

Kommunale Pflegeplanung für die Stadt Bottrop

Kurzfassung

Verabschiedet im Rat der Stadt Bottrop am 12.12.2006

Stadt Bottrop, Sozialamt Abt. 50/1

Autorin:

Maria Thon, (Dipl. Sozial-Gerontologin)

Tel: 02041 – 70 3444

Email: altenhilfe@bottrop.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1	3
2	4
3	4
3.1	4
3.2	5
3.3	7
4	9
5	11
5.1	11
5.2	12
5.3	14
5.3.1	14
5.4	17
5.4.1	17
5.4.2	18
5.4.3	19
5.4.3.1	21
5.4.3.2	21
5.4.3.3	23
5.4.3.4	24
6.	26
6.1	26
6.2	27
6.3	27
6.4	28
6.5	29
6.6	29
6.8	30
7	31
8	33
8.1	33
8.2	35
8.3	36
8.4	38
9.0	40
9.1	40
9.2	42
10	43
11	45
11.1.	45
11.1.1	45
11.1.1.1	45
11.1.2	46
11.1.3	47
11.1.3.1	47
11. 1.3.2	47
11.1.3.3	48
11.1.3.4	48
11.1.4	49
11.1.5	50
11.1.6	50
11.1.7	51

1. Einleitung

In Bottrop sind aktuell knapp 14% der Menschen über 60 Jahre als pflegebedürftig eingestuft, etwa 3% leben in einem Altenheim. Das heißt aber anders betrachtet, dass 86% der älteren und alten Menschen in Bottrop sich in der Lebensführung kaum von den anderen Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Stetig wächst die Zahl derer, die geistig und körperlich fit selbst im hohen Alter ihr Leben genießen können. Die These, dass das Alter von geistigen und körperlichen Abbau gekennzeichnet ist, wird schon von der Statistik widerlegt. Vielmehr nutzen viele ältere Menschen die Gelegenheit, sich frei von beruflichen Verpflichtungen ihren Interessen zu widmen. Aber auch das ehrenamtliche Engagement, sei es im Bereich des Sozialen, der Vereine oder der Politik, wird in vielen Bereichen von dieser Generation getragen – und das Potential ist bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Die sog. Silver Generation, wie die älteren Menschen neuerdings von der Werbung bezeichnet werden, ist keine einheitliche Gruppe, sondern hat eine Vielfalt verschiedenster Lebensstile entwickelt. Mit ihrer relativ großen Kaufkraft werden sie zunehmend als Zielgruppe der Konsumindustrie angesprochen. Inzwischen wird die Wirtschaftskraft Alter als wichtiger Faktor im Strukturwandel unserer Region gehandelt. Auf der anderen Seite stehen den gutsituierten SeniorInnen diejenigen alten Menschen gegenüber, die ihr Leben eher in Armut führen müssen.

Das Alter stellt sich also unter den verschiedensten Aspekten dar. Die hier behandelten Themenfelder sind ein Teilbereich, der auf der kommunalen Ebene als Herausforderung bewältigt werden muss. Dazu soll diese Pflegeplanung beitragen.

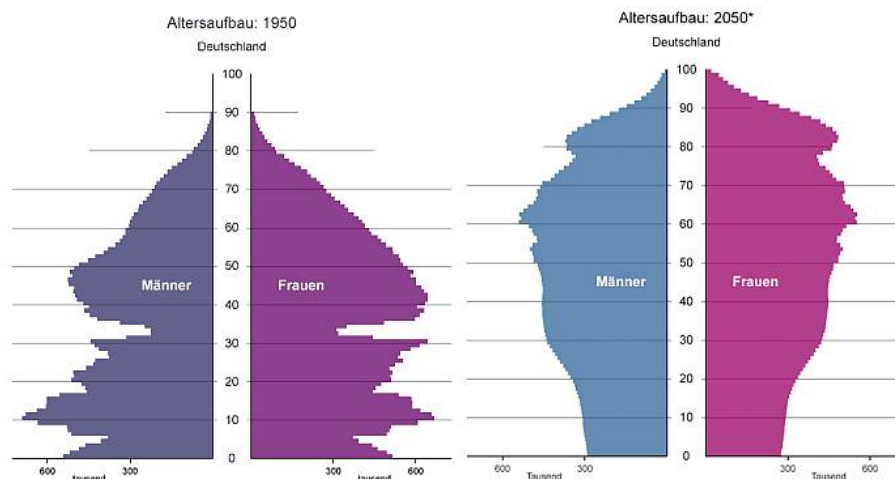
2. Gesetzlicher Rahmen

Nach dem Landespflegegesetz NRW ist die Pflegeplanung eine kommunale Pflichtaufgabe. Ziel dieser Pflegeplanung ist es u. a., eine nach Quantität und Qualität angemessene Versorgung der älteren MitbürgerInnen der Stadt Bottrop mit Pflegeangeboten und pflegerischer Infrastruktur zu sichern und weiter zu entwickeln. „Darüber hinaus soll die kommunale Pflegeplanung Angebote der komplementären Hilfen, neue Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen aufzeigen und bei der Entwicklung der örtlichen Angebotsstruktur einbeziehen.“ (Landespflegegesetz). Als wichtiger Punkt wird auch die Förderung der Beteiligung von Bürgerschaftlichem Engagement im Zusammenhang der Sicherstellung der sozialen Teilhabe der Pflegebedürftigen im Gesetz benannt.

Ausdrücklich wird die Beteiligung der Betroffenen und Akteure durch die Kommunale Pflegekonferenz vorgesehen.

3. Demografische Entwicklung

3.1 Allgemeine Entwicklung



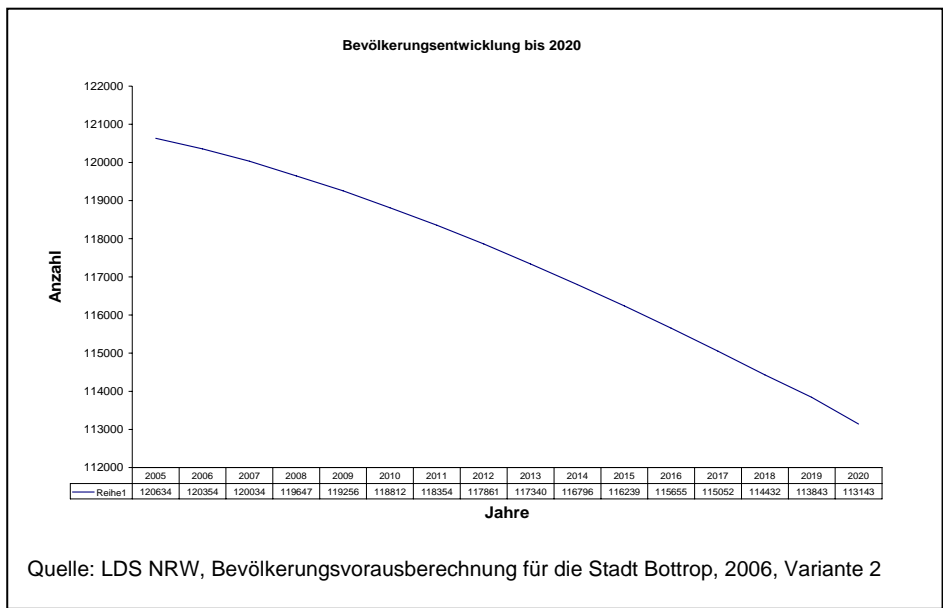
Quelle: Bundesamt für Statistik, 2003

Der Anteil der älteren und alten Menschen an der Bevölkerung in Deutschland steigt. Einmal nimmt die *Zahl der älteren Menschen absolut* zu. Waren im Jahre 1900 4,4 Mio. der Bevölkerung über 60 Jahre (7,8%), so waren es 1999 schon 18,4 Mio. (22,4%). Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes geht für das Jahr 2050 von einer Zahl von 22,8 – 26,7 Mio. aus. Bei prognostiziert sinkenden Bevölkerungszahlen ergibt das einen Prozentsatz von 37 bis 39%. Die Ursache wird in der sinkenden Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartung gesehen.

Auch *relativ* zum Verhältnis der jüngeren Menschen wächst der Anteil der älteren Menschen. Im Jahre 2001 kommen 44 Personen über 60 Jahre auf 100 Personen zwischen 20 und 59 Jahren, im Jahre 2050 werden es über 70 sein.

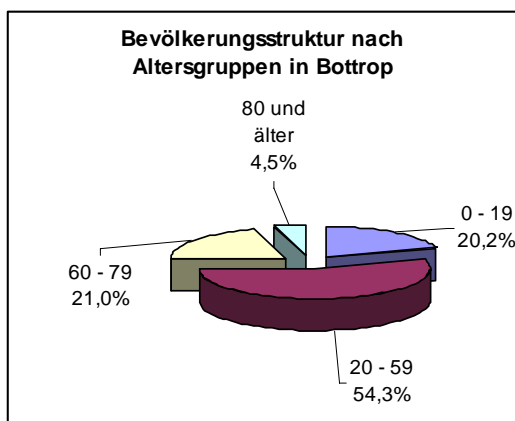
Ein weiterer Aspekt ist die *Zunahme der Zahl der Hochaltrigen (80 Jahre und älter)*. Von 1995 3,99% (3,24 Mio.) wird für 2010 ein Wert von 5% (4,1 Mio.) und im Jahre 2050 etwa 12.1% (ca. 9 Mio.) vorausberechnet. Unter den älteren und alten Menschen macht die Zahl der über 75 jährigen einen Anteil von ca. einem Drittel aus. D. h. zwei Drittel können zu den sog. jungen Alten gezählt werden.

3.2 Bevölkerungsentwicklung in Bottrop



Die Bevölkerung nimmt ab

Die Einwohnerzahl der Stadt Bottrop lag am 31.1.2006 bei 120 158 Personen. Nachdem lange Zeit ein stetiger Zuwachs der Bevölkerung festzustellen war, stagniert diese Entwicklung und langfristig ist mit einem deutlichen Rückgang der Einwohnerzahlen zu rechnen. Damit ist auch in Bottrop der landesweite Trend erkennbar.



Quelle: Amt für Datenverarbeitung (12) der Stadt Bottrop. 31.1.2006

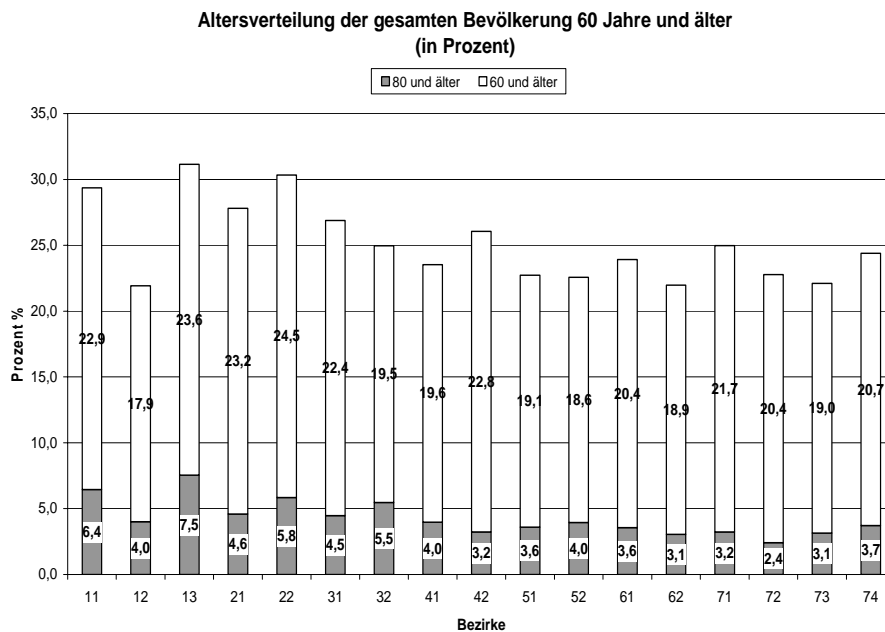
Die Verminderung der Einwohnerzahlen insgesamt wird durch den Rückgang der Zahl junger Menschen verursacht und damit wird ein deutliches Ansteigen der Anteile der älteren und alten Einwohner zu erwarten sein. Heute sind bereits

Es wird mehr alte und weniger junge Menschen geben

25,5% der Einwohner Bottrops älter als 60 Jahre

Die Entwicklung ist im Stadtgebiet unterschiedlich

Die Bevölkerungszusammensetzung der einzelnen statistischen Bezirke ist sehr unterschiedlich:



Quelle: Amt für Datenverarbeitung (12) der Stadt Bottrop, 2005, eigene Berechnungen

Der Anteil der ausländischen MitbürgerInnen an der Gesamtbevölkerung betrug 1997 8,7%. Seitdem ist eine leicht sinkende Tendenz festzustellen:

Ausländische Bevölkerung

Bezirke	Stadtteil
11	Altstadt
12	Nord-Ost
13	Süd-West
21	Fuhlenbrock-Heide
22	Fuhlenbrock-West
31	Stadtwald
32	Eigen
41	Batenbrock-Nord
42	Batenbrock-Süd
51	Boy
52	Welheim
61	Ebel/Welheimer Mark
62	Süd
71	Kirchhellen-Mitte
72	Kirchhellen-Süd, Grafenwald
73	Kirchhellen Nord/West
74	Kirchhellen Nord/Ost

Zuordnung der Stadtteile zu den statistischen Bezirken

Zur Zeit sind 8,0% der Bevölkerung Bottrops AusländerInnen. Damit liegt der Ausländeranteil in Bottrop unter dem des Landes NRW mit 11,0% und ist ungefähr so hoch wie der der gesamten Bundesrepublik mit 8,9%.

Aktuell sind in Bottrop 10,8% der ausländischen MitbürgerInnen über 60 Jahre alt. Allerdings ist die Verteilung auf die Stadtteile/Bezirke sehr unterschiedlich. Nur noch 0,4% der MigrantInnen sind über 80 Jahre alt. In vielen Stadtteilen trifft man keine ausländischen MitbürgerInnen über 80 Jahre, in anderen Bezirken vereinzelte MigrantInnen in dieser Altersgruppe. Auch hier überwiegt im hohen Alter der Anteil der Frauen (ab 70 Jahre und höher). Der Unterschied ist aber nicht gravierend: bei den über 75jährigen liegt der Anteil der Frauen bei 61%. Allerdings ist die Gesamtanzahl relativ gering

(111 Personen insgesamt).

Verhältnis der Geschlechter

Auf der Ebene der Gesamtstadt, wie auch in den Stadtteilen, kann ein „Überschuss“ von Frauen beobachtet werden: 51,7% (62577) weibliche und 48,3% (58533) männliche Einwohner hat Bottrop. Bis zum Jahrgang der 55jährigen kann von einem Überhang an männlichen Einwohnern gesprochen werden. Bei den über 60 – 65jährigen steigt der Frauenanteil auf 53,8% an und bei den über 80jährigen sind dann 81,4% Frauen. Der größere Anteil von Frauen an der Gesamtbevölkerung ist also das Ergebnis eines deutlichen höheren Frauenanteils unter den älteren und besonders den hochaltrigen Menschen. In den einzelnen Stadtteilen gibt es bis zu den Altersgruppen der über 75jährigen keine von diesem Bild abweichende Zusammensetzung. Ins Auge fallen die hohen Anteile von Frauen von über 75 Jahren in einigen Stadtteilen. Nur teilweise lassen sie sich damit erklären, dass dort Einrichtungen für alte Menschen (Alten- und Pflegeheime) angesiedelt sind.

*Der größte Anteil
alter Menschen ist
weiblich*

3.3 Prognose

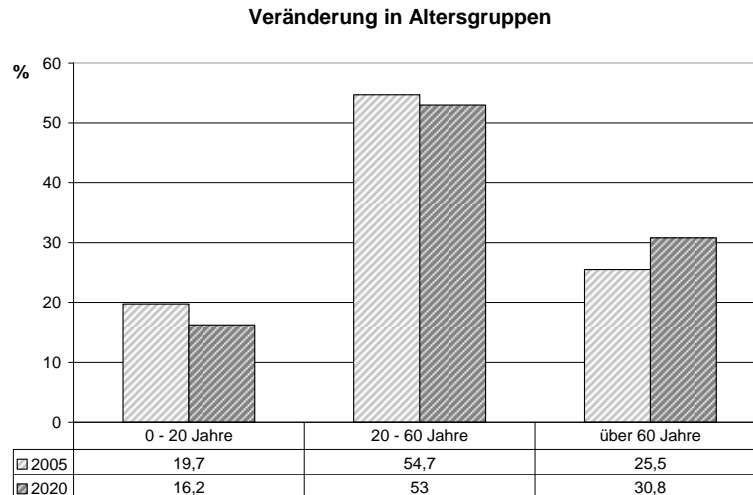
Bis zum Jahre 2020 wird in Bottrop die Bevölkerung insgesamt nach Berechnung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW von 120 634 (2005) auf 113 143 (2020) abnehmen. Das entspricht einem Bevölkerungsverlust von 6,2% oder 7491 Personen. Damit liegt Bottrop über dem Trend in NRW von -2,6% (bis 2025), aber unter dem der Großstädte im Ruhrgebiet (Essen, Gelsenkirchen und Duisburg liegen bei einem Minus von über 10%, LDS, 2005). Insgesamt sind das Ruhrgebiet und hier die kreisfreien Städte besonders betroffen, da sich hier die niedrige Geburtenrate und negative Wanderungssalden sich miteinander kombiniert verstärken.

*Der Bevölkerungs-
rückgang
ist geringer als
bei den umlie-
genden Städten*

Der Rückgang der Bevölkerung stellt sich in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich dar. Der Anteil der jüngeren Menschen im Alter von 0 – 20 Jahren sinkt, der der Altersgruppe von 20 bis 60 Jahre bleibt annähernd gleich. Wachstum ist bei der Bevölkerungsgruppe der über 60jährigen zu beobachten:

Der Anteil der Hochaltrigen wächst am stärksten

Innerhalb der Gruppe der über 60jährigen ist besonders die Zahl der Hochaltrigen stark angewachsen. Das folgende Schaubild zeigt, dass insgesamt eine Zunahme von 51,2 % (2598 Personen) von über 80jährigen bis 2020 zu erwarten ist. Hier ist der Zuwachs von Männern und Frauen



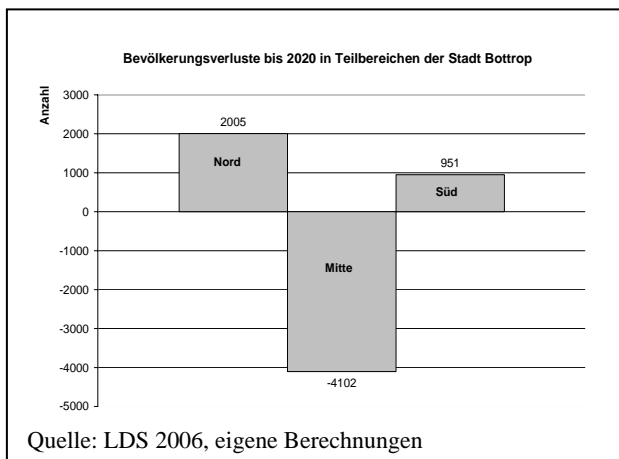
Quelle:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik des Landes NRW, eigene Berechnungen, 2006

jeweils unterschiedlich. Während der Anteil der Frauen, die älter als 80 Jahre sind, um knapp 29% (1078 Personen) ansteigt, sind es bei der entsprechenden Gruppe der Männer fast 114% (1520 Personen). Der Anteil der Männer an der hochaltrigen Bevölkerung wird überproportional zunehmen, wenngleich die Frauen weiter dominieren werden. Damit bildet sich auch in Bottrop ein landes- bzw. bundesweiter Trend ab.

Bevölkerungsrückgang konzentriert sich auf den Bereich Stadtmitte

Die Bevölkerungsentwicklung verläuft in den drei Bereichen der Stadt Bottrop unterschiedlich. In den Teilen Nord und Süd ist eine leichte Zunahme der Einwohnerzahl festzustellen: Nord nimmt um 2005 Personen



(9,9%) zu und im Süden ist bis 2020 ein Zuwachs von 951 (2,3%) zu erwarten. Allein der Teil Stadtmitte zeigt eine rückläufige Tendenz von -4102 Personen (-6,7%).

