Hilfesysteme. Die Veränderung, die mit dem Ausscheiden des älteren behinderten Menschen aus der Beschäftigung oder Tagesbetreuung verbunden ist, sollte grundsätzlich Anlass dafür sein, die individuell notwendigen Hilfen für den neuen Lebensabschnitt zu begutachten und dabei die Möglichkeit einer Integration in Regelangebote für ältere Menschen bzw. die Notwendigkeit der Nutzung von Angeboten der Behindertenhilfe explizit zu bestimmen.

Die Integration und die Selbstbestimmung der älteren Menschen mit Behinderung steht vor großen Herausforderungen. Hierfür bietet das Konzept der Inklusion gute Ansatzpunkte. Inklusion steht für eine Gesellschaft, die allen Menschen - unabhängig von ihren speziellen Bedürfnissen und Lebensmöglichkeiten - die Gelegenheit zur Teilhabe gibt. Der Begriff steht auch für eine Veränderungsnotwendigkeit auf Seiten der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft. Die Frage ist nicht vordergründig, was ein Mensch mit Behinderung benötigt, um in die Gesellschaft integriert zu werden, sondern umgekehrt, was benötigt die Gesellschaft, um „inkludierend“ zu sein und allen Menschen die Möglichkeit zur Teilhabe zu geben. Auch hier geht es um die „sozialen Menschenrechte“, nämlich diejenigen der älteren behinderten Menschen.

Vor diesem Hintergrund sollten für ältere Menschen mit Behinderung ebenso wie für ältere Menschen ohne Behinderung Programme zur Vorbeugung von Krankheiten und Gesundheitsdienste sowie angemessene Unterstützungssysteme entwickelt werden, welche ihnen eine bessere Lebensqualität sichern. Zu prüfen ist, inwieweit hier gemeinsame Programme - für alle älteren Menschen - gestaltet und durchgeführt werden können. Wichtige Kriterien sind dabei die Entwicklung von Bildungsprogrammen und Ausbildungsmöglichkeiten sowie

die Information über Altern und Behinderungsfragen sowohl für die Betroffenen selbst, aber auch für Interessierte und für Personal und andere Pflegepersonen (z. B. pflegende Familienangehörige) dar.

Um die unterschiedlichen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung angemessen berücksichtigen zu können müssen Strukturen entwickelt werden, die auch älteren behinderten Menschen die Chancengleichheit für Partizipation in der Gesellschaft gewährleisten. Die Integration behinderter Menschen endet somit nicht mit dem Erreichen des Rentenalters. Deshalb ist es wichtig, sie in die Entwicklung politischer und fachlicher Konzepte angemessen mit einzubeziehen. Jeder ältere Mensch mit Behinderung hat das Recht, Entscheidungen über sein Leben selbst zu treffen. Für jene Menschen, die in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sind, ihre Wahl und Entscheidung selbst auszudrücken, ist es eine in der sozialen Menschenwürde begründete Pflicht, die notwendige Unterstützung bereitzustellen, damit auch sie wählen und entscheiden können.

4.14 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt in den Blick nehmen

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der älteren Menschen, die nicht in Deutschland aufgewachsen sind, gestiegen. Mit Stand vom 31.12.2005 lebten im Freistaat Sachsen laut Ausländerzentralregister (AZR) 3.126 Ausländer über 65 Jahre. Dazu zählen Aussiedler aus Osteuropa, insbesondere den GUS-Staaten, und ausländische Mitbürger, beispielsweise vietnamesischer Nationalität. Im Freistaat Sachsen wurden zwischen 1990 und 2002 insgesamt 13.061 Spätaussiedler aufgenommen, die bereits 60 Jahre und älter waren (vgl. Bundesverwaltungsamt Köln 2002, Tabellen 36-38). Zwischen 1990 und 2002 sind 205 Menschen vietnamesischer Staatsangehörigkeit, die bereits 60 Jahre und älter waren, nach Sachsen zugezogen. Diese Bevölkerungsgruppe umfasst 10.589 Menschen. Die Zahlen sind im Bundesvergleich gering. Die Mitwirkung dieser Gruppen am gesellschaftlichen Geschehen ist eine Herausforderung und zugleich Bereicherung für unsere Gesellschaft. Ausländische Mitbürger haben vielfach mehr wirtschaftliche Probleme als Deutsche. Weil sie in Deutschland häufig keine Rentenanwartschaften erworben haben, sind ihre Renten wesentlich geringer. Oft erschweren Sprachprobleme zusätzlich die Situation. Ein besonderer Aspekt sind isoliert lebende Gruppen anderer Nationen: Hier sind Integrationsleistungen erforderlich, vor allem im Zusammenhang mit entstehender Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit. Zudem werden Kompetenzen für eine kultursensible Pflege benötigt.

Das SMS fördert Maßnahmen zur Integration von Zuwanderern ohne Alterseinschränkung insbesondere mit dem Ziel des Aufbaus von Kontakten zwischen der einheimischen Bevölkerung und Zuwanderern und der Heranführung an die örtliche/gesellschaftliche Infrastruktur. Ein wichtiges Ziel ist es auch, die Selbsthilfekräfte der Zuwanderer zu aktivieren und zu festigen sowie ihre Potenziale und Kompetenzen zu stärken. Dabei werden sachsenweit ge-

meinwesenorientierte Projekte gefördert, die wohnumfeldbezogen sind und damit der Eingliederung der Zuwanderer in die örtliche Gemeinschaft dienen.

Ausbildungssuchende mit Migrationshintergrund für den Altenpflegeberuf zu werben oder die Beschäftigung von bikulturellen und bilingualen Pflegefachkräfte in Einrichtungen können Beiträge sein, diese Personengruppen verstärkt an den Altenpflegeberuf heranzuführen und einer in Zukunft wachsenden Zahl älterer Migranten in den Einrichtungen der Altenpflege besser Rechnung zu tragen.