Das findet seine Erklärung darin, dass im Bottroper Norden und auch im Süden der Flächennutzungsplan in größerem Umfang

Neubaugelände ausweist. Diese werden als das Ziel der prognostizierten Zuwanderung angesehen. Der Bereich Stadtmitte umfasst die Stadtbezirke 11,13, 21,22 und 31, die schon jetzt den höchsten Anteil an älteren und alten Menschen in Bottrop aufweisen. Insgesamt wird der mangelnde Zuzug von jüngeren EinwohnerInnen in den Bereich der Stadtmitte für die deutliche Bevölkerungsabnahme in diesem Bereich und in der Bilanz für die Stadt Bottrop sorgen.

Zusammenfassung

Insgesamt stellt sich die Situation in Bottrop folgendermaßen dar:

- Die Bevölkerungszahl wird abnehmen unter gleichzeitigem Anwachsen des Anteils älterer und alter Menschen, wobei die Zunahme des Anteils von Hochaltrigen von besonderer Bedeutung ist.
- Die Altersgruppe der 20- bis 60jährigen wird in etwa gleich bleiben, die der unter 20jährigen wird deutlich abnehmen.
- In den Altersgruppen der über 60jährigen überwiegt der Anteil der Frauen deutlich; bei den über 80jährigen dominieren die Frauen mit über 80%. Die jüngeren Altersgruppen (unter 55 Jahre) weisen dagegen einen höheren Anteil an Männern auf.
- Die Zahl der MigrantInnen über 65 Jahre ist zur Zeit noch gering, aber es ist mit einem stetigen Anwachsen dieser Gruppe zu rechnen: im Jahre 2020 wird von etwa 10% Ausländeranteil bei der Altersbevölkerung ausgegangen. Auch beginnt sich ein (wenn auch geringes) Überwiegen des Anteils der Frauen abzuzeichnen.
- Die Zusammensetzung der Bevölkerungsgruppen nach dem Alter, Geschlecht und Ausländeranteil ist in den einzelnen Stadtteilen unterschiedlich.

4. Materielle Situation – Erwerbstätigkeit

Das verfügbare Einkommen ist eine der wichtigsten Kategorien für die Beschreibung einer Lebenssituation. Generell kann festgestellt werden, dass sich die Einkommenssituation der Menschen im Alter verbessert hat. Doch hier wird auch die Differenzierung in „positives“ und „negatives“ Altern sichtbar. Die Anzahl derjenigen, die ein gutes bis sehr gutes Alterseinkommen beziehen, ist gestiegen. Dieser Personenkreis ist es auch, der über beachtliche Vermögenswerte verfügen kann. Auf der anderen Seite stehen diejenigen, die nur über geringe Einkünfte verfügen und von staatlicher Unterstützung abhängig sind.

Besonders Frauen, die Kinder aufziehen, Eltern pflegen oder durch Scheidung oder Trennung zu Alleinerziehenden werden, sind von Altersarmut bedroht. Der Landessozialbericht „Armut im Alter“ stellt ein überdurchschnittliches Einkommenspotential und ein unterdurchschnittliches Armutsrisiko der über 65jährigen, verglichen mit anderen Bevölkerungsgruppen, fest. Klargestellt wird aber auch, dass sich eine erhebliche Ungleichheit innerhalb der Altenbevölkerung verbirgt. Gut 28% der Alleinlebenden über 65jährigen verfügt über ein Nettoeinkommen von weniger als 900 €. Dabei ist der Frauenanteil doppelt so hoch wie der der Männer.

Eine andere Untersuchung¹ stellt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung fest. Der Unterschied zwischen den niedrigsten (1500 € und weniger) und den höchsten Einkommen (4500 € und mehr) beträgt etwa 9 Lebensjahre.

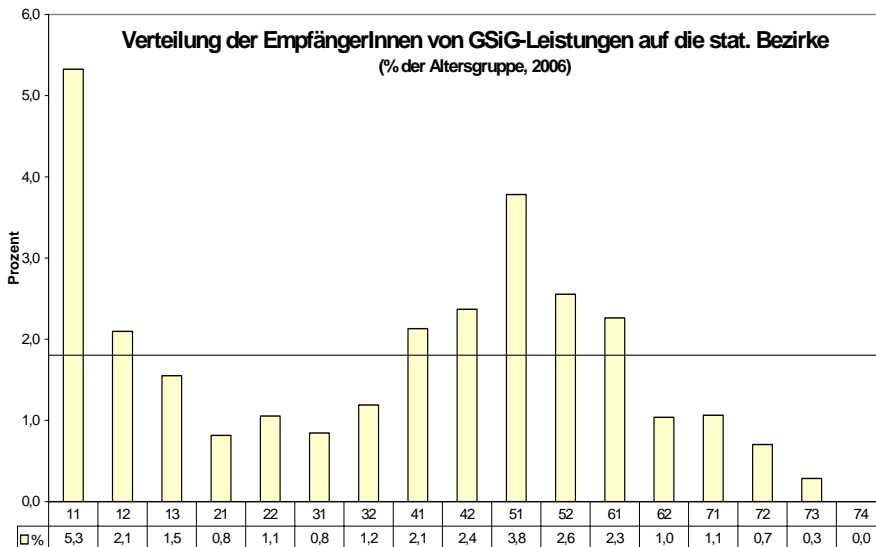
Alte Menschen haben soviel Geld wie nie zuvor – aber es gibt auch Armut

Besonders Frauen sind von Altersarmut betroffen

¹ Lauterbach et. al.: Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung, 2005

Für die Einschätzung der Altersarmut in Bottrop soll der Bezug von Leistungen nach dem GSiG als Indikator herangezogen werden. Dies kann nur ein grober Anhaltspunkt sein. Allerdings lässt sich bei der Betrachtung der Verteilung der HilfeempfängerInnen auf die Stadtteile eine Aussage über die Verteilung der Altersarmut machen.

Altersarmut in den Stadtbezirken unterschiedlich



Eigene Berechnungen (Die Linie markiert den Durchschnitt -1,8% - der Gesamtstadt in der Altersgruppe ab 60 Jahre)

Eine besondere Situation liegt für die Menschen in den Bottroper Altenheimen vor. Sie sind zu einem großen Teil weiter auf die Hilfe des Sozialamtes angewiesen. Von den 862 Bottroper Personen, die in den Bottroper Alten- und Pflegeheimen wohnen, sind 301 (34,9%) EmpfängerInnen von Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege). Weitere 164 Personen erhalten nur Pflegegeld. Das heißt: mehr als die Hälfte von ihnen (54 %) erhalten Leistungen von den Kommunen. (Eigene Berechnungen, Stand: Dezember 2005). Damit hat sich die Lage der Menschen in den Heimen, was die ökonomische Situation anbetrifft, seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich verbessert. Vor Einführung der Pflegeversicherung war davon auszugehen, dass - bis auf wenige Ausnahmen - die BewohnerInnen von Altenheimen auch Beziehende von Sozialhilfe waren.

Anhaltende Arbeitslosigkeit kann Altersarmut zur Folge haben

Ein weiterer Aspekt für die Einkommenslage ist die ungewollte Aufgabe der Erwerbstätigkeit. Für ältere Arbeitnehmer ist Arbeitslosigkeit meist gleichbedeutend mit Austritt aus dem Erwerbsleben. Die Statistiken des Arbeitsamtes zeigen, dass unter den Langzeitarbeitslosen die größte Gruppe älter als 50 Jahre ist.

Auch für jüngere Arbeitslose lassen die Brüche in der Erwerbsbiografie ein Absinken des Alterseinkommens erwarten. Der Strukturwandel in der Region, insbesondere der anhaltend massive Abbau von Arbeitsplätzen, lässt keine wesentliche Veränderung in dieser Entwicklung vermuten.

Zusammenfassung

- Vor allem alte Frauen sind von Altersarmut betroffen. Die Hauptursache dafür ist im System der Alterssicherung begründet und es gibt keine Anhaltspunkte für eine gegenläufige Entwicklung, so dass auch in Zukunft Armut ein Altersrisiko für Frauen darstellen wird.
- Die länger andauernde Zunahme von Arbeitslosigkeit und damit verbunden der Bezug von Leistungen nach dem Hartz IV-Gesetz, lassen in der Zukunft eine Zunahme der Altersarmut wahrscheinlich werden.
- Die Verteilung der Altersarmut auf die Stadtteile in Bottrop ist verschieden ausgeprägt.
- Seit Einführung der Pflegeversicherung ist der Anteil der LeistungsempfängerInnen in den Altenheimen deutlich zurückgegangen.

5. Pflege – Bestandsaufnahme

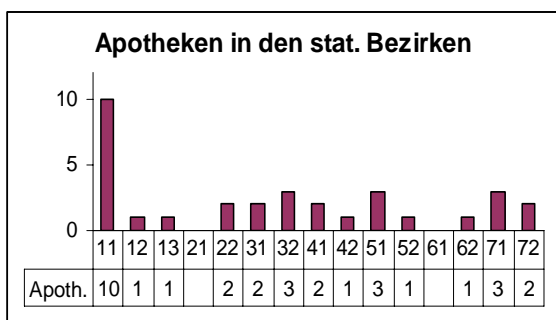
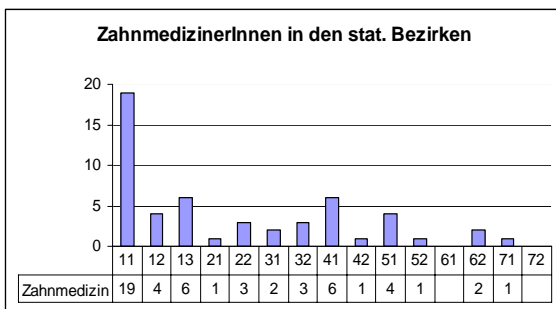
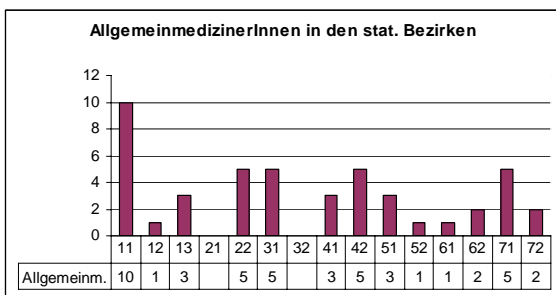
5.1 Medizinische Versorgung

Zu den zentralen Faktoren, die die Selbständigkeit im Alter gewährleisten können, gehört die ambulante medizinische Versorgung. Neben der ambulanten Pflege ist auf der medizinischen Seite die Verfügbarkeit von ärztlicher Betreuung und die Versorgung mit den entsprechenden Arzneien bzw. Hilfsmitteln im nah-

räumlichen Kontext erforderlich.

Die nebenstehenden Grafiken machen deutlich, dass im Bereich der Innenstadt Ärzte, Zahnärzte und Apotheken überproportional oft vertreten sind. Dagegen sind in anderen Bezirken kein Arzt, Zahnarzt und/oder keine Apotheke zu finden. Überwiegend davon betroffen ist der Bottroper Süden. Das neue Südring-Center verbessert die Situation zwar, jedoch der Bereich Vonderort gehört nicht zum Einzugsgebiet des Centers und die mobilitätseingeschränkten BewohnerInnen der umliegenden Stadtteile haben weiter Probleme ihre medizinische Versorgung sicherzustellen.

Medizinische Versorgung in den Stadtteilen unterschiedlich



Quelle: Gesundheitsamt der Stadt Bottrop, eigene Berechnungen

Bottroper Süden besonders betroffen

Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Ein wesentlicher Aspekt der Versorgungsqualität in Pflegeheimen ist die medizinische Versorgung der BewohnerInnen.

Die ärztliche Versorgung findet fast ausschließlich durch die früheren Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin) statt.

Nur ein relativ geringer Teil – knapp 20% - der BewohnerInnen hat (meist veranlasst und begleitet durch das Pflegepersonal) Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung.

Im Heim weist die Versorgung mit Fachärzten erhebliche Lücken auf: Während Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes entsprechend der Häufigkeit der Krankheiten behandelt werden, unterbleibt bei Harninkontinenz und Demenz die Medikation überwiegend. Noch wichtiger ist hier, dass die mangelnde fachärztliche Betreuung zu fehlender Diagnostik führt. *„Entscheidend für die Versorgung der Demenzkranken ist in erster Linie die Stellung der Diagnose Demenz und die damit notwendige Veränderung in der Pflege, im Umgang mit diesem schweren und schwierigen Krankheitsbild. ...und besteht in der Pflege größter Fortbildungsbedarf im Bereich Demenz und Depression.“* So die Aussage des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Bottrop.

Rücksprache mit Hausärzten, die in Bottroper Altenheimen tätig sind, ergab, dass sie die Problematik ähnlich sehen. In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich der Aspekt der Wirtschaftlichkeit der von den Ärzten zu erbringenden Leistungen erwähnt. Zum Einen seien die Medikamente, die sich beispielsweise im Falle der Demenzbehandlung als besonders wirksam herausgestellt hätten, auch sehr teuer. Eine bedarfsdeckende Verordnung in den einzelnen Heimen führe zwangsläufig zu einer erheblichen Überschreitung des ärztlichen Budgets. Zum Anderen sei schon einfachste Diagnostik häufig nicht mit den Krankenkassen abrechenbar. In beiden Fällen sei von unbezahlter Arbeit der Ärzte in größerem Umfang auszugehen.

5.2 Häusliche Pflege

Spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung wird die häusliche Pflege als Grundpfeiler der Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ betrachtet. In NRW werden etwa 70% aller Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen gepflegt. Dieses Pflegesystem wird ergänzt durch ambulante Pflegedienste, Tageskliniken, etc. Die Pflege zu Hause in der eigenen Wohnung entspricht im Regelfall dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen.

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen (Anfang 2003 waren es 92%) wird von seinen Angehörigen gepflegt. Im Bericht der Enquetekommission „Zukunft der Pflege in NRW“ wird die Familie als Pflegedienst der Nation bezeichnet. Fast drei Viertel der Hauptpflegepersonen sind Frauen (Mütter, Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter). Der größte Teil dieser pflegenden Angehörigen ist älter als 55 Jahre² (67 %, davon 40% älter als 65 Jahre).

Die häusliche Pflege wird also zum größten Teil von Frauen im mittleren und höheren Alter geleistet. Des Weiteren ist ein hoher Anteil der Pflegepersonen (40%) berufstätig. Insofern spielt die Vereinbarkeit von Pflege

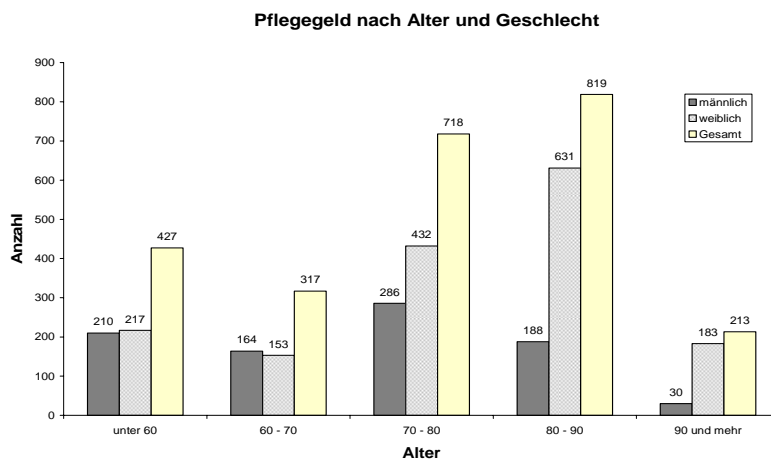
² Diese und die folgenden Zahlen sind dem Bericht der Enquetekommission des Landtags NRW (2005) „Die Zukunft der Pflege in NRW“ entnommen

Ärztliche Versorgung im Pflegeheim hat Lücken

Häusliche Pflege überwiegend durch Angehörige

Es pflegen überwiegend Frauen im mittleren und höheren Alter

und Berufstätigkeit auch eine wichtige Rolle. Ein Teil von 8% der Pflegebedürftigen ist ohne Unterstützung von Familie und Nachbarschaft. Da die Zahl der alleinlebenden älteren Menschen zunehmen wird, ist hier auch mit einem Anwachsen der Anzahl dieser Pflegebedürftigen zu rechnen.

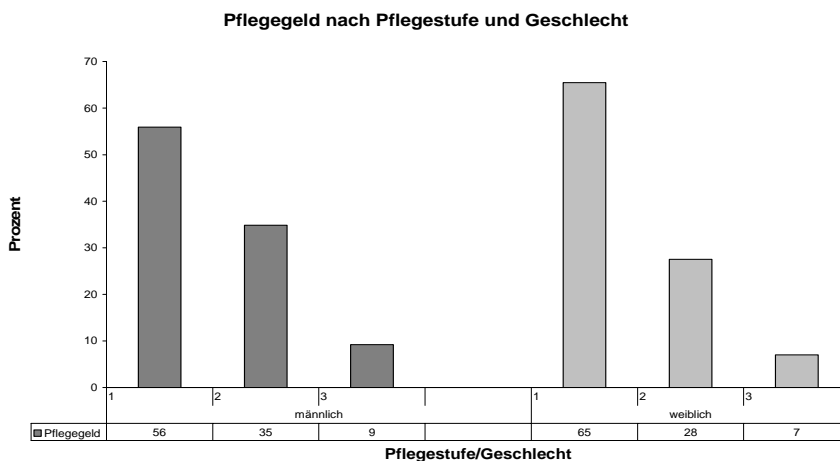


Quelle: LDS Pflegestatistik, 2003, eigene Berechnungen

Ständige Konfrontation mit dem physischen und psychischen Abbau, verbunden mit der mangelnden sozialen Anerkennung, werden von der Enquetekommission als Belastung der pflegenden Angehörigen gesehen, die noch mit Verringerung der sozialen Beziehungen außerhalb der Pflege und häufig auch mit finanziellen Einbußen einhergeht. Auf der anderen Seite wird die Pflege Tätigkeit auch als sinnstiftend und letzten Endes als selbstverständlich empfunden. Die Überlastung wird dadurch verstärkt, dass sich die Pflegeleistungen bei steigendem Hilfebedarf auf eine Person konzentrieren. Diese Person erfährt starke Veränderungen in vielen Lebensbereichen, die bis hin zur völligen Isolation gehen können. Die Unterstützung durch professionelle Pflegedienste wird häufig als nicht ausreichend betrachtet. Wenn pflegende Angehörige rechtzeitig und angemessen unterstützt werden, sind sie eher bereit und in der Lage, sich auch zukünftig an den pflegerischen Aufgaben zu beteiligen.

Pflegepersonen sind häufig überlastet

Entlastung kann Bereitschaft zur Pflege fördern



Quelle: LDS Pflegestatistik, 2003, eigene Berechnungen

Männer werden früher pflegebedürftig

Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege

Die Zahl der Menschen, die in Bottrop zu Hause gepflegt werden, lässt sich nicht genau angeben. Ende 2003 erhielten 2494 Personen Pflegegeld. Etwa 10% von ihnen (258) bekamen sog. Kombileistungen, d. h. Sachleistungen (amb. Pflegedienst) werden mit Pflegegeld kombiniert.

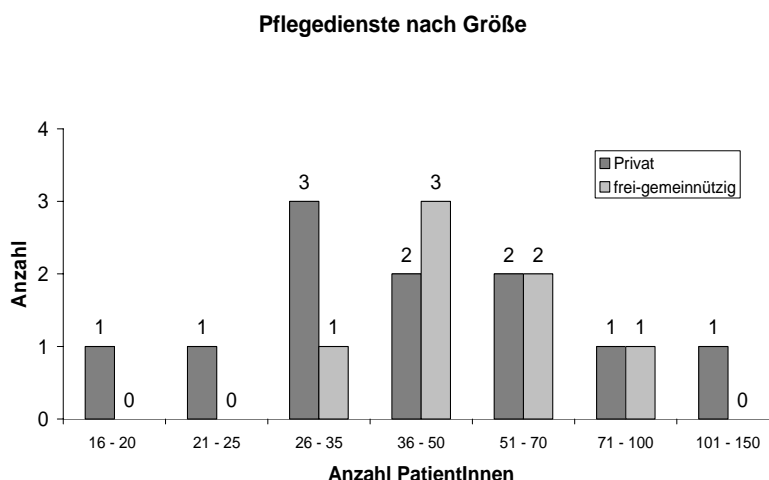
Interessant an der zugehörigen Grafik ist, dass in der Altersgruppe der 60 – 70 jährigen der Anteil der pflegebedürftigen Männer überwiegt. Bei der Verteilung der PflegegeldempfängerInnen auf die Pflegestufen fällt prozentual betrachtet auf, dass auch hier die Männer in den Pflegestufen 2 und 3 überwiegen. Beides scheint auch in Bottrop die bekannte Tatsache zu belegen, dass Männer früher stärker pflegebedürftig werden und in einem weitgehend intakten sozialen Netzwerk (häufig pflegt die Ehefrau) gepflegt werden.

5.3 Ambulante Pflege

„Ambulante Pflege wird erbracht durch Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste), die als selbständig wirtschaftende Einheiten unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen“³.

Ambulante Pflegedienste in Bottrop

Voraussetzung für die Tätigkeit eines Pflegedienstes ist der Abschluss eines Versorgungsvertrages (nach §71 SGB XI) mit der Pflegekasse, die dann auch die Kontrolle über die fachliche Kompetenz ausübt. Im Pflegeversicherungsgesetz ist der Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber den Formen der stationären Pflege festgelegt (§ 3 SGB XI). In Bottrop waren 2003 18 Pflegedienste im Einsatz. Davon waren 7 in freigemeinnütziger und 11 in privater Trägerschaft.



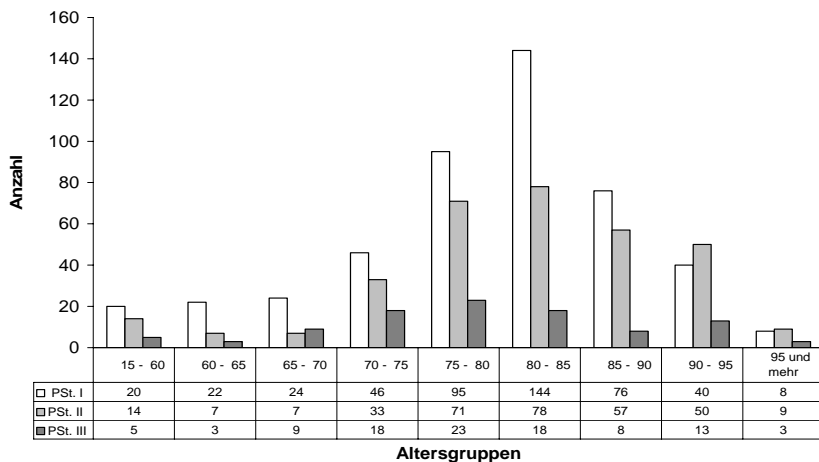
Quelle: LDS Pflegestatistik, 2003, eigene Berechnungen

5.3.1 Klientelstruktur

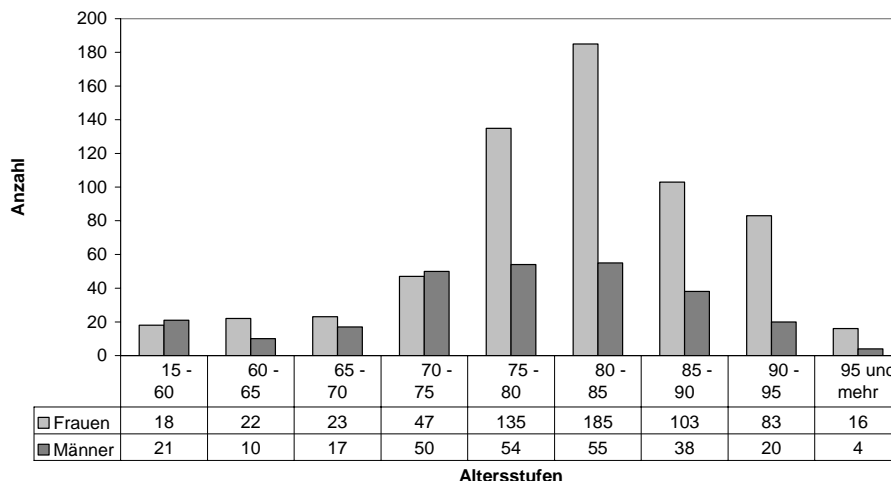
Am Stichtag (31.12.2003) wurden insgesamt 901 Pflegebedürftige betreut. Die Verteilung die jeweiligen Pflegestufen sowie nach Geschlecht und Altersgruppen zeigen die folgenden Diagramme:

³ Sozialamt der Stadt Bottrop, (2000), *Kommunaler Pflegebedarfplan der Stadt Bottrop - in der Fassung der 1. Fortschreibung*

Pflegestufen in den Altersgruppen



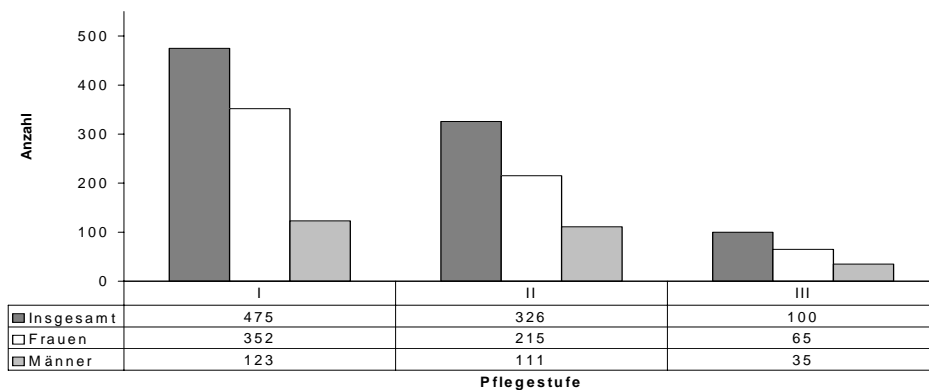
Pflegebedürftige, nach Alter und Geschlecht



Quelle: Umfrage zur Pflegeplanung, eigene Berechnungen, Stand 15.12.2005

Zwischen den einzelnen Pflegediensten gibt es erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der Pflegestufen der PatientInnen. Zwar sind im Allgemeinen die niedrigeren Pflegestufen häufiger anzutreffen, doch es gibt z. T. starke Abweichungen von der unten dargestellten durchschnittlichen Verteilung.

Pflegebedürftige in Pflegestufen (amb.)
(31.12.2003)



Rahmenbedingungen

Unterschiedliche Angebote der Pflegedienste

Die Angebote der Pflegedienste zeigen ein unterschiedliches Leistungsspektrum. Neben der originären Aufgabe, der pflegerischen Versorgung nach SGB V und SGB XI, bieten praktisch alle Pflegedienste Beratung und Vermittlung von anderen Diensten an. Das kann der Friseur sein oder auch Fußpflege, Hausnotrufsysteme oder andere Dienstleistungen. Bei der Umfrage, die im April 2006 bei den ambulanten Pflegediensten durchgeführt wurde, gaben (bis auf wenige Ausnahmen) fast alle an, hauswirtschaftliche Unterstützung anzubieten bzw. zu vermitteln. Von den Sozialstationen und auch den größeren Pflegediensten werden Pflegekurse, Praxisanleitung und Gesprächskreise für Angehörige angeboten. Dieser Anbieterkreis leistet, nach eigenen Angaben, auch Unterstützung bei Behördenengängen und Schriftverkehr, begleitet bei Arztbesuchen u. ä.

Ehrenamtliche überwiegend bei Sozialstationen eingesetzt

Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen gibt vor allem die Caritas mit ihren Sozialstationen an. Einsatzbereiche sind hier Krankenbesuche und Sterbebegleitung. Die Häusliche Krankenpflege Reckmann sagt aus, dass sie mit der Hospizgruppe zusammenarbeitet und Kontakte zu Selbsthilfegruppen vermittelt. Alle anderen Pflegedienste arbeiten, nach eigenen Angaben, nicht mit Ehrenamtlichen zusammen.

Die Sozialstationen (und der Pflegedienst vom KWA Urbana) sind im (Unter-) Arbeitskreis „Ambulante Dienste“ des Arbeitskreises Wohlfahrtspflege miteinander im Gespräch. Die privaten Pflegedienste haben sich in einem eigenen Arbeitskreis zusammengeschlossen. Die Zusammenarbeit gestaltet sich hier insgesamt äußerst schwierig, da das gegenseitige Konkurrenzverhältnis die Situation erschwert.

Anregungen zur Unterstützung Alleinlebender

In der Umfrage wurde auch danach gefragt, mit welchen Maßnahmen Alleinlebende unterstützt werden können, damit sie länger selbständig leben können. Folgende Punkte wurden mehr oder weniger umfassend von allen benannt:

- Verbesserung der Unterstützungsstruktur: mehr Betreuung, Besuche, ... durch beispielsweise Ehrenamtliche. Verbesserung der hauswirtschaftlichen Versorgung, optimale Vernetzung der komplementären Dienste, Ausbau niederschwelliger Angebote.
- Schaffung bzw. Ausbau von entlastenden Strukturen: mehr Angebote zur Kurzzeitpflege, finanzierbare Tagespflege, altengerechte Wohnungen im Nahbereich der bisherigen Wohnung, Unterstützung der Angehörigen (Beratung, Gesprächsgruppen. ..)
- Finanzielle Rahmenbedingungen verbessern: schnellere Bearbeitung der Anträge und damit die Absicherung der Leistungen, bessere Vergütung der hauswirtschaftlichen Versorgung, Anerkennung von Demenzerkrankungen, Erhöhung des Pflegegeldes.

Eine weitere Frage zielte auf die Situation der PatientInnen. Hier steht der Mangel an Sozialkontakten im Vordergrund (Einsamkeit, fehlende Kontakte zu gewachsener Nachbarschaft und Mangel an gemeinsamen Unternehmungen). Angst vor dem Verlust der Eigenständigkeit und Angst vor dem Umzug in ein Pflegeheim werden weiter genannt.

Die Akzeptanz der gesundheitlichen Veränderungen, wechselnde Pflegepersonen und der Mangel an Versorgungsmöglichkeiten im gewohnten Umfeld, bestimmen den Pflegealltag. Häufig wird auch die Bürokratie, die fehlende Refinanzierung der Leistungen, kurz gesagt die Finanzierung der Pflege insgesamt, als nicht ausreichend angesehen.

Als Probleme seitens der Pflegedienste werden

- die mangelnde Kooperation der Kassen, der Hausärzte und der Krankenhäuser (wird am häufigsten genannt),
- Zunahme dementer PatientInnen und Probleme der Einstufung in die „richtige“ Pflegestufe,
- die Bürokratie (z. B. immer aufwendigere Pflegedokumentation), die auf Kosten der Zeit für die Pflege geht,
- Auflagen des MDK,
- die Zahlungsmoral der Krankenkassen,
- die gesetzlichen Vorgaben, die für die Pflege zu knappe Zeitressourcen ansetzen,
- Wunsch der Pflegebedürftigen und der Angehörigen nach kostenloser Pflege (Ausdruck nicht kostendeckender Refinanzierung),
- zunehmende Schwarzarbeit im Pflegesektor

genannt.

5.4 Stationäre Pflege

5.4.1 Tagespflege

Die Tagespflege, als teilstationäre Einrichtung, hat die Funktion, soweit wie möglich zur Selbständigkeit beizutragen. Es sind Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige tagsüber betreut werden. Hier erleben sie Anregung und soziale Kontakte. In der Regel sind sie abends und an den Wochenenden in ihrer eigenen Wohnung.

Wichtig ist hier auch, dass die pflegenden Angehörigen entlastet werden (und dadurch möglicherweise auch die häusliche Pflege länger fortgesetzt werden kann). Sie ist als wichtige Ergänzung der familiären Unterstützungssysteme zu sehen.

In Bottrop gibt es zwei Einrichtungen, die die Angebote zur Tagespflege vorhalten. In privater Trägerschaft (Ganztagesstätte Zagrebski) werden 15 Plätze angeboten. Ein freigemeinnütziger Träger (PIAF) bietet 24 Plätze in der Tagespflege mit dem Schwerpunkt Demenzkranke und 12 Tagespflegeplätze für Schlaganfallpatienten an. Alle Einrichtungen sind nicht ausgelastet. Der Grund liegt zum einen darin, dass die Tagespflege als Form der pflegerischen Versorgung nicht so bekannt ist wie z. B. das Pflegeheim. Auf der anderen Seite ist der Bedarf an Tagespflege sehr viel höher als die Inanspruchnahme erwarten lässt. Diese Diskrepanz ist hauptsächlich auf die Finanzierungsstrukturen zurückzuführen. Die Häufigkeit des Besuchs steht oft in direkter Beziehung zum Leistungsrahmen der Sachleistungen der jeweiligen Pflegestufe.

*Probleme der
Pflegedienste*

*Tagespflege hat
Entlastungsfunktion*

Finanzierung ist ein Problem

Die betroffenen Familien versuchen, den Betrag, den die Pflegeversicherung übernimmt, nicht zu überschreiten. Tagespflege kommt im Regelfall nur dann in Frage, wenn sie die weiteren Pflege- und Betreuungsleistungen selbst tragen. Dies führt dazu, dass die Pflegebedürftigen die Tagespflegeeinrichtung nicht kontinuierlich besuchen, sondern oft nur 5 bis 7 Tage im Monat. Aber auch dies stellt schon eine erhebliche Entlastung der Angehörigen dar. Die Möglichkeit, Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz in Anspruch zu nehmen, ist zu wenig bekannt und stellt keine grundsätzliche Lösung dar. (Nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz können für Personen, die einen erhöhten allgemeinen Betreuungsbedarf haben, Leistungen bis zu 460 €/Jahr auch für Tagespflege in Anspruch genommen werden).

Hilfe für Demenzkranke und ihre Angehörigen

Die größte Zahl der Pflegebedürftigen, die eine Tagespflegeeinrichtung aufsuchen, ist dementiell erkrankt. Für sie ist eine strukturierte kontinuierliche Betreuung wichtig. *„Gerade alleinlebenden Menschen mit leichter Demenz gelingt mit Hilfe dieses regelmäßigen Angebotes die Bewältigung des Alltags“*⁴

Die Anzahl der angemeldeten Stammgäste kann die angegebene Platzzahl überschreiten. Die daraus resultierende häufige Veränderung in der Zusammensetzung der BesucherInnengruppe stellt eine besondere Schwierigkeit in der täglichen Arbeit dar. Es wird auch deutlich, dass die Breitenwirkung einer solchen Einrichtung weit über ihre Platzzahl hinausgeht und sie einen größeren Beitrag zur Betreuung und Pflege leistet.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung zur Pflegeplanung wurde als größtes Problem für die BesucherInnen gesehen, dass sie nicht so oft kommen können wie sie wollen. Als wichtigstes Anliegen sehen die MitarbeiterInnen die (nicht ausreichende) Fort- und Weiterbildung. Seitens der Träger steht die unsichere wirtschaftliche Situation im Vordergrund und sie wünschen sich (finanzielle) Unterstützung.

5.4.2 Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege kann pflegende Angehörige unterstützen

Die Kurzzeitpflege ist eine zeitlich befristete (in der Regel handelt es sich um eine Dauer von 4 Wochen) stationäre Betreuung Pflegebedürftiger (§ 42 SGB XI). Ebenfalls die Verhinderungspflege, die noch einmal bis zu 4 Wochen dauern kann, kann dazu gerechnet werden. Diese Formen der Pflege sind gedacht für

- die Entlastung pflegender Angehöriger (Urlaub oder Krankheit ...),
- Krisenintervention, wenn der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen sich akut verschlechtert,
- Krankenhausnachsorge zu Mobilisation und Rehabilitation,
- Abklärung, ob eine stationäre Versorgung auf Dauer notwendig ist,
- Überbrückung, bis ein Dauerpflegeplatz gefunden ist.

Die Einrichtungen der Kurzzeitpflege haben somit eine wichtige Funktion dabei, die familiären Unterstützungssysteme in Zwischen – und Abklärungsphasen zu unterstützen.

⁴ Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Landtag, 2005

Das Angebot in Bottrop umfasst 40 Kurzzeitpflegeplätze, davon sind 22 in 4 Pflegeheime in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände „eingestreut“. Diese eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze werden in der Regel eingesetzt, um Menschen aufzunehmen, die auf einen Pflegeplatz warten. Sollten diese Plätze nicht belegt sein, können sie auch bei einem kurzfristig höheren Bedarf an Pflegeplätzen in der Dauerpflege genutzt werden. Die solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung (in Verbindung mit Tagespflege) weist, abhängig von Jahreszeit und Urlaubszeit, unterschiedliche Nachfrage auf. Sie verändert sich von etwa 50% Auslastung in nachfrageärmeren Zeiten auf 100% zur Urlaubszeit. Es gibt zu diesen Zeiten darüber hinaus auch Anfragen, die nicht berücksichtigt werden können.

*Ungleichmäßige
Auslastung*

5.4.3 Stationäre Dauerpflege

In den stationären Pflegeeinrichtungen (Altenpflegeheime) leben die BewohnerInnen nicht nur vorübergehend. Hier werden sie umfassend versorgt. Sichergestellt wird der hauswirtschaftliche Hilfebedarf, sowie die pflegerische Versorgung und therapeutische, wie psychosoziale Angebote. Alle Einrichtungen in Bottrop verbinden das Altenpflegeheim mit dem Altenheim, in dem Menschen wohnen, die nicht pflegebedürftig, aber auch nicht in der Lage sind, einen eigenen Haushalt zu führen. In der Praxis sieht es allerdings so aus, dass praktisch alle BewohnerInnen mit Einführung der Pflegeversicherung in eine Pflegestufe eingestuft wurden. Nur in Einzelfällen war diese nicht möglich. Neu aufzunehmende alte Menschen befinden sich in einer der Pflegestufen. Menschen, die ihren Haushalt nicht mehr führen können, aber nicht pflegebedürftig sind, sollen durch die ambulanten Dienste soweit unterstützt werden, dass sie selbständig in ihrer Wohnung leben können.

*Praktisch alle
BewohnerInnen
haben eine Pflege-
stufe*

Die 10 Einrichtungen in Bottrop haben eine Kapazität von 1041 Pflegeplätzen. Davon sind 22 Plätze zur Zeit nicht belegt. Aktuell befindet sich wegen Renovierung/Sanierung eine Außenstelle des Marthaheims aus der Nachbarstadt Gladbeck mit 37 Pflegebedürftigen im Bottroper Stadtgebiet.

Da dies nur ein vorübergehender Zustand ist und keine weiteren Beziehungen nach und in Bottrop bestehen, wird diese Einrichtung in den folgenden Ausführungen und Überlegungen nicht berücksichtigt werden.

Nachfolgend die Verteilung der Pflegeeinrichtungen und Anzahl der Pflegeplätze auf die statistischen Bezirke. Sie werden in Beziehung gesetzt mit dem Anteil (der Anzahl) der über 80jährigen, die als ein Indikator für den Bedarf angesehen werden können.