4.15 Menschenwürde wahren – auch bei freiheitsentziehenden Maßnahmen

Vor dem Hintergrund die Rechte der Pflegebedürftigen zu stärken, müssen die Sozialen Menschenrechte deutlicher in den Vordergrund treten. Den pflegebedürftigen Menschen muss die Möglichkeit gegeben sein weiterhin ein selbstbestimmtes Leben zu führen und dieses zu sichern, unter Wahrung ihrer Würde, Autonomie, Selbstverwirklichung und Beteiligung. Durch entsprechende Maßnahmen ist Sorge zu tragen, dass die Rechte älterer und pflegebedürftiger Menschen geachtet und gegen Bedrohungen und Verletzungen durch Dritte geschützt werden (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2006, S. 5).

Von Pflegekräften muss auch in dieser Hinsicht besondere Achtsamkeit und Sensibilität im Umgang mit den Pflegebedürftigen erwartet werden. Damit wird am ehesten möglicher Gewalt in Pflegeeinrichtungen vorgebeugt. Nach den Berichten der Heimaufsichten geht es in dieser Frage nicht vorrangig um körperliche Gewalt, sondern eher um Fälle von verbaler und nonverbaler Gewalt. Die geschieht nach Einschätzung der Heimaufsichten meist fahrlässig, mitunter jedoch auch vorsätzlich. Beispiele sind etwa die Nichtbeachtung der Bewohner, das Öffnen der Zimmertür ohne vorheriges Klopfen oder Hinauszögern des Toilettenganges ohne erkennbaren Grund. Teilweise werden immer noch hilfe- und pflegebedürftige Senioren vernachlässigt und manchmal sogar isoliert. Eine Form von Gewaltanwendung ist auch die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen, soweit sie nicht dem Schutz der Pflegebedürftigen dienen und entsprechend richterlich angeordnet sind.

Neueste Forschungsergebnisse gehen davon aus, dass zwischen 5 und 10 % der Heimbewohner zumindest zeitweise fixiert werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen November 2006). Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmung eines pflegebedürftigen Menschen dar. Sie sind daher auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken.

Es ist deshalb dringend erforderlich, zur Vermeidung von Gewalt und Missständen in Pflegeeinrichtungen immer wieder aufmerksam und wachsam zu sein. Das beginnt bei der Personalauswahl in den Pflegeeinrichtungen und erfordert eine ständige Fortbildung der Leitung und des Personals zu dieser Thematik. Auch die Einrichtungen der Behindertenhilfe sind im Zusammenhang mit dem Thema Gewalt in stationären Einrichtungen gefordert, sich zu en-

gagieren. Erforderlich ist eine Sensibilisierung aller Betroffenen, der Pflegekräfte, der Heimleitung, der Träger der Einrichtungen, der Angehörigen, der Betreuer, der Ärzte und der Justiz. Es gilt, das Bewusstsein zu schärfen und alternative Handlungsweisen zu diskutieren und entsprechende Konzeptionen mit den Heimaufsichten zu entwickeln.

Das SMS wird dieses Thema dem Sächsischen Landespflegeausschuss und der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 HeimG antragen. Damit werden zusätzliche Möglichkeiten eröffnet, die Bereiche der alten und behinderten Menschen in Pflegeeinrichtungen gründlich zu reflektieren. Es geht darum, Problemsituationen in Sachsen zu erkennen, deutlich zu machen und Lösungswege aufzuzeigen.

4.16 Häuslicher Gewalt vorbeugen

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden [vgl. BMFSFJ, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Runder Tisch Pflege August 2006, Artikel 2]. Der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieser Aufgabe wurde mit der Koalitionsvereinbarung über die Bildung der Staatsregierung für die 4. Legislaturperiode des Sächsischen Landtages Rechnung getragen. CDU und SPD haben darin einen Schwerpunkt auf die Bekämpfung häuslicher Gewalt gelegt. Es wurde vereinbart, in einem Landesaktionsplan zur Bekämpfung häuslicher Gewalt alle notwendigen Maßnahmen zum Schutz vor häuslicher Gewalt zusammenzufassen.

Als eine Maßnahme zur Bekämpfung von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in der eigenen Häuslichkeit wird im Landesaktionsplan die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema genannt. Unter Gewalt wird nicht nur die körperliche Ebene verstanden, sondern es wird auch zwischen psychischer, freiheitseinschränkender und finanzieller Gewalt unterschieden. Denn abfällige Bemerkungen und Beschimpfungen, Isolierung durch Besuchsverbote, Vernachlässigung der Körperhygiene oder auch finanzielle Ausbeutung sind ebenfalls Erscheinungsformen von Gewalt. Diese Art der Gewaltanwendung geschieht durchaus unter dem Deckmantel der Verschwiegenheit.