Stat. Bezirke	über 80 jährige		Pflegeplätze		Name der Einrichtung
	Anzahl	%	Anzahl	%*	
11 (Altstadt)	322	6,2	51	15,8	Haus am Ehrenpark
12 (Nord-Ost)	356	3,8			
13 (Süd-West)	811	7,3	82 120	24,9	Käthe BrausHeim, Neustr. Urbana
21 (Fuhlenbrock-Heide)	203	4,2	60	29,6	Christophorus Haus
22 (Fuhlenbrock-West)	544	5,6	178 62	44,1	St. Teresa AWO Herderstr.
31 (Stadtwald)	165	4,4			
32 (Eigen)	729	5,5	145 238	52,7	St. Hedwig AWO Bügelstr.
41 Batenbrock-Nord)	366	3,7			
42 (Batenbrock-Süd)	317	3			
51 (Boy)	300	3,4			
52 (Welheim)	146	3,1	78	54,8	Dringenberg Haus
61 (Ebel/Welheimer Mark)	87	3,4			
62 (Süd)	160	2,8			
71 (Kirchhellen-Mitte)	311	3,1	24 96	38,6	Lorenz-Wertmann Haus Einrichtung im Bau (Fertig Ende 2006)
72 (Grafenwald)	144	2,3			
73 (Kirchhellen- Nord-West)	41	2,5			
74 (Kirchhellen-Nord-Ost)	71	3,3			
Gesamt	5073	4,2	1134	22,4	

/* bezogen auf Anzahl über 80jährige im Bezirk

(In dieser Übersicht ist das in Bau befindliche Altenheim, das der Caritas-Verband errichtet, schon enthalten. Während bei den Altenwohnungen das KWA Stift Urbana eine Sonderrolle spielt (an eine ökonomisch besonders gut gestellte Zielgruppe gerichtet), entsprechen die Rahmenbedingungen im Pflegebereich dieses Hauses denen der anderen Bottroper Einrichtungen.)

Die Ausstattung der einzelnen Heime ist unterschiedlich, was sich nicht zuletzt auch in der Größe der Zimmer der BewohnerInnen widerspiegelt. Im Jahre 2018 endet die Übergangsregelung (Landespflegegesetz) und 80% der Pflegebedürftigen müssen in Einzelzimmern wohnen, wenn weiter Pflegewohnungsgeld beansprucht werden soll. Umgesetzt auf die heutige Situation der Altenheime wäre die Zahl der Plätze insgesamt um 293 geringer.

Die bauliche Situation der Heime stellt sich, nach Auskunft der Heimaufsicht, sehr unterschiedlich dar. Im Rahmen verschiedener Umbau-, Neubau- und Modernisierungsmaßnahmen sowohl im Altenhilfebereich, als auch im Behindertenbereich, wurde die Mehrzahl der Heime an die geänderten Bewohnerstrukturen und heute gültigen „Wohnstandards“ angepasst. Für einige Einrichtungen besteht allerdings dringender Sanierungs- bzw. Modernisierungsbedarf, nachdem sie den baulichen Mindestanforderungen teilweise nicht mehr genügen. Im Behindertenbereich wurde entsprechend neuerer Wohnkonzepte eine Dezentralisierung in kleinere Außenwohngruppen umgesetzt. Die Wohnqualität ist hier zum Teil als hervorragend zu bezeichnen.

Ausstattung und bauliche Situation der einzelnen Heime unterscheiden sich

5.4.3.1 Import/Export-Saldo

179 der Pflegebedürftigen in den Bottroper Heimen haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht in Bottrop, sind also als auswärtige Belegung anzusehen. Der größte Teil stammt aus den umliegenden Orten, aber vereinzelt kommen die Pflegebedürftigen aus weiter entfernten Gegenden.

Dem steht die Anzahl der Pflegebedürftigen gegenüber, die aus Bottrop kommen und in auswärtigen Pflegeheimen untergebracht sind. Bekannt ist nur die Zahl dieser Personen, die Leistungen, wie Hilfe zur Pflege bzw. Pflegewohngeld beziehen. Dies sind aktuell (31.12.2005) 180 Personen über 60 Jahre.

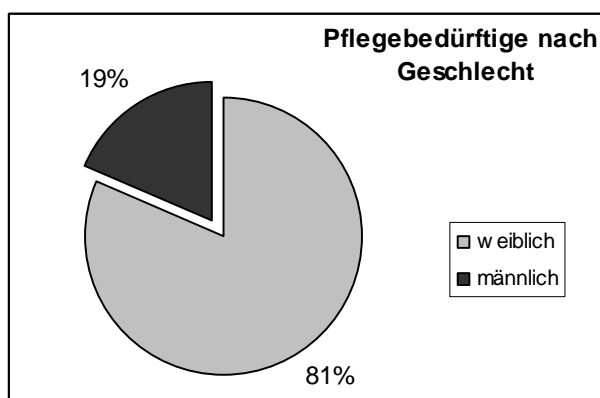
Auch wenn die Zahl der in auswärtigen Heimen gepflegten BottroperInnen nicht genau ermittelt werden kann (Pflegebedürftige, die SelbstzahlerInnen sind, können nicht erfasst werden), kann (bei Annahme eines gleichen Verhältnisses von SelbstzahlerInnen zu LeistungsempfängerInnen) hochgerechnet werden, dass ein Überhang von etwa 147 BottroperInnen in auswärtigen Heimen auszumachen ist (326 zu 179). Bezogen auf vergleichbare Einrichtungen in Bottrop gibt es einen Überhang zu Gunsten der auswärtig untergebrachten PatientInnen.

Nach Auskunft der Fachabteilung des Sozialamtes befindet sich ein Kreis von ca. 70 BottroperInnen in Pflegeeinrichtungen, die Pflegeleistungen spezieller Art anbieten, die es in Bottrop so nicht gibt. Im Wesentlichen geht es um Pflegebedürftige, die jünger als 60 Jahre sind. Als Beispiel kann hier das Sozialwerk St. Georg in Dorsten genannt werden, das sich auf die Therapie und Betreuung von autistischen Menschen spezialisiert hat. Aber auch Menschen mit psychischen/gerontopsychiatrischen Veränderungen sind in Einrichtungen außerhalb Bottrops untergebracht.

Mehr BottroperInnen in Heimen außerhalb

5.4.3.2 BewohnerInnenstruktur

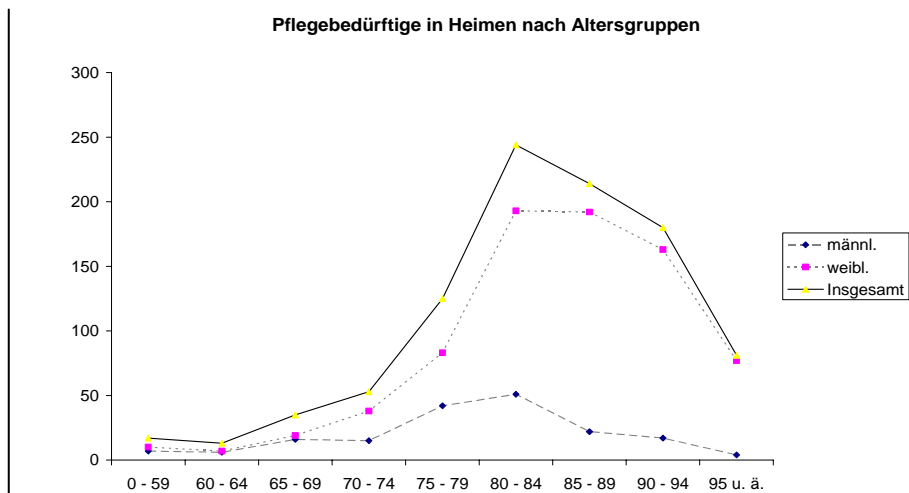
Am 15.12.2005 (der Stichtag für die Erhebung der Pflegestatistik wurde für die Befragung der Einrichtungen gewählt) befanden sich 1109 Pflegebedürftige in stationärer Pflege in den Bottroper Einrichtungen. Davon befanden sich 1013 in stationärer Dauerpflege.



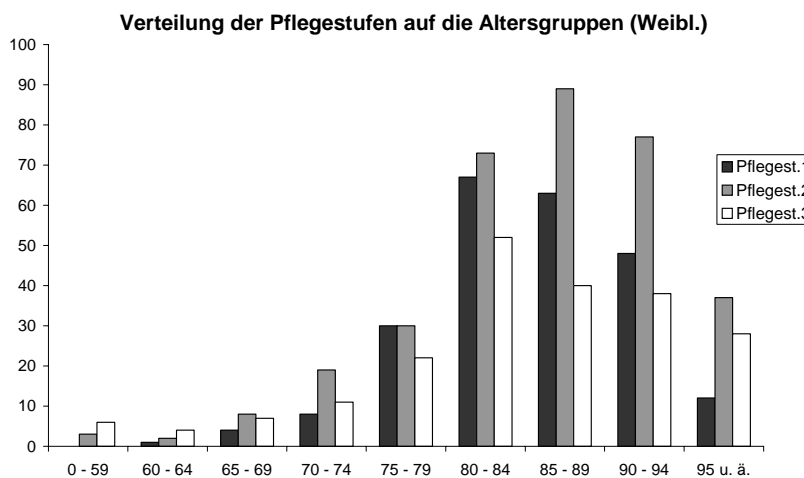
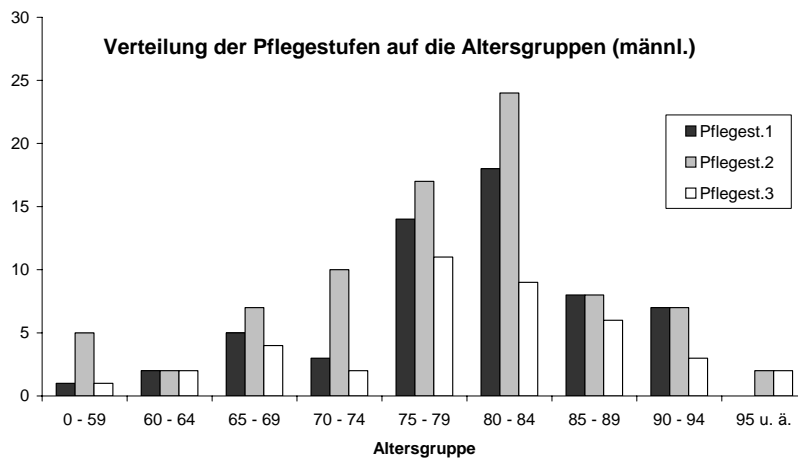
Mehr als 80% der Pflegebedürftigen in den Bottroper Heimen sind weiblich. Allerdings ist in den verschiedenen Heimen eine Schwankungsbreite von 39% männliche Bewohner (Lorenz-Werthmann Haus) bis zu 13 % Männeranteil (St. Hedwig) anzutreffen.

Pflegebedürftige sind überwiegend weiblich

In dem folgenden Diagramm ist der Anteil der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Altersgruppen in Beziehung zum Geschlecht der BewohnerInnen dargestellt.



Quelle: Umfrage zur Pflegeplanung, eigene Berechnungen, Stand: 15.12.2005



*Frauen werden
später und
schwerer pfl-
gebedürftig*

Bei Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Pflegestufe, Altersgruppe und Geschlecht fällt neben dem deutlichen Übergewicht an pflegebedürftigen Frauen auf, dass sich die Verteilung der Pflegestufen auf die Altersgruppen bei Männern und Frauen unterschiedlich gestaltet. Frauen werden später und dann schwerer pflegebedürftig als Männer.

Die einzelnen Altenheime unterscheiden sich auch in der Zusammensetzung der BewohnerInnen. In den meisten Heimen ist die Pflegestufe 2 am häufigsten anzutreffen, gefolgt von der Pflegestufe 1. Abweichend sind die meisten BewohnerInnen im Hans Dringenberg-Haus in der Pflegestufe 1 und nur wenige in der Pflegestufe 3. Vermutlich liegt der Grund darin, dass dieses Heim erst im Herbst 2005 eröffnet wurde.

Überhaupt zeigt der Vergleich der Heime, dass die Anzahl der BewohnerInnen in der Regel mit einer hohen Pflegestufe zunimmt, je länger das Heim besteht. Eine Ausnahme macht hier das Lorenz-Werthmann-Haus, das allerdings im Raum Kirchhellen/Grafenwald die einzige stationäre Pflegeeinrichtung ist. Dieses Haus und das St. Teresa-Altenheim weisen den größten Anteil von BewohnerInnen in der Pflegestufe 3 auf. Die Zusammensetzung der BewohnerInnen nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit hat großen Einfluss darauf, wie sich das Leben im Heim gestaltet. Es liegt auf der Hand, dass beispielsweise der Spielraum für (eigene) Aktivitäten der BewohnerInnen in einer niedrigen Pflegestufe größer ist, als in einer Einrichtung, in der die Mehrzahl der BewohnerInnen ans Bett bzw. Zimmer gefesselt ist.

In der Umfrage zur Erstellung der Pflegeplanung wurde auch nach den Problemen für die BewohnerInnen gefragt. Überwiegend wird hier die mangelnde Zeit für die Betreuung genannt und auf den hohen Zeitbedarf für Bürokratie-Dokumentation hingewiesen, der für die Betreuung fehlt. Viele BewohnerInnen erleben den Übergang in das Heim als sehr schwierig. Aufgabe der häuslichen Umgebung, Verlust der Alltagskompetenz, des sozialen Umfelds und der Kontakte nach außen auf der einen Seite und die Integration in die neue Umgebung auf der anderen, kennzeichnen die Probleme dieser Situation. Von einigen Einrichtungen wird mangelnde Berücksichtigung gerontopsychiatrischer Veränderungen durch den MDK genannt. Das Ergebnis sei eine falsche Einstufung der BewohnerInnen.

5.4.3.3 Interessenvertretung der BewohnerInnen

Die BewohnerInnen haben nach § 10 des Heimgesetzes das Recht, durch einen Heimbeirat „in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung“ mitzuwirken. Dies bezieht sich auch auf Fragen der Vergütung und Sicherung der Qualität. Falls Bedarf besteht, können fach- und sachkundige Personen hinzugezogen werden. Wenn kein Heimbeirat gebildet werden kann, werden seine Aufgaben durch einen Heimfürsprecher wahrgenommen. Die für die Durchführung des Gesetzes zuständigen Behörden sind für die Unterstützung des Heimbeirates und der Unterrichtung der BewohnerInnen zuständig.

Auch die Heimbeiräte bzw. Heimfürsprecher wurden befragt. Die Hälfte (6 von 12 Befragten) hat den Fragebogen beantwortet. Eine Befragte teilte in diesem Zusammenhang ihren Rücktritt mit: sie werde in ihrer Funktion als Heimfürsprecherin nicht einbezogen und erhalte auch keinerlei Informationen. Im Weiteren wurden als häufigste Probleme der Speiseplan, die Personalsituation und Probleme mit verschwundener Wäsche und der Technik, angegeben. Weiter fungieren die Heimbeiräte als

Heime unterscheiden sich auch in der Zusammensetzung der Pflegestufen

Bürokratie kostet die Zeit, die für die Betreuung gebraucht wird

Heimbeiräte haben guten Kontakt zur Heimleitung

Sie brauchen Austausch und Information

AnsprechpartnerInnen für alle anstehenden Fragen und wirken bei der Freizeitgestaltung und bei Gratulationen mit.

Als erfolgreich werden die Lösung der Probleme rund um das Essen und die guten Kontakte zu Heim- und Pflegedienstleitung bewertet. Als bisher meist nicht lösbar wurde der häufige Personalwechsel, der den Aufbau vertrauter Beziehungen erschwert und auch Konflikte unter den BewohnerInnen, eingeschätzt. Unterstützung wurde in erster Linie von der Heim- und Pflegedienstleitung, sowie den sozialen Diensten gegeben und als positiv und ausreichend angesehen. Für wünschenswert wurde der Kontakt zu anderen Heimbeiräten gehalten. In Einzelfällen wurde versucht (ohne viel Erfolg) solche Kontakte herzustellen. Themen könnten hier sein: Erfahrungsaustausch, Informationen über Gesetze und Verordnungen, Heimverträge und gemeinsame Veranstaltungen. Auf die Frage nach den größten Problemen der Einrichtung, sowie nach Veränderungswünschen, wird einhellig die enge Personalsituation (insbesondere im Freizeitbereich; hier wird teilweise auch der Mangel an geeigneten Räumlichkeiten beklagt), der hohe bürokratische Aufwand in der Pflege, finanzielle Probleme bezüglich Zuzahlungen und GEZ und auch technische Probleme angegeben. Insgesamt wird bemängelt, dass nicht genug Zeit vorhanden sei, um miteinander zu reden.

5.4.3.4 Personalstruktur

Auch die Pflegekräfte sind überwiegend weiblich

Die Auswertung der Daten der Pflegestatistik des LDS (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik) vom 15.12.2003, ergibt das folgende Bild: Von den 916 Personen, die in den Bottroper Pflegeheimen in der Pflege beschäftigt sind, sind 90,5 % (829) weiblich und 9,5% (87) männlich.

Fachkraftquote erfüllt

Der größte Teil der MitarbeiterInnen (46%) ist als Fachkraft im Bereich Pflege bzw. Hauswirtschaft im Sinne der Heimpersonalverordnung zu sehen. Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Fachkräfte in größerem Umfang zu 75 – 100% in der Pflege und Betreuung eingesetzt sind (siehe Tabelle in der Anlage), kann die Fachkraftquote von 50%, die die Heimpersonalverordnung vorschreibt, im Durchschnitt (2003) als erfüllt angesehen werden. Rückfragen bei der Heimaufsicht der Stadt Bottrop bestätigen dies im Grundsatz. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass bei der Gestaltung der Dienstpläne diese Quote nicht immer erreicht wird.

MitarbeiterInnen bemängeln Bürokratie und zu wenig Fortbildung

Bei der Frage nach den Problemen für die MitarbeiterInnen wird in erster Linie von allen Einrichtungen die erhebliche Zunahme der „Bürokratie“ genannt. 27% der Zeit müssten für Dokumentationstätigkeiten eingesetzt werden, wird von einer Einrichtung angegeben. Dadurch und durch den (unzureichenden) Personalschlüssel entsteht ein enormer Zeitdruck, der zu deutlichem Zeitmangel bei der Betreuung der BewohnerInnen führt. Die PflegemitarbeiterInnen leiden unter physischer und psychischer Überforderung. Ein zweiter Punkt ist die mangelnde bzw. unzureichende Fort- und Weiterbildung, die insbesondere bei den privaten Trägern genannt wird. Hier wird ein Zusammenhang zu dem Zeit- und Kostendruck gesehen.

Nicht ganz unproblematisch ist der Einsatz sog. 1,50 € - Kräfte. Im Rahmen des Angebotes von Arbeitsgelegenheiten für Erwerbslose werden sie für vielfältige Aufgaben eingesetzt. Sie ergänzen das Betreuungsangebot im niederschweligen Bereich: Vorlesen, Spielen, Begleitung etc. und sind in diesen Bereichen eine Ergänzung ehrenamtlicher Tätigkeit. Vor dem

Hintergrund der nicht immer leichten Gewinnung und längerfristigen Bindung von Ehrenamtlichen ist hier auch eine kritische Sichtweise angebracht.

Zur Frage der Einbeziehung von Angehörigen in den Heimalltag geben alle Heime an, dass sie die Arbeit mit den Angehörigen für sehr wichtig halten. Sie werden als Bindeglied zur Welt „draußen“ gesehen. Konkret heißt das, dass die Angehörigen an Festen und Veranstaltungen teilnehmen. In einigen Einrichtungen werden sie in die Biografiearbeit eingebunden. Regelmäßige Treffen und Befragungen, sowie Informationsveranstaltungen (Themen z. B.: Demenz, Betreuung, Tod,) werden von mehreren Häusern angeboten. Auch die Gewinnung für die Interessenvertretung im Heimbeirat wird in diesem Zusammenhang genannt.

Eine ganz besondere Rolle spielen in allen Altenheimen die sog. Ehrenamtlichen. Mindestens 60 Ehrenamtliche (drei Einrichtungen gaben keine Zahlen an) besuchen die BewohnerInnen der Einrichtungen, lesen vor, spielen, begleiten bei Spaziergängen etc. Besonders entwickelt ist diese freiwillige Arbeit in St.Teresa und St. Hedwig. Hier ist nicht nur die Zahl der freiwilligen Mitarbeiter am größten (zusammen 51), sondern auch die Einsatzgebiete sind differenziert; von Zeitung vorlesen über Mitarbeit am Empfang bis hin zur speziellen Betreuung von demenzerkrankten HeimbewohnerInnen. Einige Einrichtungen haben Konzeptionen für die ehrenamtliche Arbeit entwickelt, die (verbandsinterne) Schulungen und Qualifizierungen enthalten. Den Ehrenamtlichen wird neben der Teilnahme an den Festen des Hauses Anerkennung in Form von eigenen Bunten Nachmittagen, Blumen zum Geburtstag, etc. ausgedrückt. Eine Einrichtung (Christophorus-Haus) gibt an, dass sie das Fahrgeld erstattet.

Angehörige sind Bindeglied zur „Welt draussen“

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen spielen eine besondere Rolle

6. Pflege - Zukünftige Entwicklung

6.1 Methodische Anmerkungen

Ausgangspunkt für die Einschätzung des Ausmaßes der künftigen Pflegebedürftigkeit ist ein Status-Quo-Modell. Der heutige Bestand an Pflegebedürftigen wird in die Zukunft fortgeschrieben, wobei alters- und geschlechtsspezifische Quoten in Zusammenhang zu den Daten der Bevölkerungsvorausberechnung gesetzt werden. Grundlage für die Ermittlung der Quoten sind die Daten, die in der Pflegestatistik erhoben werden.

Eine andere Berechnungsmethode geht auf den 2. Landesaltenplan des Landes NRW zurück. Hier wird als Bedarfswert für die stationäre Dauerpflege eine Orientierungsgröße von 21 – 24% der über 80jährigen empfohlen. Dieser Ansatz berücksichtigt die bisherige Inanspruchnahme der Pflegeeinrichtungen bzw. –angebote und die lokalen Infrastrukturbedingungen nicht, sondern geht von allgemeinen Erfahrungswerten und der demografischen Entwicklung aus.

Diese beiden Vorgehensweisen setzen voraus, dass die Struktur der Pflegebedürftigkeit sich nicht wesentlich verändert. Es gibt aber eine Reihe von Faktoren, die sich auf den Umfang der (erfassten) Pflegebedürftigkeit bzw. der Pflegeformen auswirken:

- In der Pflegestatistik sind nur diejenigen Personen aufgeführt, deren Antrag bei der gesetzlichen oder privaten Versicherung zu einer Einstufung in eine der drei Pflegestufen geführt hat. Personen, deren Anträge abgelehnt bzw. die erst gar keinen Antrag gestellt haben¹, werden nicht berücksichtigt. Hier sind insbesondere Menschen mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z. B. Demenzkranke) betroffen².
- Änderung der gesetzlichen Bestimmungen in Richtung einer Verschärfung oder Ausweitung der Kriterien für die Einstufung in eine der Pflegestufen.
- Die Entwicklung in den umliegenden Städten kann nur sehr bedingt einbezogen werden. Die Pflegestatistik geht für den stationären Bereich nicht von dem Herkunftsort der Pflegebedürftigen aus und so kann der sog. Pflorgetourismus Einfluss auf den Bedarf haben.
- Die Alterung der Gesellschaft hat neben dem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auch zur Folge, dass die Anzahl der Pflegepersonen insgesamt abnimmt. Verbunden mit dem wachsenden Trend zur Berufstätigkeit von Frauen (die die Hauptpflegepersonen sind) und der daraus resultierenden Mobilitätsanforderung, werden hier in der Zukunft erhebliche Probleme gesehen.

¹ Das DIW (Schulz et al. 2001) berichtet: ca. 15% der Pflegehaushalte landesweit haben angegeben, dass ihr Antrag auf Pflegegeld abgelehnt wurde, 10% haben keinen gestellt. Im stationären Bereich sind etwa 12% nicht in eine Pflegestufe eingestuft.

² Nach Ansicht der Expertenkommission „Enquetekommission Demographischer Wandel“ ist diese Frage nicht zufriedenstellend geklärt.

Vorausschätzung basiert auf zwei Methoden.

Berücksichtigt wird nur die demografische Entwicklung.

Andere, wichtige Faktoren müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden

- Das Vorhandensein von quartiersnahen Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen, verbunden mit tragfähigen sozialen Netzwerken, wird zunehmend über den Umfang und die Form der pflegerischen Versorgung und damit den Bedarf entscheiden.

Diese und andere Faktoren sind in der Vorausschätzung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt. Hier kann nur der Einfluss der demografischen Entwicklung eingeschätzt werden. Ziel ist es, Orientierungswerte zu entwickeln, bei deren Interpretation die anderen Einflussgrößen berücksichtigt werden müssen.

6.2 Geschlechtsspezifische Aspekte

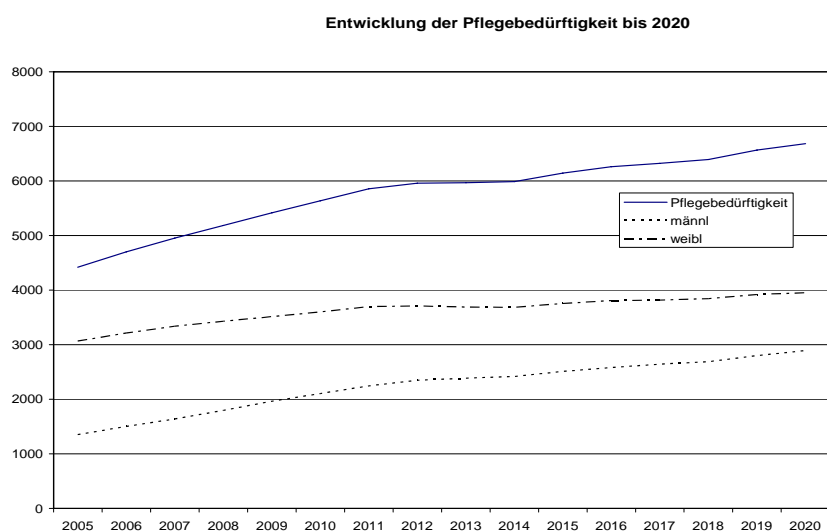
Die Verteilung der Geschlechter ist bei den Pflegebedürftigen sehr ungleich. Im Wesentlichen bedingt durch die höhere Lebenserwartung (aber auch mitverursacht durch die demografischen Auswirkungen des 2. Weltkrieges) wächst mit zunehmendem Alter der Anteil der Frauen. Im Alter von 80 Jahren sind schon über 80% der Bevölkerung weiblich.

- Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen nimmt bei ihnen die Pflegebedürftigkeit in den höheren Pflegestufen im fortgeschrittenen Alter zu.
- Auf der anderen Seite ist jeder vierte pflegebedürftige Mann jünger als 60. Bei den Frauen sind es gerade 13%.
- Mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen (50.3%) ist 80 Jahre und älter, wogegen nur jeder vierte Mann über 80 Jahre pflegebedürftig ist.
- Der prozentuale Anteil der Frauen in stationärer Pflege ist höher als der der Männer. Bei den männlichen Pflegebedürftigen dagegen ist die Anzahl derjenigen, die zuhause ohne professionelle Unterstützung gepflegt werden (Pflegegeldempfänger), größer als bei den weiblichen Pflegebedürftigen. Die Erklärung dürfte darin liegen, dass häufig die Ehefrauen die Pflege übernehmen. Wenn sie selbst pflegebedürftig werden, sind sie oft schon verwitwet und deshalb auf professionelle Hilfe im Heim angewiesen.

Es gibt unterschiedliche Entwicklungen bei Männern und Frauen

6.3 Entwicklung des Pflegebedarfes

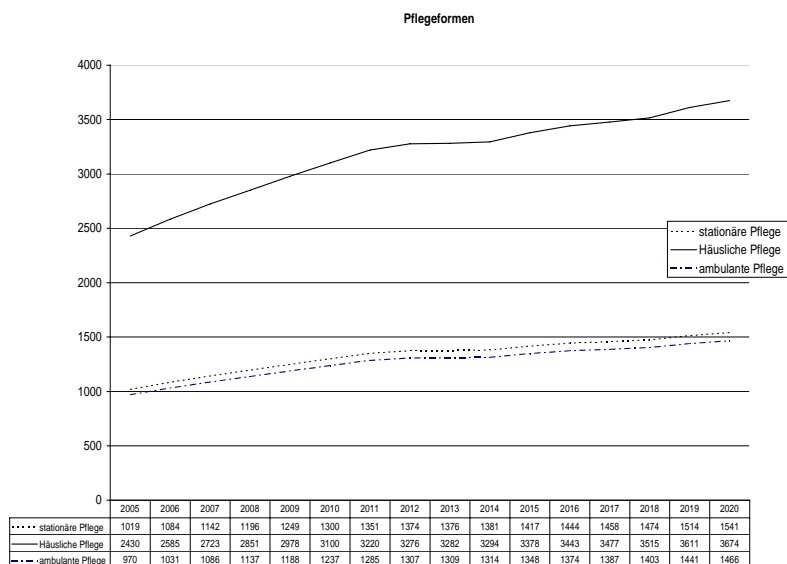
Ausgehend von der Zahl der Pflegebedürftigen, die sich aus der Pflegestatistik vom 15.12.2003 für die Jahre 2005 bis 2020 vorausschätzen lässt, ergibt sich das folgende Bild:



Der Pflegebedarf wird wachsen

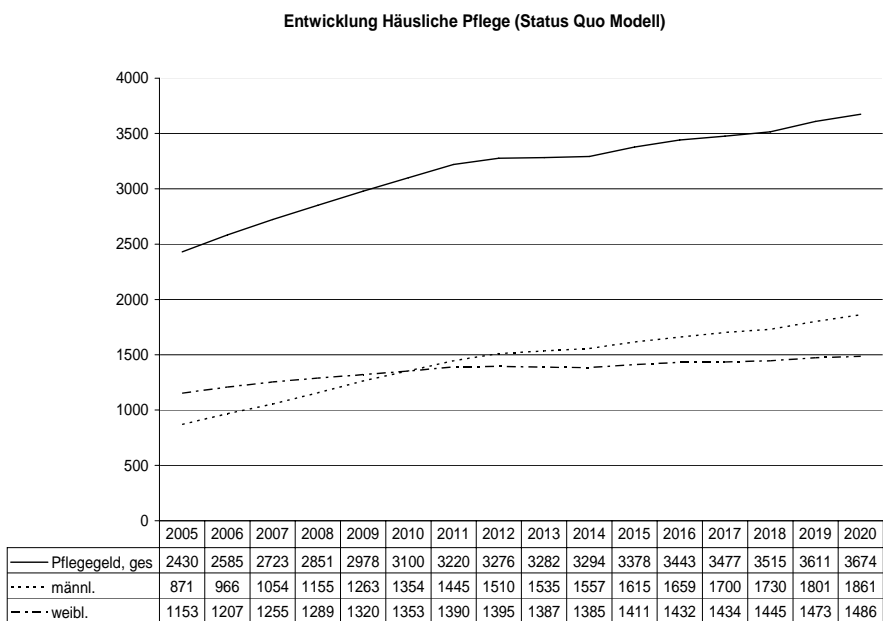
Die Anzahl der Pflegebedürftigen wächst um mehr als 50% an. Der Anstieg ist bei Männern höher (114%) als bei den Frauen (30%). Bei Fortschreibung der bisherigen Inanspruchnahme der verschiedenen Pflegeformen wird auch in Zukunft mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt werden. Etwa knapp ein Viertel wird von professionellen Diensten ambulant gepflegt werden und praktisch der gleiche Teil in der stationären Dauerpflege sein. Der Anteil der häuslichen Pflege wird schätzungsweise etwas stärker anwachsen und damit die stärkere Zunahme der Zahl der männlichen Pflegebedürftigen widerspiegeln.

Die häusliche Pflege wird um die Hälfte zunehmen



6.4 Häusliche Pflege

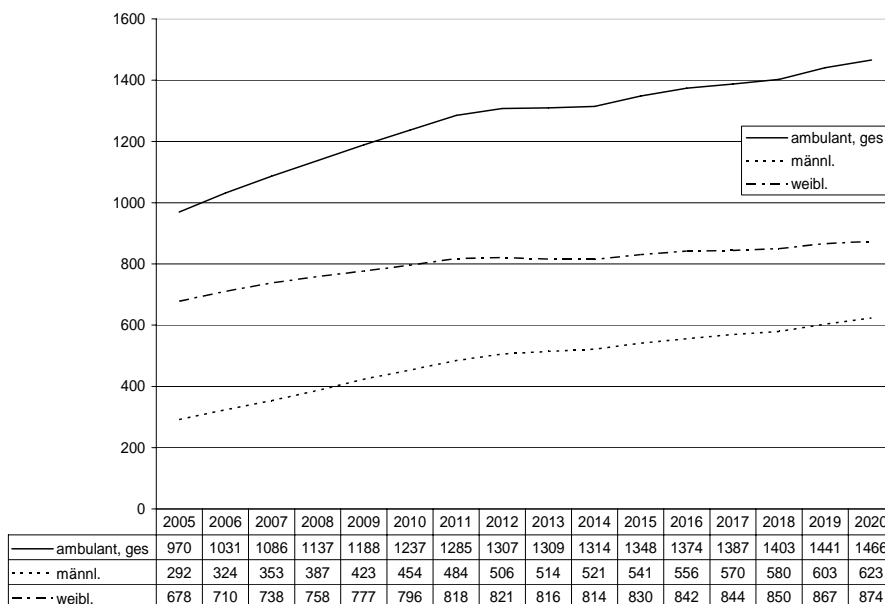
Die häusliche Pflege wird um etwa 50% zunehmen. Der Anstieg wird im Wesentlichen von den männlichen Pflegebedürftigen bestimmt: von 871 Personen im Jahre 2005 auf 1861 Personen in 2020.



6.5 Ambulante Pflege

Die häusliche Pflege wird durch die Leistungen der ambulanten Pflege ergänzt. Auch hier ist in der Zukunft mit einem wachsenden Bedarf zu

Entwicklung ambulante Pflege



Quelle: Prognose LDS, eigene Berechnungen

rechnen. (Grundlage der Schätzung ist das Status Quo Modell). Von heute 970 geht die Vorausschätzung von 1466 Pflegebedürftigen im Jahre 2020 in der ambulanten Pflege aus. Der Anstieg wird auch hier überproportional von den Männern bestimmt.

6.6 Kurzzeitpflege/ Tagespflege

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kurzzeitpflege (Plätze)	45	54	54	57	59	62	64	65
Tagespflege (Plätze)	21	25	25	27	28	29	30	30
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kurzzeitpflege (Plätze)	65	66	67	69	69	70	72	73
Tagespflege (Plätze)	31	31	31	32	32	33	34	34

Insgesamt ist angesichts der demografischen Entwicklung mit einer Zunahme des Bedarfs an den Einrichtungen der Tagespflege zu rechnen. Allein um den bisherigen Versorgungsgrad aufrechtzuerhalten ergibt sich rein rechnerisch - bei unveränderten Rahmenbedingungen und Inanspruchnahme - die oben dargestellte Platzentwicklung. (Auch hier kommt des Status Quo Modell zur Anwendung).

Für die Kurzzeitpflege stellt sich die Entwicklung ähnlich dar. Die oben dargestellte Vorausschätzung des Bedarfes geht ausschließlich von der Anpassung an die demografische Entwicklung aus.

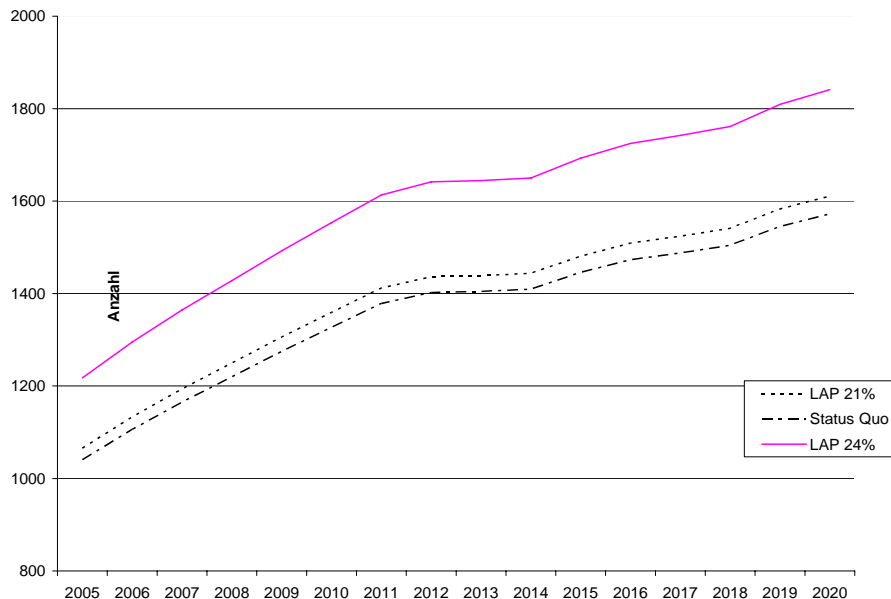
Der gestiegene Bedarf in der ambulanten Pflege wird vor allem von Männern bestimmt werden

Tages- und Kurzzeitpflege werden in der Entlastung der Pflegenden Angehörigen wichtiger

Bei einer Verbesserung der Information und insbesondere der Finanzierungsmöglichkeiten dürfte von einer deutlich höheren Inanspruchnahme auszugehen sein. Dies wird insbesondere der Fall sein, wenn bei Vorrang der ambulanten Pflege die Entlastungsfunktion der pflegenden Angehörigen durch diese Pflegemöglichkeiten gefördert werden soll.

6.8 Stationäre Pflege

Vorausschätzung des Bedarfes in der Stationäre Pflege
Darstellung Modell LAP (2. Landesaltenplan) und Status Quo



Die Vorausschätzung ergibt einen Korridor zur Orientierung

Die Vorausschätzung des Bedarfes an Plätzen in der stationären Dauerpflege bis zum Jahre 2020 kann nur als Orientierungsgröße verstanden werden (siehe Methodische Anmerkungen).

LAP 21 bzw. 24: Die Rechnung wurde nach den Empfehlungen des 2.Landesaltenplanes durchgeführt. Es ist von 21% bzw. 24% der über 80jährigen in der stationären Dauerpflege auszugehen. (LAP 21 bzw. 24).

Status Quo: Hier wurde die Quote von der Anzahl der 2005 vorhandenen Pflegeplätze und dem Bevölkerungsanteil der 80jährigen und älteren des gleichen Jahres gebildet. (Für das Jahr 2003 wurde zur Kontrolle die gleiche Rechnung durchgeführt. In den beiden Jahren ist die Quote von 20.089 in 2003 auf 20,5 in 2005 angestiegen. Es wurde dann mit der Quote von 2005 gearbeitet.).

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
LAP 21%	1065	1133	1194	1250	1306	1359	1412	1436
LAP 24%	1218	1295	1364	1428	1492	1553	1614	1642
Status Quo	1040	1106	1165	1220	1275	1327	1378	1402
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
LAP 21%	1439	1444	1481	1509	1524	1541	1583	1611
LAP 24%	1644	1650	1693	1725	1742	1761	1809	1841
Status Quo	1404	1410	1446	1473	1488	1504	1545	1573

Als Ergebnis liegt jetzt für jedes der Jahre im Prognosezeitraum ein Korridor vor, dessen untere Grenze von den Werten der Status-Quo-Methode gebildet wird. Die Ergebnisse der 21%-Empfehlung des 2. Landesaltenplanes liegen dicht daneben, gehen aber von einem leicht erhöhten Bedarf aus. Die oberen Werte (24% der 80jährigen) dürften als Obergrenze des Korridors angesehen werden.

Für die Einschätzung des Bedarfes müssen die 293 Pflegeplätze, die durch die Umgestaltung einiger Altenheime auf die 80% Einzelzimmer bis 2018 wegfallen (siehe Bestandsaufnahme, S. 20), berücksichtigt werden.

Bei gleich bleibender Inanspruchnahme werden bis 2020 ca. 800 bis 1000 neue Heimplätze gebraucht

7. Komplementäre Dienste

Als komplementäre Dienste können alle Dienstleistungen und Unterstützungsmaßnahmen bezeichnet werden, die zur Ergänzung der Pflege notwendig sind, um auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung bleiben zu können. Darunter sind hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste, Hausnotrufdienste, etc. zu verstehen. Aber auch Begleit- und Besuchsdienste oder andere Unterstützungen aus dem ehrenamtlichen Bereich, die der Aufrechterhaltung der Selbständigkeit dienen, sind zum komplementären Bereich im weiteren Sinne zu rechnen.

Komplementäre Dienste ermöglichen das Alt-Werden zu Hause

Der Komplex der komplementären Dienste ist ein zentraler Baustein bei der Umsetzung des Prinzips „Ambulant vor stationär“ oder anders: der Förderung des Altwerdens im Wohnquartier.