Gewalttätige Handlungen wie Misshandlungen und Vernachlässigungen können in unterschiedlichen Bereichen vorkommen, in der eigenen Familie, im öffentlichen Raum, auch in Pflegeeinrichtungen. Gewalt gegen ältere Menschen ist immer auch Gewalt gegen Schwächere und darf nicht toleriert werden. Deshalb müssen der Schutzbedarf der Opfer sowie die komplexen Anforderungen einer Pflegebeziehung eine besondere Beachtung erfahren. Durch die Entwicklung wirksamer Strategien gegen Gewalt in der eigenen Häuslichkeit können die Menschen, die dieser Gewalt zum Opfer fallen, besser geschützt werden. Dazu gehören Beratungsangebote ebenso wie ein Notfalltelefon für ältere Menschen. Die Pflegefachkräfte sollten gezielt Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erhalten und ihren eigenen Umgang mit den zu Pflegenden kritisch reflektieren lernen. Auch nahe Bezugspersonen

müssen sensibilisiert werden. Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn sollen Missstände bzw. Gewalt- und Unterdrückungstaten unverzüglich melden. Und nicht zuletzt ist es besonders bedeutsam, dass zwischen den unterschiedlichen Diensten wie ambulanten und stationären Pflegediensten, MDK, Heimaufsicht und Polizei unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen eine stärkere Vernetzung und Kooperation erfolgt. Das SMS wird an der Umsetzung der Maßnahmen des Landesaktionsplanes zur Bekämpfung häuslicher Gewalt entsprechend der dort genannten Verantwortungen intensiv mitwirken.

4.17 Illegale Pflege verhindern

Vor dem Hintergrund der Sicherung einer menschenwürdigen, zuverlässigen Pflege muss auch Schwarzarbeit im Pflegebereich bekämpft werden. Sie entzieht den sozialen Sicherungssystemen Beiträge, verschafft dem Einzelnen Vorteile auf Kosten anderer, verhindert den Abbau der Arbeitslosigkeit und gefährdet Arbeitsplätze. Das Problem der Schwarzarbeit kann für professionelle Anbieter auch in Sachsen existenzbedrohende Ausmaße annehmen. Dies kann fatale Folgen für die professionellen Pflegeeinrichtungen haben. Es sind Maßnahmen zu ergreifen, damit die Existenz dieser Dienste sichergestellt ist, Pflegekräfte in den Betrieben weiterhin Beschäftigung haben und die entsprechenden Ausbildungen gefördert werden. Rund 70.000 bis 100.000 Arbeitskräfte aus osteuropäischen Ländern sollen deutschlandweit nach Angaben des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) in Privathaushalten mit pflegebedürftigen Personen hauswirtschaftliche Tätigkeiten bis hin zu grund- und pflegende Tätigkeiten ausüben. Das darf nicht sein. Zwar liegen statische Daten über die Beschäftigung von illegalen Kräften in Sachsen dem SMS trotz intensiver Recherchen nicht vor. Gleichwohl sind vorbeugend Maßnahmen erforderlich, die darauf zielen, illegale Beschäftigung strafrechtlich stärker zu verfolgen und hauptberufliche sowie sozialversicherungspflichtige Betreuungstätigkeiten für pflegebedürftige durch verschiedene Anreize attraktiver zu gestalten. Mögliche Betreuungslücken zwischen den Einsätzen der Pflegedienste und der Betreuung durch Angehörige könnten durch geförderte Beschäftigungsverhältnisse im Niedriglohnbereich bzw. durch haushaltsnahe Dienstleistungen geschlossen werden.

Nicht zuletzt muss auf eine Veränderung des Unrechtsbewusstseins hinsichtlich der Beschäftigung illegaler Hilfskräfte hingewirkt werden, Rahmenbedingungen müssen verbessert und Angebote entwickelt werden, die von den Betroffenen als Alternativen zur illegalen Pflege gesehen werden. Hier sind die Kommunen vor Ort gefordert, den Bedarf der Menschen zu ermitteln und entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen. Auch aus diesem Grund sind niedrigschwellige Angebote auszubauen und ambulante Angebote zu optimieren und zu ergänzen. Damit die ambulanten Betreuungsangebote auch in Zukunft zum Erfolg führen,

muss die legale Möglichkeit einer Rund-um-Betreuung in einem Pflegehaushalt bestehen. Die Grundlagen für diese Ganztagspflege müssen mit dem Ziel verbessert werden, dass Mitbewohner pflegerisch tätig werden können. Es ist auch erforderlich, eine bezahlbare Rund-um-die-Uhr-Pflege rechtlich abzusichern. Das wird ein wichtiges Anliegen im Rahmen der Reform der sozialen Pflegeversicherung sein.

D. Altenhilfe als Gestaltungsaufgabe von Land, Kommunen und Trägern

1. Altenhilfe-Rahmenplan als Instrument zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur der Altenhilfe des Landes

Altenhilfe ist ein zentraler Teilbereich der sozialen Infrastruktur. Diese soziale Infrastruktur hat sich in Sachsen hervorragend entwickelt. Davon zeugen insbesondere Landesentwicklungsplan und Landesentwicklungsbericht, aber auch der Sächsische Seniorenbericht von 2004, der den Gesamtbereich von Altenhilfe in den zurückliegenden anderthalb Jahrzehnten ausführlich thematisiert hat.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten demographischen Entwicklung in Sachsen muss die Entwicklungsplanung in allen Teilbereichen immer wieder engmaschig überprüft und gegebenenfalls neu ausgerichtet werden. Dabei erfährt der weite Bereich der Altenhilfe zu Recht größte Aufmerksamkeit. Insbesondere gilt es, ein neues Bild des Alters und des Alterns wahrzunehmen und zu vermitteln. Dabei kommt es zum einen sehr auf Differenzierungen an. Alter ist nicht gleich Alter. Und zum anderen gilt: Alter ist nicht gleichzusetzen mit Pflegebedürftigkeit. Es war und bleibt notwendig, von der defizitorientierten Sichtweise des Alters wegzukommen und sich stärker der Frage zuzuwenden: Welche Chancen und Potenziale von älteren und alten Menschen gibt es zu entdecken, und wie können sie zum Wohle des Einzelnen und für den gesellschaftlichen Aufbau genutzt werden.