Hauswirtschaftliche Dienste, Essen auf Rädern

Hauswirtschaftliche Verrichtungen werden von allen Sozialstationen und von fast allen Pflegediensten angeboten (bzw. entsprechende Anbieter vermittelt). Liegt eine Einstufung nach dem SGB XI (Pflegestufe) vor, so ist eine Grundversorgung dafür bereits im Pflegegeld enthalten. Sollte keine Pflegestufe vorliegen bzw. der Basisbetrag nicht ausreichen, können bei Bedürftigkeit nach Überprüfung durch das Gesundheitsamt Leistungen nach dem SGB XII beantragt werden.

Ähnlich stellt sich die Situation bei der Versorgung mit Mahlzeiten dar. Es gibt in Bottrop insgesamt fünf Anbieter von Essen auf Rädern, davon sind drei dem freigemeinnützigen und zwei dem privaten Bereich zuzuordnen. Dominiert wird dieser Angebotssektor klar von den freigemeinnützigen Trägern. Die finanzielle Unterstützung der NutzerInnen bei Bedürftigkeit wird wie bei den hauswirtschaftlichen Diensten gehandhabt.

Begleit- und Besuchsdienste

Ehrenamtliche Begleit- und Besuchsdienste finden sich überwiegend bei den Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände. Verglichen mit dem stationären Bereich, wo das Besuchssystem als etabliert gelten kann (Grüne Damen), ist es im ambulanten Bereich noch eher die Ausnahme. Von den ambulanten Pflegediensten gibt nur einer ausdrücklich einen Begleitdienst an. Ein anderer bietet Begleitung bei Arztbesuchen an. Einige weitere haben die Beschaffung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln im Angebot. Insgesamt kann festgehalten werden, dass in diesem Bereich ein deutliches Defizit besteht.

Hausnotrufdienste

Hausnotrufsysteme können unterschiedliche Leistungen bieten. Auf jeden Fall bieten sie die Möglichkeit, rund um die Uhr bei einem Notfall schnell

kompetente Hilfe zu bekommen. Je nach Tarif sind weitere Angebote möglich, z. B: die Verwahrung von Haus- und Wohnungsschlüsseln, damit im Bedarfsfall schnell in der Wohnung geholfen werden kann.

Im Stadtgebiet von Bottrop sind derzeit 6 Anbieter von Hausnotrufsystemen anzutreffen. Davon sind drei im Wesentlichen auf Altenwohnungen beschränkt, in denen sie als Träger auftreten. Die drei anderen Anbieter sind aus dem Bereich der Hilfs- und Rettungsdienste, wobei das DRK den bei weitem größten Anteil stellt.

Fahrdienst

Ein sog. Behindertenfahrdienst unterstützt mobilitätseingeschränkte Personen. Er wird organisiert vom DRK und etwa 250 Personen verfügen über eine Berechtigungskarte zur Nutzung dieses Dienstes. Die Nutzung ist einkommensunabhängig. Voraussetzung ist die Eintragung aG im Schwerbehindertenausweis und eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit, einen Rollstuhl zu benutzen. 2 € Eigenanteil pro Fahrt werden erhoben und es können maximal 80 km im Monat gefahren werden. Dieser Dienst wird vom Sozialamt der Stadt Bottrop bezuschusst.

Beratung

Es gibt in Bottrop eine größere Anzahl von Beratungsstellen (siehe Auflistung der Angebote und Dienstleistungen im Anhang). Hier sind diejenigen von Interesse, die sich mit dem Thema Pflege und Unterstützungsmöglichkeiten zum Verbleib in der eigenen Wohnung bei Hilfebedürftigkeit beschäftigen. So bieten die Wohlfahrtsverbände und ihre Sozialstationen, sowie die Pflegedienste, in der Regel Beratung und Unterstützung bei der Antragstellung an. Die Verbraucherzentrale berät aus der Sicht des Verbraucherschutzes. Auch die Pflegekassen geben in konkreten Fragen zur Pflege Auskunft.

Die trägerunabhängige Pflegeberatung, die das Landespflegegesetz vorschreibt³, wird im Sozialamt der Stadt Bottrop angeboten. Gegenstand der – überwiegend telefonisch abgeforderten - Beratung ist im Wesentlichen die Heimunterbringung und deren finanzielle Rahmenbedingungen (Heimkosten, Unterhalt, ...). Hier wird auch der Wegweiser Pflege herausgegeben, in dem die Angebote und Dienstleistungen des Pflegebereiches schriftlich zusammengefasst und regelmäßig aktualisiert werden. Den Auftrag, den das Landespflegegesetz beschreibt, erfüllt diese Beratung nicht in vollem Umfang. Auch im Sinne der Förderung der ambulanten Pflege ist die Weiterentwicklung der Beratungsaktivitäten anzuraten.

³ § 4 des Landespflegegesetzes:

(1) Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu informieren.

(2) Die Beratung soll im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und den anderen der pflegerischen Versorgung Beteiligten erfolgen. Diese verständigen sich im Rahmen der Pflegekonferenzen über ein geeignetes Verfahren sowie über die Form der Unterstützung bei der Auswahl eines geeigneten Hilfeangebotes. Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll insbesondere auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement (case-management) hingewirkt werden.

Psychosoziale Versorgung

Die Zunahme alleinlebender Menschen mit allen möglichen Folgen für die psychosoziale Gesundheit verdient verstärkt Beachtung. Entscheidend ist hier das Vorhandensein tragfähiger sozialer Netzwerke (Familie, Nachbarschaft, etc.) oder aber die Existenz (ehrenamtlicher) sozialer Unterstützungssysteme. Die Einrichtung bzw. Förderung und Erhaltung solcher Unterstützungen kann auch unter prophylaktischen Aspekten gar nicht überschätzt werden.

Professionelle Unterstützung finden Betroffene (und ihre Angehörigen) in unterschiedlichem Ausmaß bei den Sozialstationen und Pflegediensten. Bei stärkeren Auffälligkeiten bzw. erheblichen psychischen Beeinträchtigungen wird vom psychosozialen Dienst des Gesundheitsamtes Hilfestellung geleistet bzw. Hilfe vermittelt.

Angehörige

Die Unterstützung und Entlastung von Angehörigen, insbesondere der pflegenden Angehörigen, ist ein entscheidender Beitrag dazu, auch bei Pflegebedürftigkeit (länger) in der eigenen Wohnung bleiben zu können.

Unterstützung und Beratung in Form von begleiteten Selbsthilfegruppen werden von einigen Wohlfahrtsverbänden im Rahmen ihrer Beratungsarbeit angeboten (siehe Anhang). Beratende Gespräche und praktische Anleitung (auch Pflegekurse) werden von praktisch allen Pflegediensten angeboten.

Zusammenfassung

Vieles funktioniert gut und ist ausreichend: hier sind besonders das Essen auf Rädern und die Organisation des Hausnotrufs zu nennen. Aber es wird zu den zukünftigen Aufgaben gehören:

- Die Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen auszubauen,
- Ehrenamtlichkeit bzw. Bürgerschaftliches Engagement zu fördern und weiter zu entwickeln – auch in Richtung unterstützende Aktivitäten,
- Sozialen Netzwerken, als grundlegendem Element der psychosozialen Versorgung, besondere Aufmerksamkeit zu schenken,
- Beratung, insbesondere die Pflegeberatung, als unterstützendes und steuerndes Instrument weiterzuentwickeln.

8. Wohnen im Alter

8.1 Wohnverhältnisse

Eine alltagsweltliche Betrachtung ergibt, dass Ältere heute rund 80% ihrer gesamten Zeit in der Wohnung verbringen. Nach der Berufsaufgabe wird die Wohnung häufig zum Ersatzort für den Arbeitsplatz und dem Ort, an dem überwiegend die wichtigen sozialen Kontakte stattfinden. Mit zunehmendem Alter verändert sich die Wohnung vom Rückzugsbereich zum Lebensmittelpunkt, wobei bei eingeschränkter Mobilität die Wohnbedingungen ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung sind. Nach einer Untersuchung von Infratest im Jahre 2002 leben 31% der Menschen über 60 Jahre in der BRD in Einpersonenhaushalten. Von den über 80jährigen sind es 59%, die allein leben.

*Die Wohnung ist
der wichtigste
Ort im Alter*

*Immer mehr
Menschen leben
allein*

Der überwiegende Teil davon ist weiblich. In den Ballungsräumen, zu denen auch das Ruhrgebiet zählt, ist die Zahl der Alleinlebenden deutlich höher.

Die Situation für die Region, zu der Bottrop gehört, stellt sich folgendermaßen dar. Im Bereich Recklinghausen-Bottrop sind es 79% der Frauen über 60 Jahre, die in Ein-Personen-Haushalten leben und damit wird der allgemeine Trend noch übertroffen.

Das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik prognostiziert für Bottrop bis zum Jahre 2020 eine Gesamtzunahme der Ein-Personen-Haushalte um 2000. Dagegen werden etwa 2000 Haushalte von Paaren mit Kindern weniger gezählt werden⁴. Diese Zunahme wird maßgeblich von älteren alleinlebenden Menschen bestimmt. Diese Situation ist Ausdruck des gesellschaftlichen „Singularisierungstrends“ und beinhaltet verstärkt Risiken von Vereinsamung, Kontakt- und Anrengungsarmut und in der Folge häufiger Erkrankungen mit erheblichem Unterstützungsbedarf.

Der Standard der Wohnungen (in den alten Bundesländern) hat sich zunehmend verbessert und ist zum größten Teil den Bedürfnissen der älteren Menschen angemessen. Auf der anderen Seite leben 8% der über 70-jährigen in Wohnungen ohne Sammel- oder Etagenheizung und 7% haben in ihrer Wohnung kein WC, wobei häufig diese extremen Mängel mit anderen kumulieren⁵. Es ist davon auszugehen, dass davon insbesondere die „Problemgruppen“ in der Altenbevölkerung betroffen sind. Alte, pflegebedürftige Menschen haben zu etwa 40% keinen barrierefreien Zugang zu ihren Wohnungen. Über eine pflegegerechte Toilette bzw. Bad verfügt nur knapp ein Drittel.⁶ Für Bottrop kann vermutet werden, dass gerade in den „problematischen“ Stadtteilen der Standard der Wohnungen häufiger nicht den Bedürfnissen der alten Menschen entspricht. Im Rahmen des Projektes Stadtumbau West⁷ ist beabsichtigt, diese Situation näher zu untersuchen, so dass dann genauere Einschätzungen vorliegen werden.

*Wohnungen und
Wohnumfeld
sind oft verbes-
serungsbedürftig*

Bei aktuellen Notsituationen besteht oft nicht die Möglichkeit, in eine Altenwohnung zu ziehen. Wünsche, die sich auf einen bestimmten Stadtteil beziehen, müssen meist zurückgestellt werden.

Für die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen ist weiter das Wohnumfeld von entscheidender Bedeutung. Als einschneidende Defizite werden subjektiv und objektiv wahrgenommene Mängel, wie Lärm, Verschmutzung, Verkehrsbarrieren, fehlende Infrastruktureinrichtungen, aber auch soziale Einbindung in der Nachbarschaft, betrachtet. Um die Situation in Bottrop unter diesen Aspekten einschätzen zu können, sind noch entsprechende Untersuchungen notwendig. Insbesondere fehlt ein systematischer Überblick, was die (soziale) Infrastruktur betrifft. Hier geht es insbesondere um: die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte und Apotheken im Nahbereich, pflegerische Versorgung und hauswirtschaftliche Unterstützung, Kontakt- und Erholungsmöglichkeiten.

⁴ LDS, Statistische Analysen und Studien NRW, Band 25, S. 55, 2005

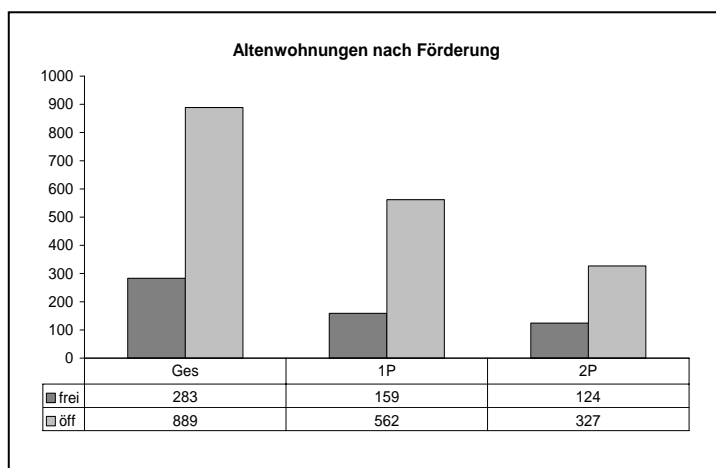
⁵ Alterssurvey, 1998

⁶ Infratest Studie, 2002

⁷ „Unter dem Programmtitel „Stadtumbau West“ wird ein bundesweites Förderprogramm verstanden, das umfassende Maßnahmen zur Neuordnung bestehender Stadtteile oder Stadtquartiere fördert. Die Aufnahme Bottrops in das Pilotvorhaben „Stadtumbau West“

8.2 Altenwohnungen

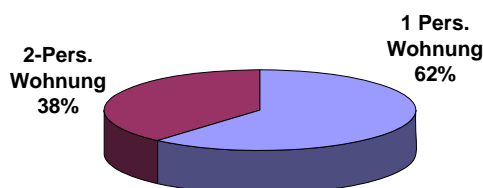
Um den veränderten Wohnbedürfnissen alter Menschen gerecht zu werden, werden in Bottrop Altenwohnungen angeboten. Zur Zeit gibt es 1172 Altenwohnungen insgesamt. Etwa 76% sind mit öffentlichen Mitteln finanziert. Das bedeutet, dass für ihren Bezug ein Wohnberechtigungsschein erforderlich ist, der nur ausgestellt wird, wenn ein bestimmtes Einkommen nicht überschritten wird. Dadurch soll sichergestellt werden, dass auch alte Menschen mit geringem ökonomischen Spielraum in diesen Wohnungen wohnen können.



Die restlichen Wohnungen unterliegen diesen Bedingungen nicht und können frei vergeben werden. Das heißt aber auch, dass die Mieten und Nebenkosten deutlich höher liegen können. Insbesondere

Es gibt ein breites Angebot an Altenwohnungen - aber es sind noch nicht genug

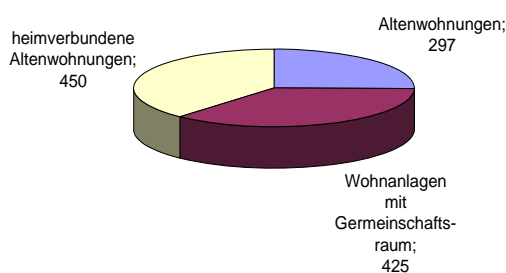
gilt dies für die Seniorenresidenz Urbana mit 101 altengerecht ausgestatteten Wohnungen. Als Zielgruppe für diese Einrichtung wird von einem Personenkreis ausgegangen, dessen Einkommensspielraum im oberen Bereich liegt und der Einzugsbereich geht weit über Bottrop hinaus. Alle Altenwohnungen (mit Ausnahme der Seniorenresidenz, über die keine entsprechenden Daten vorliegen) sind belegt und es gibt lange Wartelisten. Zum Teil warten InteressentInnen schon bis zu zwei Jahren auf den Einzug in eine solche Wohnung. Bei aktuellen Notsituationen besteht oft nicht die Möglichkeit in eine Altenwohnung zu ziehen. Wünsche, die sich auf einen bestimmten Stadtteil beziehen, müssen meist zurückgestellt werden. Die Zusammensetzung der Altenwohnungen nach der Anzahl der Personen, die darin wohnen können, zeigt, dass das Verhältnis etwa 4:6 ist. Der Anteil der Menschen über 60 Jahre, die allein leben, wird auf fast ein Drittel geschätzt. Mit steigendem Alter wächst (häufig durch Verwitwung) die Anzahl der Alleinlebenden erheblich an (mit 80 Jahren sind es schon 60%). Wenn schon insgesamt Altenwohnungen in Bottrop fehlen, dann sind es in erster Linie Wohnungen für Alleinstehende, die benötigt werden. Das Amt für Wohnungswesen hat die Erfahrung gemacht, dass von den Personen, die einen Wohnberechtigungsschein für eine Altenwohnung beantragen, etwa 2/3 Einzelpersonen sind. Es empfiehlt potentiellen Investoren deshalb, für diese Zielgruppe zu planen.



Altenwohnungen haben unterschiedliche Ausstattungen

Die einzelnen Altenwohnungen haben, je nach Baujahr, unterschiedliche Ausstattungen. Barrierefreiheit ist nicht selbstverständlich (bei genau 695 von 1172 Wohnungen geben die Träger uneingeschränkte Barrierefreiheit an). Damit ist seit 2003 der Prozentsatz der barrierefreien Wohnungen von 44,1% auf 59,3% angestiegen.

Hier wird in der Darstellung zwischen Altenwohnungen (auch Wohnkomplexen) und Wohnanlagen mit einem Gemeinschaftsraum unterschieden. Das Vorhandensein eines Gemeinschaftsraumes fördert (zumindest potentiell) das soziale



und kann zur Vorbeugung gegen Vereinsamung beitragen. Darüber hinaus kann ein solcher Raum als möglicher Kristallisationspunkt für

Aktivitäten im Stadtteil und damit Integration der BewohnerInnen gesehen werden.

8.3 Betreutes Wohnen

Von besonderer Bedeutung sind Wohnmöglichkeiten, die durch Unterstützungsangebote vielfältigster Art ein längeres selbständiges Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen können. Dieses sog. Betreute Wohnen ist nicht einheitlich und verbindlich definiert.⁸

Betreutes Wohnen/Service Wohnen ist eine mögliche Alternative zum Seniorenheim. Die Selbstständigkeit der Bewohner bleibt weitgehend erhalten und benötigte Hilfen können bedarfsgerecht angefordert werden.

Im Idealfall bietet Betreutes Wohnen:

- den Komfort einer eigenen, für die Bedürfnisse älterer Menschen geplanten und ausgestatteten Wohnung,
- ein Paket von Grundleistungen, wie Beratung, Vermittlung von Hilfen und Diensten, Freizeitangebote und Hausmeisterdienste, für die monatlich eine sogenannte Betreuungspauschale entrichtet werden muss,
- zusätzliche Wahlleistungen, wie Mahlzeiten-Dienste, Hausnotruf, Wohnungsreinigung, Wäschedienst, Fahrdienst und ambulante Pflege, die bei Bedarf in Anspruch genommen und bezahlt werden können.

Betreutes Wohnen kann eine Alternative zum Heim sein

⁸ Nachtrag: Im September 2006 wurden die "Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform 'Betreutes Wohnen für ältere Menschen' (DIN-Norm für "Betreutes Wohnen", DIN 77800) veröffentlicht. Damit ist jetzt festgelegt, was unter Betreutem Wohnen zu verstehen ist.

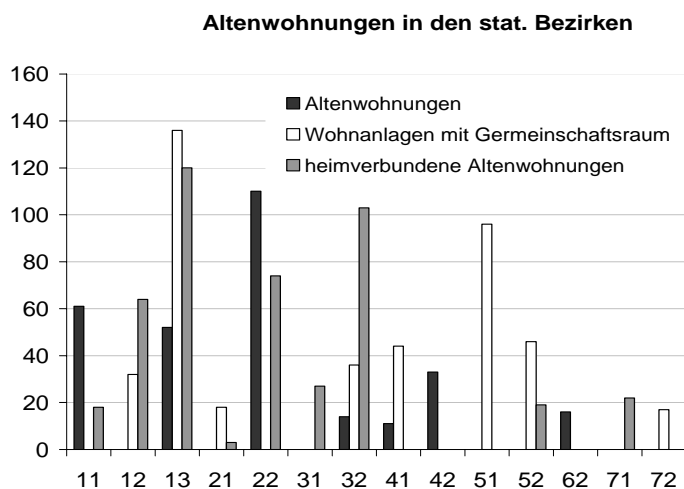
Da sich inzwischen eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote des Betreuten Wohnens entwickelt hat und keine verbindliche Definition dieser Wohnform vorliegt, ist es ratsam, sich ausführlich zu informieren. (Näheres über die Ausstattungsmerkmale, Kosten, Träger etc. ist in den Broschüren des Pflegebüros: Seniorenwohnungen in Bottrop, Teil I und II aufgeführt).

Betreutes Wohnen ist nicht verbindlich definiert

Ein Teil der Träger von Altenwohnungen bietet auch Betreutes Wohnen in heimverbundenen Altenwohnungen an. Hier werden die Wohnungen als Betreutes Wohnen bezeichnet, die mindestens folgende Kriterien aufweisen:

- regelmäßige Sprechstunden.
- eine 24 Std. besetzte Signalhausnotrufanlage
- und Beratung und Hilfestellung im Falle von Notsituationen, Erkrankungen und Hilfebedürftigkeit

Im Regelfall sind diese Wohnungen in der Nähe einer stat. Pflegeeinrichtung angesiedelt und in Teilbereichen dort organisatorisch angebunden: sog. heimverbundene Altenwohnungen. Insgesamt weisen sie große Unterschiede auf. Beispielsweise ist auch hier nicht in allen Fällen Barrierefreiheit gegeben. Auch ist die Anzahl nicht ausreichend und die Nähe zum bisherigen Wohn- und Lebensort zu selten gegeben.



Quelle: Sozialamt der Stadt Bottrop, Pflegebüro, eigene Berechnungen (2006)

Als Alternative zum Umzug in ein Pflegeheim sind insbesondere die sog. Heimverbundenen Altenwohnungen (oder entsprechend ausgestattete Angebote) zu nennen. Hier ist die Pflege in der eigenen Wohnung bzw. im angeschlossenen Heim möglich, ohne dass ein größerer Ortswechsel vorgenommen werden muss.

Von verschiedenen Trägern werden im Rahmen des Betreuten Wohnens weitere Dienstleistungen angeboten. Diese Angebote können sowohl im Preis, wie auch in der Leistung erheblich differieren.

Auch bei den heimverbundenen Wohnungen ist die Nachfrage deutlich größer als das Angebot von aktuell 533 Wohnungen. Hier ist noch deutlicher als bei den Altenwohnungen die Konzentration auf 2 Personen-Haushalte festzustellen (60% der Wohnungen sind für 2 Personen vorgesehen.). Insofern ist hier die Versorgung der Alleinlebenden nicht ausreichend. Insbesondere die Nähe zum Wohnquartier ist von großer Bedeutung. Die oben erwähnte Infratest-Studie weist daraufhin, dass 57% der Pflegebedürftigen allein leben und die Hauptpflegeperson etwa 10 Min. entfernt wohnt.

8.4 Andere Wohnformen

Für die längstmögliche Erhaltung der Selbständigkeit ist die Lage und Ausstattung der Wohnung von ausschlaggebender Bedeutung. Die Kompensation des Verlustes verschiedenster Fähigkeiten und Kompetenzen durch eine unterstützende Infrastruktur ist ein weiterer Baustein. Ergänzt wird dieses System durch die Versorgungs- und soziale Infrastruktur in der näheren Umgebung.

In diesem Kontext und angesichts der Herausforderungen, die die demografische Entwicklung erwarten lässt, kann die Diskussion um neue Wohnformen, die das Thema Wohnen mit Pflege beinhaltet, gar nicht ernst genug genommen werden. Landes- und bundesweit ist eine Vielfalt von Modellen und Experimenten entstanden, wie sie bunter und kreativer nicht sein könnte. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklung einen nachhaltig verändernden Einfluss auf die Organisation und Struktur von Pflegen und Wohnen haben wird.

In Bottrop zeichnet sich ein wachsendes Interesse an diesem Thema ab. Im Gespräch sind neben Entwicklungen zu kleinen stadtteilorientierten Formen von Wohnen mit Pflege, auch Formen selbstorganisierten Zusammenlebens. Hier fasziniert die Idee von der Altenwohngemeinschaft. Diese Diskussionen haben schon den Kreis der Betroffenen und der Träger Sozialer Einrichtungen verlassen. Erstes Interesse wird von Seiten der Wohnungsbaugesellschaften signalisiert. Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie hat Vertreter eines solchen Modells eingeladen, um sich aus erster Hand zu informieren.

Besonders interessant scheint ein Modell zu sein, das die Europäische Seniorenakademie bereits mehrfach erfolgreich initiiert hat. Es richtet sich an die Zielgruppe der Demenzkranken und ihrer Angehörigen. Die Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen in die Pflege und Gestaltung des Alltags erlaubt, u. a. durch die damit verbundene Kostensenkung, den wirtschaftlichen Betrieb kleiner Einheiten. Trennung der Anbieter von Wohnen und Pflege sorgt dafür, dass die Vorgaben des Heimgesetzes keine Anwendung finden müssen. Verbesserte Lebensqualität und Teilhabe von Angehörigen und Erkrankten ergeben sich fast nebenbei. Offen bleibt die Frage des Verbraucherschutzes und natürlich der Übertragbarkeit.

Neue Wohnformen werden auch in Bottrop diskutiert

Zusammenfassung

Zusammengefasst lässt sich zu dem Thema 'Wohnen' für die Altersbevölkerung Bottrops sagen (Wohnen im Heim und komplementäre Dienste werden in einem anderen Kapitel behandelt):

- Die Anzahl der Einpersonenhaushalte ist deutlich angewachsen (Singularisierung). Der größte Teil der Menschen, die allein leben, sind Frauen (fast 80% aller Frauen über 60 Jahre leben allein). Dem muss auch das Wohnungsangebot Rechnung tragen.
- Der Standard der Wohnungen, insbesondere in „Problembereichen“ muss untersucht werden. Nach dem Alterssurvey sind die Wohnungen von ca. 10% der über 70jährigen mit erheblichen Mängeln versehen, wobei meist mehrere davon zusammentreffen.
- Die Anzahl der Altenwohnungen und der Angebote für Betreutes Wohnen ist nicht ausreichend. Bei der Planung weiterer Vorhaben muss der Stadtteil der zukünftigen Bewohner einbezogen werden (Nähe zum bisherigen Stadtteil).
- Es fehlen definierte Standards für Betreutes Wohnen.
- Systematische Untersuchungen von Wohnbedingungen und (sozialer) Infrastruktur fehlen.
- Neue Formen für das Wohnen mit Pflege werden in Bottrop etabliert werden müssen. Dazu braucht es Anregung, Unterstützung

9. Besondere Aspekte

9.1 Demenz¹

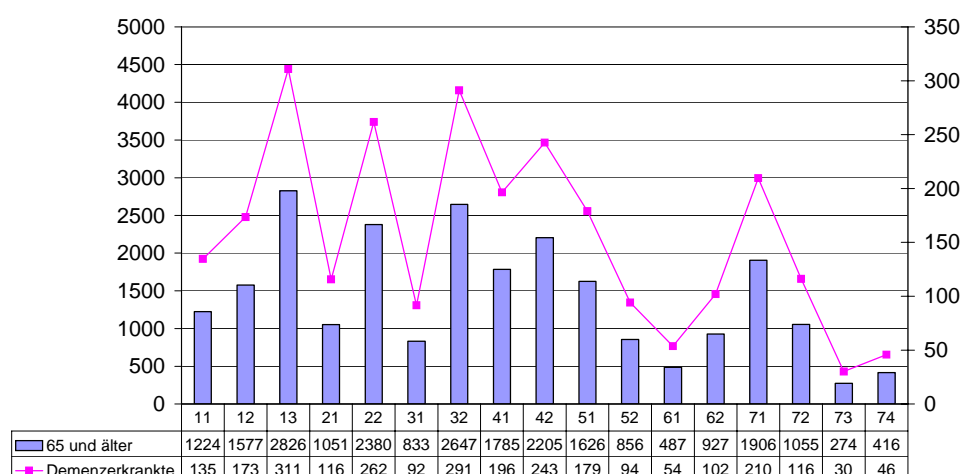
Die Alterung der Gesellschaft trägt dazu bei, dass immer mehr Menschen dementiell erkranken. Diese Krankheit wird mit zunehmendem Alter häufiger. Sie ist eine – zur Zeit – unheilbare Krankheit, die Verluste der geistigen Fähigkeiten hervorruft. Demenz kann angenommen werden, wenn die Symptome mindestens 6 Monate auftreten:

Bei Verdacht ist eine diagnostische Abklärung notwendig. Erst nach einer vorklinischen Phase von 15 – 30 Jahren wird die Erkrankung deutlich erkennbar

Für die folgende - etwa 7 Jahre (Mittelwert) dauernde klinische Phase - ist neben der medikamentösen Behandlung vor allem die psychosoziale Betreuung wichtig. Darunter ist alles zu verstehen, was den Betroffenen dabei unterstützt, so lange wie möglich selbständig zu bleiben. Das kann durch beispielsweise eine ausgewogene Ernährung, eine sinnvolle Tagesstrukturierung, Hirnleistungstraining, Bewegungs-/Physiotherapie und ähnlichem gefördert werden.

Demenzerkrankungen nehmen zu

Demenzkranke im Zusammenhang mit der Bevölkerung über 65 Jahre in den stat. Bezirken



Quelle: Bottroper Gesundheitsbericht 2004/2005, eigene Berechnungen

In der Bundesrepublik Deutschland ist in der Altersgruppe zwischen 70 und 75 Jahren jeder 8., zwischen 80 – und 90 Jahren jeder 4. und in der Altersgruppe über 90 Jahre, bereits jeder zweite dementiell erkrankt. In der Folge der demografischen Entwicklung, die zu einer größeren Zahl immer älterer Menschen führt, ist bis zum Jahre 2040 ein Anstieg von 150% zu erwarten.

In Bottrop kann man davon ausgehen, dass etwa 2648² Personen (11% der über 65jährigen) erkrankt sind. Um sowohl den Betroffenen, wie auch den Angehörigen Hilfestellung zu geben, ist eine frühzeitige Erkennung mit entsprechender Therapie notwendig. Dabei ist die Diagnose so früh

¹ Dieses Kapitel basiert im Wesentlichen auf dem 4. Bottroper Gesundheitsbericht, 2004/2005

² aktualisiert entsprechend neuerer Bevölkerungsdaten

Frühe Diagnose kann die Symptome mildern.

wie möglich zu stellen, damit die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen auch so früh wie möglich ihre Wirkung entfalten können.

Für den Erkrankten ist es wichtig, in seiner bekannten Umgebung zu bleiben, nicht aus seinem gewohnten Alltag herausgenommen zu werden und vor allem die personale und emotionale Sicherheit seines Umfeldes zu behalten. All dies spricht für eine ambulante Versorgung.

Von entscheidender Bedeutung sind hier die Angehörigen, die oft sogar ohne professionelle Hilfe den Betroffenen pflegen. Es gibt eine ganze Reihe von Gründen, warum nicht auf Unterstützung durch einen Pflegedienst zurückgegriffen wird:

- Scham zu zeigen, dass ein Angehöriger an Demenz erkrankt ist
- Betroffene haben Schwierigkeiten, sich und anderen einzugestehen, dass sie krank sind
- Die finanzielle Seite ist durch die Pflegeversicherung nicht befriedigend gelöst
- Es fehlen Informationen über Hilfsmöglichkeiten bzw. die Inanspruchnahme dieser Hilfen

Für die Angehörigen ist Beratung, professionelle Hilfe und Entlastung notwendig.

Wenn die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden kann, dann müssen für eine reibungslose Interaktion entsprechende Voraussetzungen gegeben sein: Das Personal muss so fortgebildet sein, dass es die speziellen Wünsche und Bedürfnisse des Kranken erkennen und erfüllen kann und sich auf individuelle Situationen, Gewohnheiten und Tagesabläufe einstellen. Aber keine noch so gute professionelle Unterstützung kann auf Dauer die Überforderung und Überlastung der pflegenden Angehörigen verhindern.

Die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen ist ein wichtiger Punkt. In Bottrop gibt es

- eine Tagespflege, die sich speziell mit Demenzkranken beschäftigt. (bei PIAF, Otto-Joschko-Straße). Beratungs- und Unterstützungsarbeit für Betroffene und Angehörige wird von PIAF weiter in einem Stadtteiltreff in Lehmkuhle (Hardenbergstr.) geleistet. Hier findet Beratung zum Thema Demenz statt, können sich Betroffene, Angehörige, Nachbarn in verschiedenen Gesprächs- und Kreativgruppen treffen. Kleinere Veranstaltungen und ein regelmäßiger Mittagstisch gehören ebenfalls zum Angebot.
- Die Sozialstation des DRK in Kirchhellen hat sich auf die Unterstützung und Pflege gerontopsychiatrisch veränderter Menschen spezialisiert und ist sehr nachgefragt.

In Bottrop gibt es verschiedene ambulante und stationäre Angebote.

Die sozialpsychiatrische Abteilung des Gesundheitsamtes bietet eine Demenzsprechstunde und Beratung an.

Im stationären Bereich steht in akuten Situationen die psychiatrische Station des Antonius-Krankenhauses zur Verfügung. In den Bottroper Altenheimen wächst das Bewusstsein für das Problem der Demenz.

In zwei Altenheimen des Caritas-Verbandes (St Hedwig und St. Teresa) wurde mit nachhaltigen Verbesserungen begonnen: Mitarbeiter werden konkret geschult, „Demenzbegleiter“ qualifiziert, Bereiche (Stationen) für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen wurden eingerichtet. Auf kommunaler Ebene ist es das Gesundheitsamt, hier insbesondere die sozialpsychiatrische Abteilung, die in der Problematik der Versorgung der Demenzkranken und ihrer Angehörigen einen Schwerpunkt sieht.

9.2 Ältere MigrantInnen³

Aktuell hat man es mit einer kleinen Gruppe zu tun, die hilfe- und pflegebedürftig ist. Nicht erfasst werden können die Personen mit Migrationshintergrund, die über einen deutschen Pass verfügen. Es ist davon auszugehen, dass der weiter unten dargestellte Personenkreis bezüglich der Anzahl größer ist. Weiter konnten hier die Menschen, die aus dem osteuropäischen Raum kommen, nicht einbezogen werden.

Die Prognosen gehen davon aus, dass der Anteil der über 65-jährigen MigrantInnen steigen wird. Es ist davon auszugehen, dass der momentan noch geringe Bedarf ansteigen wird und mittel- bis langfristig Handlungsbedarf entstehen wird.

Der Anteil der TürkInnen stellt mit 55 % die größte MigrantInnengruppe dar, was im Hinblick auf die zukünftige Pflegebedürftigkeit wichtig ist. Hier gibt es sowohl sprachliche Integrationshemmnisse, als auch kulturelle und religiöse Unterschiede, die zu Problemen führen können.

Grundsätzlich stehen den MigrantInnen die gleichen Hilfen und Möglichkeiten zur Verfügung, wie den deutschen älteren BürgerInnen. Viele von ihnen nutzen diese Angebote nicht, weil sie ihnen unbekannt sind, sie sich schämen oder z.B. Sprachschwierigkeiten haben. Inzwischen gibt es einen türkischen Pflegedienst und die Wohlfahrtsverbände helfen. Die RAA und das Sozialamt stellen bei Bedarf Dolmetscher oder mehrsprachige Mitarbeiter zur Verfügung. Hier ist weiterer Handlungsbedarf in Bezug auf Information und Beratung.

Ältere MigrantInnen befinden sich oft in defizitären Lebenslagen und es besteht Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Sie leben oft in sozial benachteiligten Stadtteilen mit unzureichender Infrastruktur. Viele empfinden ihre eigene materielle Lebenslage subjektiv als zufrieden stellend, obwohl sie objektiv in ökonomisch schwierigen Verhältnissen wohnen. Das kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass sie oft als Gastarbeiter aufgrund materieller Armut aus ihren Heimatländern gekommen sind und daher sehr bescheidene Ansprüche haben.

Die meisten MigrantInnen wollten ursprünglich im Alter in ihre Heimatländer zurückkehren. Viele hegen sogar noch heute diesen Wunsch, obwohl er im Regelfall nicht realistisch ist, da große Teile der Familie bereits hier leben. Dieser Wunsch erschwert den Zugang zu den sozialen Hilfe- und Sicherungssystemen.

Es kommt zur Verstärkung sozialer Segregation und sozialer Disparitäten. Die älteren MigrantInnen fühlen sich nicht integriert und konzentrieren sich stärker auf ihre eigene Herkunft und Religion. Es kann zur Bildung ethnischer Enklaven kommen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sprachkompetenz der MigrantInnen. Die meisten von ihnen geben an, zwar Deutsch sprechen zu können, aber Schwierigkeiten mit dem Lesen und Schreiben zu haben. Sie können sich nicht richtig informieren oder haben Probleme beim Ausfüllen von Formularen. Das kann ein weiterer Grund dafür sein, dass sie Hilfen nicht in Anspruch nehmen.

Zur pflegerischen Versorgung der älteren MigrantInnen ist anzumerken, dass die meisten auf Unterstützung durch ihre Familie hoffen und sich nur wenige vorstellen können, von einem Pflegedienst betreut zu werden.

In Zukunft wird die Anzahl der älteren MigrantInnen ansteigen

Die vorwiegend muslimischen Betroffenen brauchen besondere (muttersprachliche) Information und Beratung

Der Hilfe- und Unterstützungsbedarf wird in Zukunft größer werden

³ Dieses Kapitel basiert auf einer Arbeit von cand. soz. Miriam Palazzi.

In Ebel soll mit Einbeziehung der AnwohnerInnen ein Modell für das Altwerden im Stadtteil entwickelt werden

Andererseits ist inzwischen auch hier eine Veränderung der Familienstrukturen zu erkennen, die (zeitverzögert) einen Rückgang des familiären Pflegepotentials als wahrscheinlich erscheinen lässt und damit eine Angleichung an den gesamtgesellschaftlichen Trend vollzogen wird.

10. Projekt „Gemeinsam gut alt werden in Ebel“

Angesichts der demografischen Entwicklung im Zusammenhang mit der dramatischen Entwicklung der kommunalen Finanzsituation ist die Altenhilfe in Bottrop bei einfacher Fortschreibung der bisherigen Maßnahmen nicht mehr zukunftsfähig.

Deshalb hat der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie im Juli 2004 beschlossen, die Wirkungsorientierte Steuerung in der Bottroper Altenhilfe einzuführen. Eines der beiden modellhaften beschlossenen Projekte ist der Aufbau und die Stabilisierung von stadtteilorientierten Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen. Auch hier ist die Einbeziehung aller Beteiligten an den jeweiligen Entscheidungen und ihrer Umsetzung ein grundsätzliches Prinzip.

Das Ziel des Projektes ist längerer Verbleib in der Wohnung bzw. im Stadtteil im Alter, selbständiges Leben auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Dies soll erreicht werden durch

- Aufbau und Förderung von Unterstützungs- und Vernetzungssystemen
- Schaffung bzw. Unterstützung ambulanter Wohn- und Pflegestrukturen
- Integration von MigrantInnen

In Ebel muss von folgenden schwierigen Rahmenbedingungen ausgegangen werden:

- Die Bevölkerungsstruktur ist zum einen durch den besonders hohen Anteil älterer und alter Menschen in der deutschen Bevölkerung bestimmt. Zum anderen überwiegt bei den MigrantInnen der Anteil der jüngeren Menschen.
- Insellage des Stadtteils
- Starke Beeinträchtigung durch Schwerlastverkehr
- Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs im Stadtteil nicht möglich

Der erste Schritt in diesem Projekt war im Februar 2005 die Gründung einer Arbeitsgruppe. Darin arbeitet ein breites Spektrum von Akteuren aus dem Stadtteil zusammen. Zu nennen sind u. a. die beiden Kirchengemeinden, die Gewerkschaft IGBCE, die Wohnungsbaugesellschaften, ortsansässige Industrieunternehmen, Wohlfahrtsverbände, Parteien, der Seniorenbeirat, der Integrationsrat und das Sozialamt, das Planungsamt und das Stadtteilbüro Ebel. Bei allen Beteiligten ist der Bezug zum Stadtteil ein wichtiges Kriterium und deshalb gehören der Arbeitsgruppe auch engagierte BürgerInnen aus Ebel an. Vorab und begleitend fanden und finden zahlreiche Gespräche mit Multiplikatoren und Multiplikatorengruppen statt. Die Treffen der Arbeitsgruppe finden abwechselnd in der Kapelle Ebel und im Pfarrheim St. Matthias statt.