Die Potenziale des Alters sind lange zu wenig beachtet worden. Eine älter werdende Gesellschaft kann aber gar nicht mehr auf diese Ressourcen verzichten. Um in Zukunft das gemeinschaftliche Leben in den Kommunen, Gruppen, Vereinen, Verbänden, Gewerkschaften, Parteien oder Kirchen im Sinne einer Herstellung von Chancengleichheit für alle zu gestalten, muss es gelingen, das Potenzial von möglichst vielen engagierten Älteren zu entdecken und im Interesse des Einzelnen und des Gemeinwohls zur Entfaltung zu bringen.

Dementsprechend ist es richtig, wenn Älterwerden und Altern als subjektiver und als gesellschaftlicher Entwicklungs- und Lernprozess begriffen wird, der unsere älter werdende Gesellschaft kreativ und innovativ hält, was für die Zukunft unserer Gemeinwesen von herausragender Bedeutung ist. Wenn also von der Zukunft der Gesellschaft die Rede ist, dann muss neben den Kindern und der Jugend sowie den im Erwerbsprozess Stehenden auch die ältere Generation im Blick sein, deren Potenziale gerade auch für die Zukunftsgestaltung unserer Gesellschaft und unserer Gemeinwesen benötigt werden. Aus alledem folgt auch, dass die unterschiedlichsten Förderangebote einschließlich vielfältiger Bildungsangebote für ältere Menschen im Sinne des lebenslangen Lernens sinnvoll und notwendig sind.

Mit der Erkenntnis und Anerkennung, dass Alter und Altern höchst differenziert zu betrachten sind, werden konzeptionelle Neuansätze in allen Bereichen Altenhilfe unumgänglich. Die

sogenannte Offene Seniorenarbeit muss als großer Markt der Möglichkeiten vielfältiger höchst unterschiedlicher Aktivitäten und Engagements von einzelnen älteren Mitmenschen sowie von Initiativen, Vereinen und Verbänden wahrgenommen werden. Sie bereichert den Einzelnen, wirkt sinnstiftend, schützt ihn vor Vereinsamung, eröffnet gemeinschaftsfördernde Horizonte und dient zugleich dem Gemeinwohl. Aus einer solchen aktiven und gemeinschaftsfördernden Grundhaltung heraus sollen sich auch die unterschiedlichsten selbstbestimmten neuen Wohnformen im Alter weiter entwickeln. Ihre gemeinsamen Kennzeichen sind Selbstbestimmung, Verantwortungsteilung und Solidarität. Auch hier zeigen sich Chancen und Potenziale, an die noch vor wenigen Jahren kaum jemand gedacht hätte.

Es versteht sich fast von selbst, dass vor dem Hintergrund gewachsenen Selbstbewusstseins und gelebter Eigenverantwortung im Falle von eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der einzelne betroffene ältere Mensch mit seiner neuen Lebenssituation auch weiterhin selbstbestimmt umgeht. Das wiederum verändert die Nachfrage nach Pflege ebenso wie das Angebot, und zwar in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen und Dienste müssen sich neu ausrichten. Regionale Unterschiede hinsichtlich einer flächendeckenden Betreuung in den medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen müssen durch neue Formen der Zusammenarbeit, intelligente Vernetzung und zielgerichtete Abstimmungen weitestgehend ausgeglichen werden.

Die vielfältigen Veränderungsprozesse vollziehen sich nicht im Selbstlauf. Niemand darf die Zukunft dem Zufall überlassen. Das heißt nicht, dass alles planbar wäre. Jede Planung wird so offen gestaltet werden, dass sie immer Raum für neue, auch überraschende Entwicklungen gibt, die sich oft gerade aus dem bürgerschaftlichen Engagement heraus ergeben. Denn schon immer waren es zivilgesellschaftliche Kräfte, die Veränderungsbedarf erkannten und Veränderungspotenzial mobilisierten, um Missstände und Not zu beseitigen. Andererseits bedürfen zielgerichtete Planungen klarer Strukturen, innerhalb derer die verschiedenen Lebens- und Aufgabenbereiche Gestalt gewinnen. Das gilt für die Altenhilfe ebenso wie für alle anderen Bereiche der sozialen Infrastruktur.

Der Altenhilfe-Rahmenplan des Freistaates Sachsen soll als seniorenpolitisches Grundkonzept verstanden werden. Er will die großen Inhaltsbereiche auch in ihrem Verhältnis zueinander sichtbar machen. Und er will die Strukturen verdeutlichen, auch für die Notwendigkeit neuer Strukturen werben, innerhalb derer die Zukunft der Altenhilfe geprägt werden sollte.

Altenhilferahmenplanung erfüllt dann ihren Zweck, wenn sie als Instrument zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur wahrgenommen und angenommen wird. Wie sich die Infrastruktur des Landes entwickelt, liegt aber wesentlich an der kommunalen Ebene. Daran wird deutlich, dass Land und Kommunen sich hier als die zwei Seiten der einen Münze begreifen können. Sie sind wechselseitig aufeinander verwiesen. Daraus ergibt sich ihre gemeinsame Verantwortung und Aufgabe.

So ist der vorliegende Altenhilferahmenplan wesentlich als Einladung an die kommunale Ebene zu sehen, die Altenhilfe im Freistaat Sachsen in gemeinsamer Verantwortung zukunftsfest zu gestalten. Die Zukunft ereignet sich dort, wo die Menschen leben, in ihren Gemeinden. Von daher müssen in den Gemeinden sehr unterschiedliche Wege gegangen werden, weil die Gegebenheiten und Erfordernisse vor Ort sehr unterschiedlich sind. Gemeinsames Ziel muss es sein, plausible Antworten zu finden, die in den Gemeinden akzeptiert, mitgetragen und mitgestaltet werden.