Diese Arbeitsgruppe hat sich als Forum etabliert, in dem alle relevanten Angelegenheiten des Stadtteils diskutiert werden. Im Vordergrund standen und stehen Probleme im Zusammenhang mit der Sanierung bzw.

In einer Arbeitsgruppe werden unter breiter Beteiligung die Probleme des Stadtteils diskutiert.

Privatisierung von Wohnraum und die Belastung durch den Schwerverkehr. Zu Themen wie beispielsweise Wohnen im Alter und Nachbarschaftshilfe wurde informiert und diskutiert.

Parallel dazu – und miteinander abgestimmt – wurden im Juni 2004 in einem Workshop Ideen für die Öffnung der Kapelle Ebel als Treffpunkt und Veranstaltungsort für die Ebeler BürgerInnen (nicht nur – aber auch – für SeniorInnen) erarbeitet. Ein Förderverein wurde gegründet. Verschiedene Angebote finden inzwischen in der Kapelle statt. Z. B. in Zusammenarbeit zwischen der ev. Kirche und der RAA trifft sich eine Gruppe von Muslima dort. Ein Internetcafe ist geplant.

Im Juli 2005 nutzte eine große Anzahl von BewohnerInnen im Rahmen einer von der Wohnbund-Beratung Bochum moderierten Ideenwerkstatt die Gelegenheit, ihre Interessen und Vorstellungen einzubringen. Erfreulich ist es, dass sich auch jüngere EbelerInnen an diesem Prozess beteiligten und seitdem aktiv dabei sind. Die Diskussion konzentrierte sich auf die Bereiche Nachbarschaftshilfe, Wohnen, Wohnumfeld und Versorgung, zu denen Vorschläge für konkrete Aktivitäten entwickelt wurden.

War schon vor der Ideenwerkstatt mit einzelnen Aktivitäten begonnen worden (beispielsweise wurde regelmäßige Beratung angeboten, die Ortsteilveranstaltungen des Sozialamtes wieder aufgenommen, der Bau von Altenwohnungen in Angriff genommen und vieles mehr), wurden in der Folge

- eine Gruppe ins Leben gerufen, die ein Stadtteilstadtteilfest organisieren soll. Ziel ist hier die Verbesserung der Nachbarschaft durch Zusammenarbeit aller im Stadtteil vorhandenen Vereine und Gruppen. Das Stadtteilfest wird im September stattfinden.
- die Nachbarschaftshilfe gegründet. Die Rhein-Lippe-Wohnungsbau-gesellschaft stiftete vier Schaukästen, die im Stadtteil angebracht wurden. Die Nachbarschaftshilfe hat das Ziel, die schon funktionierende Nachbarschaft zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass auch neu Hinzugezogene einbezogen werden. Es geht nicht allein darum, eine Börse für Dienstleistungen zu sein, sondern die Defizite, die der Stadtteil ausweist, zu verringern. Deshalb ist
- inzwischen aus der Nachbarschaftshilfe auch ein Nachbarschaftstreff entstanden. Hier soll in Ermangelung einer Gaststätte die Möglichkeit geboten werden, sich in regelmäßigen Abständen in lockerem Rahmen zu treffen und so auch diejenigen zu integrieren, die noch wenige Kontakte im Stadtteil haben. Diese Idee wurde zur WM von dem Gemeindevorstand aufgegriffen und soll danach fortgeführt werden. Regelmäßig freitags soll ein offener Treff im Matthiashaus stattfinden.
- Drei Stadtteilspaziergänge mit älteren EbelerInnen fanden statt. Hier sollte festgestellt werden, wo und was im Wohnumfeld in Ebel verbessert werden kann, damit sich alte Menschen gut aufgehoben fühlen können. Es wurde relativ wenig bemängelt (im Wesentlichen nicht abgesenkte Bordsteinschwellen) und konkrete Vorschläge gemacht (Sitzbänke zum Reden und Ausruhen). Die Ergebnisse wurden an die entsprechenden Stellen weitergeleitet und werden zeitnah umgesetzt.
- Die Thematik Pflege und Wohnen wird von den übergeordneten fachlichen Ebenen bearbeitet. Bei sich abzeichnenden konkreten Projekten werden die EbelerInnen so früh wie möglich einbezogen.

Es ist vorgesehen die Erfahrungen, die in diesem Projekt in Ebel gesammelt werden auf andere Stadtteile zu übertragen.

In einer Ideenwerkstatt werden die Vorstellungen zu Ideen für konkrete Aktivitäten entwickelt.

Die Umsetzung der Ideen hat begonnen

11. Handlungsfelder und -bedarfe

Die Prognosen zur Pflegebedürftigkeit lassen einen Handlungsbedarf erkennen, der weit über die kommunale Ebene hinausreicht. So geht das Land NRW beispielsweise davon aus, durch geeignete Maßnahmen im Bereich des Leistungsrechtes und der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, die Auswirkungen des sozialen und demografischen Wandels abmildern zu können⁴.

Allerdings werden die konkreten Auswirkungen vor Ort sichtbar und hier müssen Lösungen gefunden werden. Nur im zukunftsorientierten Zusammenwirken aller Akteure in der Landschaft der Altenpolitik und –arbeit (im weitesten Sinne) kann Bewährtes gestärkt und Neues entwickelt werden. Der Beitrag der Kommune kann im Regelfall in der Initiierung und Moderation der Entwicklungs- und Vernetzungsprozesse bestehen, nicht in der Finanzierung der Maßnahmen.

11.1 Handlungsfelder

Vorrangige Ziele sind die Umsetzung des Prinzips „Ambulant vor stationär“ und die wohnortnahe Versorgung. Bestandsaufnahmen/ Untersuchungen der einzelnen Bausteine/Bereiche (sofern nicht vorhanden) sind notwendig und sollten im Rahmen der Altenberichterstattung (Schwerpunktsetzung durch den Sozialausschuss) erstellt werden.

Die Maßnahmen der anschließend aufgeführten Handlungsfelder sollten - wenn eben möglich - im Wohnquartier angesiedelt werden. Einige der Handlungsfelder haben übergreifenden Charakter, auf jeden Fall beeinflussen sich alle gegenseitig, so dass die Systematik nur methodischer Art sein kann.

In einigen Fällen ist das Zusammenwirken mit Organisationen/Ämtern aus Bereichen, die nicht zur Altenarbeit gezählt werden können, notwendig. Hier wird auch sichtbar, dass das Thema Alter Querschnittscharakter hat.

11.1.1 Handlungsfeld: Erhalt der Selbständigkeit

Der Erhalt der Selbständigkeit ist grundlegend, wenn das Alter selbstbestimmt in der eigenen Wohnung gelebt werden soll. Neben dem

hier benannten Baustein, sind auch andere übergreifende Themenkreise von entscheidender Bedeutung. Sie werden an anderer Stelle behandelt.

11.1.1.1 Baustein: Soziale Beziehungen und Kontakte

Isolierung und Vereinsamung bedroht große Teile der zunehmend allein lebenden älteren und alten Bevölkerung. Physische wie psychische Belastungen können dann oft nur schwer bewältigt werden. Neben der Vermeidung von früh eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wird hier auch ein großes Potential vernachlässigt, das im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements (zumindest teilweise) entwickelt werden könnte).

⁴ Alter gestaltet Zukunft, Politik für Ältere in NRW, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Düsseldorf, Oktober 2004

Räumlichkeiten als Treffpunkte und für Veranstaltungen, Offene Veranstaltungen und Kurse, Gruppen und Gemeinschaften verschiedenster Art sind Aspekte, die eine wichtige Rolle spielen.

Von besonderem Interesse sind hier die Ortsteilveranstaltungen, die seit Jahren vom Sozialamt durchgeführt werden. (mehrfacher Vorteil: die

Menschen treffen sich, Vernetzung im Quartier bei der Organisation, Anerkennung/Förderung kleiner Kulturaktivitäten im Stadtteil, und Möglichkeit zur Informationsweitergabe und niederschwelliger Beratung).

Empfehlung: (mittelfristig)

Eine Untersuchung des Bereiches Soziale Beziehungen als Grundlage für die Einschätzung der aktuellen Situation und der Möglichkeiten der Entwicklung ist notwendig.

11.1.2 Handlungsfeld: Wohnen

Mit dem Anwachsen der Altenbevölkerung steigt auch der Bedarf an Altenwohnungen.

Empfehlung: (dauernde Aufgabe)

In Zusammenarbeit mit anderen Ämtern, Wohnungsbaugesellschaften und Investoren soll darauf hingewirkt werden, das Angebot an barrierefreien Wohnungen zu erweitern.

Ziel ist, dass zum einen die Nähe zum Wohnquartier berücksichtigt wird und zum anderen sowohl öffentlich geförderte wie auch privat finanzierte Wohnungen gebaut bzw. umgebaut werden.

Der Vorrang der ambulanten Pflege führt zu einem ebenfalls wachsenden Bedarf an Betreutem Wohnen. Der Bedarf ist nicht bezifferbar; er ist auch heute nicht gedeckt.

Empfehlung: (dauernde Aufgabe)

In Zusammenarbeit mit Anbietern des Pflegemarktes, Wohnungsbaugesellschaften und Investoren soll darauf hingewirkt werden, das Angebot an Betreutem Wohnen zu erweitern. Bewährt hat sich das Modell der heimverbundenen Wohnungen. Aber es sind andere Modelle – insbesondere für den Kreis der Demenzkranken – von Wohnen und Pflege in der Erprobung, die auch in Bottrop das Angebot erweitern könnten.

Auch hier ist auf die Nähe zum Wohnquartier Wert zu legen.

In vielen Wohnquartieren ist die Versorgungsinfrastruktur nicht ausreichend bzw. nicht vorhanden. Ebenso lässt die Gestaltung des Wohnumfeldes in Bezug auf die Bedürfnisse (nicht nur) alter Menschen oft zu wünschen übrig. Hier kann die Erfahrung aus dem Projekt „Gemeinsam gut alt werden in Ebel“ genutzt werden.

Empfehlung: (mittelfristig)

Quartiersnahe Netzwerke im Rahmen von Bürgerschaftlichen Engagement (siehe Handlungsfeld: Ausbau und Vernetzung komplementärer Dienste) können hier Abhilfe schaffen. Aktive Unterstützung durch die beteiligten Ämter ist wünschenswert.

11.1.3 Handlungsfeld: Ausbau/Vernetzung komplementärer Dienste

Es ist bereits ein differenziertes Angebot an komplementären Diensten vorhanden. Zur Beurteilung von Qualität und Effektivität sind weitere Untersuchungen notwendig, die dann auch die Grundlage für die Weiterentwicklung dieser Dienste bieten können. Neben den professionell orientierten gilt dies auch für diejenigen, die ehrenamtlich bzw. im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements, geleistet werden.

Zusammenarbeit aller Beteiligten (Akteure und VertreterInnen der Betroffenen) ist die entscheidende Voraussetzung damit

- Koordination
- Stärkung und Sicherung sinnvoller Strukturen und Angebote
- Förderung und Ausbau ehrenamtlicher Unterstützungsstrukturen etc.
- Stadtteilorientierung

(um nur einige zu nennen) erreicht werden kann.

Empfehlung: (kurzfristig)

Mit diesem Vorhaben sollte so bald als möglich begonnen werden.

Es muss geprüft werden, welche Maßnahmen geeignet sind, den Prozess in den alle Beteiligten einbezogen werden, zu beginnen. Der daraus resultierende Bericht soll der Pflegekonferenz zur Beratung vorgelegt werden.

11.1.3.1 Baustein: Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement (Ehrenamtliche oder auch Freiwillige Arbeit) ist zum einen unverzichtbar für die Bewältigung der gesellschaftlichen Aufgaben, die sich nicht zuletzt aus dem demografischen Wandel ergeben; zum anderen wirkt es sinnstiftend und befriedigend für viele Menschen. Für die nähere Betrachtung sind Stichworte, wie

- Anerkennungskultur
- Qualifizierung
- Rahmenbedingungen
- Nachbarschaftshilfen einrichten- ausbauen, unterstützen

genauer zu untersuchen.

Empfehlung: (kurzfristig)

Eine Untersuchung des Bereiches Bürgerschaftliches Engagement als Grundlage für die Einschätzung der aktuellen Situation und der Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung ist notwendig.

11.1.3.2 Baustein: Information und Beratung

Empfehlung: (kurzfristig)

Auch hier kann eine Bestandsermittlung Aufschluss über die Möglichkeiten der Weiterentwicklung im Sinne der Umsetzung der aufgeführten Ziele geben und wird empfohlen.

Vorab können schon einige konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation gegeben werden:

Information:

Empfehlung: (kurzfristig)

Regelmäßige Herausgabe und Aktualisierung von Angeboten, Dienstleistungen und Einrichtungen der Altenarbeit und des Pflegebereiches (z. B. „Wegweiser Pflege“ und „Seniorenwohnungen“).

Interaktive Präsentation dieser Angebote im Internet. Sicherstellung der regelmäßigen Aktualisierung.

Beratung

Quartiersnahe Beratungsmöglichkeiten: (Art und Umfang gemeinsam mit allen Akteuren entwickeln und festlegen! Auch hier können die Erfahrungen aus dem Stadtteil Ebel hilfreich sein.)

Trägerunabhängige Pflegeberatung:

Sie vermittelt aktuell überwiegend Informationen aus dem Pflegebereich.

Empfehlung: (kurzfristig)

Ausbau entsprechend der Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes.

Ziel (unter anderem): Über den stationären Bereich hinaus die Angebote und Dienstleistungen des ambulanten und komplementären Bereiches einbeziehen und so auch die Möglichkeiten der Unterstützung bei der häuslichen Pflege deutlich machen.

11.1.3.3 Baustein: Prävention

Prävention mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung ist für die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit und Lebensfreude von Bedeutung und kann zur Vermeidung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit beitragen und ihrer Verschlimmerung entgegenwirken. Gleichzeitig kann durch die entstehenden Kontakte, quasi nebenbei, das soziale Netz erweitert und stabilisiert werden.

Empfehlung: (kurzfristig)

Mit Beratung und Informationen kann dazu beigetragen werden, die Bereitschaft älterer Menschen sich mit diesen Themen aktiv auseinander zu setzen, zu steigern.

In beiden Bereichen (Ernährung und Bewegung) ist mit geeigneten Maßnahmen darauf hinzuwirken, die Informationen über die Angebote (von z. B. Gesundheitsamt, Bildungsträgern, Sportvereinen, etc.) zusammenzufassen und ihren Bekanntheitsgrad in der Gruppe der älteren Menschen zu erhöhen.

11.1.3.4 Baustein: Häusliche Pflege

Die Unterstützung der häuslichen Pflege hängt eng mit dem Ausbau und der Vernetzung der komplementären Dienste zusammen und wird auch dort weiterentwickelt werden. Ohne diesem Prozess vorzugreifen, können

Gesprächs- und/oder Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige, die zur Entlastung pflegender Angehörigen beitragen, empfohlen werden.

Vernetzung ambulante Pflege

Zur Verbesserung der Situation in der ambulanten Pflege.

Empfehlung: (kurzfristig)

Vernetzung der im Bereich ambulante Pflege tätigen Dienste mit dem
- Ziel der Koordination und Angebotsentwicklung (z. B. Demenz)

- Förderung der Einrichtung von Gesprächs-/Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige und Verstärkung der öffentlichen Information über diese Gruppen

- Entlastungsangebote (-Tages- Kurzzeitpflege, siehe stationäre Pflege)
- ehrenamtliche Unterstützung (siehe: Ausbau und Vernetzung komplementäre Dienste)

11.1.4 Handlungsfeld: Stationäre Pflege

Stationäre Dauerpflege:

Empfehlung: (dauernd)

Anpassung an den Bedarf (Neubau, Modernisierung),

Gewinnung und Beratung von Investoren

Berücksichtigung von Stadtnähe

Tages- und Kurzzeitpflege:

Hier ist neben dem Aspekt der Versorgung auch die Entlastungsfunktion für die pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen.

Empfehlung: (dauernd)

Ausbau von Tages- und Kurzzeitpflege entsprechend dem Bedarf.

Um die Interessenvertretung der Menschen, die in den Heimen leben, effektiver zu gestalten, muss ein Austausch zwischen den einzelnen Heimbeiräten bzw. HeimfürsprecherInnen stattfinden. Darüber hinaus kann durch regelmäßige Information deren Qualifikation verbessert werden.

Empfehlung: (kurzfristig)

Es sollte (unter Einbeziehung der Seniorenvertretungen, u. a.) ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit Informationsvermittlung für die Heimbeiräte bzw. -fürsprecher eingerichtet werden.

11.1.5 Handlungsfeld: Demenzkranke und ihre Angehörigen

Der Anteil der Demenzkranken ist mit der Zunahme des Anteils der hochaltrigen Menschen stark im Ansteigen begriffen. Dies wird sich in der Zukunft noch weiter verstärken. Neben der stationären Versorgung stehen hier der Bereich der ambulanten Pflege und die Entlastung der Angehörigen im Mittelpunkt.

Empfehlung: (dauernd)

Die schwerpunktartige Arbeit des Gesundheitsamtes im Bereich Demenzkranke und die Vernetzung im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie sind zu unterstützen. Insbesondere geht es um die Aspekte der Entlastung der Angehörigen und Verbesserung der Information über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten

11.1.6 Handlungsfeld: Ältere MigrantInnen

Im Laufe der nächsten Jahre wird sich der Anteil der älteren MigrantInnen erhöhen. Prognosen lassen eine Zunahme der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erwarten, wobei von besonderen Rahmenbedingungen ausgegangen werden muss.

Es besteht die Gefahr, dass sich soziale Disparitäten und die Bildung ethnischer Enklaven verstärken. Neben anderem beeinflusst eine solche Entwicklung die Versorgungssituation älterer MigrantInnen negativ.

Empfehlung: (dauernd)

Die Situation der MigrantInnen muss weiter beobachtet werden, um frühzeitig Konzepte zu entwickeln.

Der Gesichtspunkt der Integration spielt eine wichtige Rolle. Insbesondere Maßnahmen zur Verbesserung der wohnortnahen Infrastruktur und der Sprachkompetenz können zur Verbesserung der Situation beitragen. Hier ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Ämtern und Organisationen, vorrangig RAA und Stadtplanungsamt, zu suchen.

Viele MigrantInnen wissen gar nicht, welche Ansprüche sie geltend machen können und fühlen sich in ihrer Situation allein gelassen.

Empfehlung: (kurzfristig)

Das bisher bestehende Informations- und Beratungsangebot muss ausgeweitet werden. Information (auch schriftlich bzw. multimedial) und Beratung sollte angeboten werden. Da viele MigrantInnen nicht mobil sind, wäre eine Einrichtung von Beratungsmöglichkeiten in den Stadtteilen mit hohem MigrantInnenanteil wünschenswert.

Gemeinsam mit der RAA sollte geprüft werden, welche Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation bestehen.

11.1.7 Handlungsfeld: Altenberichterstattung

Die vorgelegte Pflegeplanung weist an verschiedenen Stellen darauf hin, dass sich gegenseitig beeinflussende Zusammenhänge zu den Bereichen der offenen Altenarbeit bestehen, die nicht direkt Gegenstand der Pflegeplanung sein können. Sinn einer Altenberichterstattung ist, diese Bereiche zu durchleuchten, die Zusammenhänge darzustellen und Einflussmöglichkeiten aufzuzeigen. So kann eine kontinuierliche, an den jeweils aktuellen Problemlagen orientierte Altenplanung entstehen:

Empfehlung:

- Jährlicher Bericht zu einem vom Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Familie festgelegtem Schwerpunkt.
- Fortschreibung der Pflegeplanung im 2-Jahresrhythmus; Orientierung an den Terminen der Veröffentlichung der Pflegestatistik
- Evaluation beschlossener Maßnahmen

Zur Begrifflichkeit:

	Beginn/Bearbeitung
kurzfristig	im Jahre 2007
mittelfristig	bis Ende 2010