2. Kommunale Altenhilfepläne als Chance für eine umfassende Sichtweise zukunftsorientierter Politikgestaltung für und mit älteren Menschen auf örtlicher Ebene

Kommunale Altenhilfe gehört seit jeher zu den Aufgaben der Daseinsvorsorge. Kommunale Altenhilfepolitik sollte zwei Perspektiven haben. Die eine ist die sozialpolitische, welche die Sicherheits- und Schutzfunktion der Kommune bei besonderen Bedarfslagen, wie Krankheit und Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit, beinhaltet. Die andere Perspektive ist auf Förderung der Selbstbestimmung sowie auf den Erhalt der Selbständigkeit ausgerichtet und zielt auf die Selbst- und Mitverantwortung der älteren Menschen.

Damit die Altenhilfe bestmöglich gestaltet und ein angemessenes Angebot an Einrichtungen und Diensten errichtet bzw. gesichert werden kann, sollte der kommunale Altenhilfeplan sowohl den Rahmenplan des Landes als Orientierungshilfe ansehen als auch auf eine möglichst gute Zusammenarbeit mit allen Trägern der Altenhilfe vor Ort ausgerichtet sein. Zugleich sollten die kreisangehörigen Gemeinden motiviert werden, auch auf ihrer Ebene und in Kooperation mit den angrenzenden Gemeinden entsprechende Pläne aufzustellen. Wo solche gemeindebezogenen Pläne bereits existieren, sollte sie der Landkreis in seine Planung mit einbeziehen.

Einige kommunale Gebietskörperschaften in Sachsen haben bereits umfassende und übersichtliche Altenhilfepläne erstellt. Diese Pläne zeigen Perspektiven auf, wie sich die Altenhilfe in diesen Kommunen in den nächsten Jahren entwickeln wird. Zugleich stellen sie auch einen Wegweiser für ältere Menschen dar, die sich für die Angebote der Altenhilfe interessieren. Für die anstehenden Aufgaben des demographischen und strukturellen Wandels sind jedoch regionale Anpassungs- und Entwicklungsstrategien erforderlich, die konsequent an den Anforderungen des demographischen Wandels ausgerichtet sind. Altenhilfepläne sollten daher als dynamisches Instrumentarium verstanden werden, die jeweils neuen Bedarfslagen zu erkennen und in einer ganzheitlichen Perspektive immer wieder neue weiterführende Antworten zu finden.

Auch der kommunale Altenhilfeplan sollte zunächst eine Analyse über die demographische Situation und über die mittelfristige Entwicklung in der Gebietskörperschaft enthalten. Die

entscheidenden Daten liegen beim Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen vor. Eine solche Erhebung ist deshalb wichtig, weil die demographische Entwicklung regional sehr unterschiedlich verläuft und insofern auch sehr unterschiedliche Antworten gefunden werden müssen.

Sodann sollte eine Auseinandersetzung über ein neues Bild des Alters und des Alterns erfolgen. In diesem Zusammenhang sollten die Empfehlungen zu gesellschaftlichen Altersbildern der Bertelsmann-Stiftung (2006) zur Kenntnis genommen werden. Vor diesem Hintergrund ist eine zuverlässige Bestandsanalyse über alle Einrichtungen und Dienste der Seniorenarbeit und Altenhilfe einschließlich des gesamten Pflegebereichs sehr sinnvoll. Davon ausgehend stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Angebote zum einen die richtigen sind und zum anderen, ob sie ausreichend sind.

Es erscheint notwendig, dass alle Teilbereiche von Seniorenarbeit und Altenhilfe erhöhte Aufmerksamkeit seitens der Kommunalpolitik erhalten. Entwicklungsplanungen gehen bisher noch nicht hinreichend und umfassend genug auf demographische Schrumpfs- und Alterungsprozesse ein. „Kommunale Seniorenpolitik fristet in der kommunalen Wirklichkeit ein Schattendasein als mehr oder minder bedeutsamer Teil kommunaler Sozialpolitik“, stellt die Bertelsmann-Stiftung fest und entwickelt von dorthin das Projekt NAIS „Neues Altern in der Stadt“. Es ist ein Pilotprojekt zur Neuorientierung der kommunalen Seniorenpolitik. Der Projektansatz ist folgender: Eine zukunftsorientierte kommunale Seniorenpolitik und Seniorenarbeit wird als integrierte Querschnittsaufgabe verstanden, die alle relevanten Politikfelder einschließt und Planungs- und Steuerungsprozesse unter Beteiligung der maßgeblichen örtlichen Akteure initiiert, organisiert, moderiert und koordiniert. Die Stadt Glauchau ist als sächsische Stadt an diesem Projekt beteiligt. Dadurch wird es leicht möglich sein, die Ergebnisse aus diesem Projekt den sächsischen Kommunen insgesamt zur Verfügung zu stellen.

Wie sinnvoll dieser integrierte Ansatz ist, zeigt sich beispielsweise an dem noch relativ neuen Bereich des Wohnens im Alter, der eine zunehmende gesellschaftspolitische Bedeutung gewinnt. Mehr und mehr zeigt es sich, dass es nicht mehr ausreicht, angesichts des erheblich steigenden Anteils der älteren und alten Bevölkerung hier das Wohnen in der herkömmlichen Umgebung zu sehen, dort das Wohnen im Heim und zwischen diesen beiden Formen noch das Betreute Wohnen als Angebot auf dem freien Markt für eine gewisse Anzahl älterer (noch) nicht pflegebedürftiger Menschen. Der vom BMFSFJ herausgegebene und vom KDA erarbeitete Bericht „Wohnen im Alter - Strukturen und Herausforderungen für kommunales Handeln“ stellt die Ergebnisse einer bei Städten und Landkreisen in Deutschland durchgeführten Befragung vor. Danach „sehen sich die meisten Kommunen vor besondere Herausforderungen gestellt, um Wohnangebote zu schaffen, die den Bedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft gerecht werden und die auch hilfebedürftige Menschen weiter am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen“.

Vor diesem Hintergrund verdient die Bundesmodellreihe „Neues Wohnen - Beratung und Kooperation für mehr Lebensqualität im Alter“ Beachtung, die ebenfalls vom BMFSFJ initiiert und vom KDA umgesetzt wird. An dieser Modellreihe ist die Wohnungsgenossenschaft Lebensräume Hoyerswerda eG beteiligt, von der in absehbarer Zeit Impulse ausgehen dürften. Zu hoffen ist, dass sich andere Anbieter der Wohnungswirtschaft von neuen Wegen anstecken lassen, die im Rahmen dieser Modellreihe erprobt werden.

Die kommunalen Altenhilfeplanungen in Sachsen müssen dem Teilbereich Wohnen im Alter in Zukunft viel größere Aufmerksamkeit schenken. Dabei kommt den Kommunen und der Wohnungswirtschaft die Verwaltungsvorschrift des SMI sehr zu Hilfe, die investive Förderungen des Freistaates zu baulichen Veränderungen im Bestand vorsieht, um sowohl altengerechtes als auch generationenübergreifendes Wohnen zu ermöglichen.

Im Zusammenhang mit kommunaler Altenhilfeplanung sollten auch die vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge erarbeiteten „Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung“ genau zur Kenntnis genommen werden (verabschiedet am 26.09.2006). Darin geht es darum, einen umfassenden Blick auf die kommunalen Lebensbedingungen für ältere Menschen zu legen und deren Partizipation und Teilhabe auch zukünftig zu unterstützen. Auch der Ansatz dieser Empfehlungen ist ressortübergreifend angelegt und bietet eine interdisziplinäre Sicht für das künftige Gestalten lokaler Politik an. Das Unterstützen von Selbstbestimmung und Selbständigkeit, das Wohnen in Nachbarschaft sowie Gesundheitsförderung und Prävention stehen hier im Mittelpunkt der Erörterung. Auch die Empfehlungen der Bertelsmann-Stiftung „Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen“ sollten in diesem Kontext beachtet werden, die der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter breiten Raum geben.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die kommunale Senioren- und Altenhilfepolitik zwar eine Politik für ältere Menschen ist, dass sie aber in jedem Fall auch mit den Interessenvertretungen der älteren Bürgerinnen und Bürger gemeinsam entwickelt werden muss. Insofern tut jede kommunale Altenhilfepolitik gut daran, die Beteiligungsrechte der älteren Generation anzuerkennen und zu stärken. Dabei sollte auch immer beachtet werden, dass solche (und andere) Beteiligungsprozesse nicht darauf gerichtet sind, Partikularinteressen einzelner Bevölkerungsgruppen zum Durchbruch zu verhelfen, sondern vielmehr darauf, im Interesse des Gemeinwohls einen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen vieler Bevölkerungsgruppen herbeizuführen. Wenn dies gelingt, dürfte ein sehr wichtiges Ziel im Blick auf die Zukunftsfähigkeit einer kommunalen Gebietskörperschaft erreicht sein.

3. Die Träger der Dienste und Einrichtungen als Garanten zur Absicherung eines vielfältigen, flächendeckenden, bedarfsorientierten und qualitätsgesicherten Altenhilfeangebotes

Altenhilfe ist eine originäre kommunale Aufgabe. Bei der Umsetzung haben sich die Kommunen nach § 71 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) und § 2 Sächsische Gemeindeordnung zu richten. Die Durchführung der Aufgaben soll dem Subsidiaritätsprinzip entsprechen. Dies besagt, dass die Engagements von geeigneten freien Trägern und Initiativen vorrangig vor eigenen Angeboten, Diensten und Einrichtungen des öffentlichen Trägers berücksichtigt werden sollen. Das geschieht auch in den sächsischen Kommunen in großem Maße. Land und Kommunen unterstützen die freien Träger bei der Erfüllung ihrer selbstgewählten gemeinwohlorientierten Aufgaben, damit sie diese Dienste in ausreichendem Maße und in hoher Qualität anbieten können. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit der Kommunen mit den freien Trägern entspricht weithin der Wirklichkeit. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um in gemeinsamer Verantwortung die soziale Infrastruktur zu sichern und, wo erforderlich, noch weiter auszubauen.

Die Analyse des ermittelten Bedarfs und des vorgehaltenen Angebots auf kommunaler Ebene bezieht sich selbstverständlich auf sämtliche Teilbereiche von Senioren- und Altenhilfepolitik und schließt das Angebot aller Träger, also auch der verschiedenen freigemeinnützigen und auch der gewerblichen Träger ein. So tragen im ambulanten Pflegebereich die verschiedenen freigemeinnützigen Träger fast zu 100 % für die etwa 200 Sozialstationen die Verantwortung, während die privat-gewerblichen Träger zum ganz überwiegenden Teil die weiteren fast 800 ambulante Pflegedienste unterhalten. Bei den stationären Einrichtungen verteilt sich die Trägerschaft wie folgt: 51 % freigemeinnützig, 40 % privat-gewerblich, 9 % kommunal. Allein an diesen Zahlen wird deutlich, wie tief die Trägervielfalt in unserem Land verankert ist und dass diese Dienste für das gesellschaftliche Wohl gänzlich unverzichtbar sind.

Von daher verdient die Arbeit aller Anbieter Respekt und Anerkennung. Zugleich gehört es zu den kommunalen Aufgaben – und im Falle der stationären Einrichtungen zu den Aufgaben des Landes - sich regelmäßig zu vergewissern, dass die Arbeit der Träger der Altenhilfe qualitätsgerecht erfolgt. Das liegt auch im Eigeninteresse der Kommune, die Wert darauf legen muss, dass sie im Dienste der älteren und alten Menschen ein gutes und umfassendes Hilfeangebot bereit hält.

Unter der Vielzahl der Träger nehmen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege mit ihren Mitgliedsverbänden und Untergliederungen nach wie vor eine herausragende Stellung ein. Mit ihren unterschiedlichen Wurzeln und Traditionen verbindet sie vom Beginn bis heute, dass sie aus zivilgesellschaftlichen Impulsen heraus meist früher als andere die Not von Menschen und Menschengruppen sehen und sich mit großem Engagement und auch ohne Refinanzierung einer erbrachten Leistung zum Anwalt derer machen, die keine oder eine zu

geringe Stimme in der Gesellschaft haben. Entschieden legt besonders die Freie Wohlfahrtspflege die Finger in gesellschaftliche Wunden. Dies geschieht immer wieder im Interesse der betroffenen Menschen mit dem Ziel, für mehr Gerechtigkeit in der Gesellschaft zu streiten.

Genau diese Haltung spiegelt sich auch in den Städten und Gemeinden wider, wo die Freie Wohlfahrtspflege im lokalen Milieu und in regionalen Netzwerken besonders verankert ist, auch im Gesamtbereich von Seniorenarbeit und Altenhilfe. Es ist sehr zu wünschen, wenn sich die Freie Wohlfahrtspflege künftig auch in der Offenen Seniorenarbeit verstärkt engagieren würde. Die Dienste und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege sollten ganz in dem oben beschriebenen Sinne auch dann Mitgestalter einer neuen Altenhilfe sein, wenn eine vollständige finanzielle Untersetzung durch die öffentliche Hand nicht in jedem Fall gesichert ist.

Angesichts der großen Herausforderungen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung sollten alle Träger der Altenhilfe motiviert werden, zukünftig noch stärker trägerübergreifend zusammen zu arbeiten. Mehr und mehr muss sich die Einsicht durchsetzen, dass die zukünftigen Aufgaben der Altenhilfe nicht aus einer Position der Konkurrenz heraus erfüllt werden können. Vielmehr werden sie nur aus der gemeinsam getragenen Einsicht heraus bewältigt werden können, dass Bündelung, Aufgabenteilung und vernetztes Arbeiten der richtige Weg ist, die Altenhilfe, insbesondere alle Teilbereiche der Pflege, zukunftsorientiert und demographiefest zu gestalten. Dazu sind neue Lösungsansätze in den Kommunen nötig. Alle in der Altenhilfe beteiligten Akteure sollten sich deshalb verstärkt zu neuen Formen der Zusammenarbeit bereit finden.

Schluss

Der Altenhilfe-Rahmenplan wird hiermit der interessierten Öffentlichkeit übergeben. Er stellt die seniorenpolitische Grundkonzeption des SMS dar. Alle in der Altenhilfe auf Landesebene tätigen Verbände und Institutionen haben beratend daran mitgewirkt. Das schließt ein, dass nicht jeder Beteiligte jede Passage inhaltlich voll mittragen muss. Allerdings ist hinsichtlich einer allgemeinen Gesamtwürdigung festzustellen, dass der Altenhilfe-Rahmenplan insgesamt doch im Konsens entstanden ist.

Es ist zu wünschen, dass dieser Rahmenplan besonders in der Fachöffentlichkeit intensiv wahrgenommen und diskutiert wird und dass er motivierend wirkt, damit Seniorenpolitik und Altenhilfe im Land und in den Kommunen mit verstärkten Anstrengungen im Blick auf eine älter werdende Gesellschaft zukunftsorientiert weiterentwickelt werden.

Literaturverzeichnis

- P. B. Baltes. (1999).
Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32:433-448.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. (2006).
Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses.
- Bericht der Enquete-Kommission (2002).
„Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“. BT-DRS.14/8900 vom 03.06.2002
- Bertelsmann Stiftung. (2005).
Positionspapier. Perspektiven für das Wohnen im Alter. Handlungsempfehlungen des Beirates „Leben und Wohnen im Alter“ der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung. (2006).
Demographischer und sozialer Wandel. Zentrale Leitlinien für eine gemeinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. (2004).
Strategie für Lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland. Heft 115. Bonn:
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2001).
Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin:
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2005).
Fünfter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin:
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2006a).
Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Berlin:
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2006b).
Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin:
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2006c).
Neue DIN-Norm regelt „Betreutes Wohnen“. Verfügbar unter:
http://www.wirtschaftskraft-alter.de/wohnen-bauen/zuhause-wohnen/artikel/neue-din-norm-regelt-betreutes-wohnen/?tx_ttnews%5Bpointer%5D=1&tx_ttnews%5BbackPid%5D=21&cHash=c9c7ee5169 [30.03.07].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Runder Tisch Pflege (Arbeitsgruppe IV). (2006).
Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin:

- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung. (2006).
Genossenschaftspotentiale – Modelle genossenschaftlichen Wohnens. Berlin:
- Bundesverwaltungsamt. (2002).
Ausländerzentralregister zum Freistaat Sachsen. Köln:
- Deutsches Institut für Menschenrechte. (2006).
Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Berlin:
- Dorbritz, J., Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2004).
Gutachten – Demographische Entwicklung im Freistaat Sachsen – Analyse und Strategien zur Familien- und Bevölkerungspolitik. Wiesbaden:
- Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. (2005).
Nomenklatur der Altenhilfe. Gelsenkirchen: VSTP Verlag Soziale Theorie & Praxis GmbH.
- Freistaat Sachsen. (2006).
Empfehlungen zur Bewältigung des demografischen Wandels im Freistaat Sachsen. Expertenkommission „Demografischer Wandel Sachsen.“
- Kaluza, Jens & Töpferwein, Gabriele. (2005).
Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende. Berlin: trafo verlag dr. wolfgang weist.
- Kremer-Preis, U. & Stolarz, H. (2003).
Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Köln: Druckhaus Süd GmbH & Co. KG.
- Kreyenfeld, Michaela & Konietzka, Dirk (2004).
Die demographische Herausforderung – Sachsens Zukunft gestalten. Familienpolitik und Geburtenentwicklung in Deutschland. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Lieber, Gothild; Thiele, Gisela; Zichner, Suann; Ziller, Annett. (2006.).
Gliederung und inhaltliche Akzente zum „Altenhilferahmenplan“. Zuarbeit. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Sächsisches Staatsministerium des Innern. (Mai 2007).
Verwaltungsvorschrift Mehrgenerationenwohnen.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2001).
Grundlagen, Strukturen und Perspektiven der Hospizarbeit im Freistaat Sachsen (Hospizkonzeption).
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2003/2004).
Verordnung über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales, (Hrsg.). (2004).
Sächsischer Seniorenbericht. Dresden: formulardruck Dresden GmbH.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2005).
Betreutes Wohnen im Alter. Information zur Prüfung von Angeboten. Meißen: Druckerei Thieme.

- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2005).
Förderrichtlinien „Wir für Sachsen“. Sächsisches Amtsblatt Nr. 50 vom 15.12.2005.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2006a).
Konzeption zur Hospiz- und Palliativarbeit.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2006b).
Sächsischer Landesentwicklungsbericht.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales. (2007).
Sächsischer Sozialbericht.
- Sächsische Staatsregierung. (2006).
Rede des Sächsischen Ministerpräsidenten Prof. Dr. Georg Milbradt anlässlich des
Zweiten Sächsischen Demographiepfels in Dresden am 08.11.2006.
- Schader-Stiftung. (2001).
Umzugswünsche und Umzugsmöglichkeiten älterer Menschen. Forschungs- und Dia-
logprojekt. 1993-1997. Verfügbar unter:
http://www.schader-stiftung.de/wohnen_wandel/287.php [10.10.2006].
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2003).
Einkommens- und Verbrauchsstichprobe.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Hrsg.). (2005).
Gesetzliche Pflegeversicherung im Freistaat Sachsen. Pflegeeinrichtungen, Beschäf-
tigte und Pflegebedürftige.
- Statistisches Bundesamt. (2005).
Heimpflege in Pflegekasse III kostet monatlich 2.706 Euro. Pressemitteilung vom 14.
März 2007.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen. (2003).
Ältere Menschen im Freistaat Sachsen. Ergebnis des Mikrozensus 2002. Kamenz:
- Thiele, Gisela. (2001).
Soziale Arbeit mit alten Menschen. Grundlagenwissen für Studium und Praxis. Köln:
Fortis-Verlag GmbH
- Universität Leipzig, Institut für Entwicklungs- Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnos-
tik. (2001).
Bestandsaufnahme ehrenamtlicher Aktivitäten in der älteren Generation als gesell-
schaftliche Ressource in Beziehung zu gesundheitlichen Voraussetzungen und
Wohlbefinden. Interdisziplinäre Längsschnitt-Studie des Erwachsenenalters (ILSE-
Studie).
- Universität Leipzig, Institut für Entwicklungs- Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnos-
tik. (2004).
Wenn Pflege krank macht – Belastungen und Probleme bei der häuslichen Betreuung
und Pflege von Angehörigen. Interdisziplinäre Längsschnitt-Studie des Erwachsenen-
alters (ILSE-Studie).
- Zichner, Suann & Ziller, Annett. (2006).
Altenhilferahmenplanung als Instrument zur Entwicklung der sozialen Infrastruktur an
den Beispielen „Offene Altenhilfe“ und „Wohnen im Alter“. Diplomarbeit

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgemeinschaft
AZR	Ausländerzentralregister
BAGSO	Bündelung der Interessen von Senioren und Vertretung auf Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation
BLK	Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
DIN	Deutsche Industrienorm
Dr.	Doktor
e. V.	eingetragener Verein
ebd.	ebenda
eG	eingetragene Genossenschaft
EG	Europäische Gemeinschaft
EstG	Einkommensteuergesetz
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
FRL	Förderrichtlinien
GG	Grundgesetz
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
HeimG	Heimgesetz
i. V. m.	in Verbindung mit
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.	Millionen
Prof.	Professor
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SMI	Sächsisches Staatsministerium des Innern
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales
u. s. w.	und so weiter
VändG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
vgl.	vergleiche
VwV	Verwaltungsvorschrift
z. B.	zum Beispiel
&	und

Impressum

Das Manuskript wurde erstellt mit Unterstützung der Arbeitsgruppe Altenhilfe-Rahmenplanung im Freistaat Sachsen

Herausgeber:	Sächsisches Staatsministerium für Soziales Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Albertstraße 10, 01097 Dresden E-Mail: presse@sms.sachsen.de www.sms.sachsen.de
Für den Inhalt verantwortlich:	Referat Altenhilfe
Redaktion:	Kerstin Steinacker und Marka Ziesch
Deckblattgestaltung und Druck:	Saxonia-Werbeagentur GmbH
Redaktionsschluss:	31. Juli 2007
Auflage, 2007:	3.000
Bezug:	Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung Hammerweg 30, 01127 Dresden Telefon 0351 2103671, Fax 0351 2103681 E-Mail: Publikationen@sachsen.de

Die Broschüre kann auch online bestellt und heruntergeladen werden unter www.publikationen.sachsen.de.

Diese Broschüre wird kostenlos abgegeben.

Verteilerhinweis: Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.