



Soziale Sicherung, Integration
Landeshauptstadt Düsseldorf



Projekt Düsseldorf 2020+ Soziale Infrastrukturen

Expertise des Amtes für soziale Sicherung
und Integration zur Situation älterer und
pflegebedürftiger Menschen in Düsseldorf

Projekt Düsseldorf 2020+

Soziale Infrastrukturen

Expertise des Amtes für soziale Sicherung und Integration zur Situation älterer und pflegebedürftiger Menschen in Düsseldorf

1.	Vorbemerkung	2
2.	Ausgangssituation	3
2.1.	Die Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland	3
2.2.	Die Situation älterer Menschen in Düsseldorf.....	8
3.	Das Projekt zur Neuausrichtung der Seniorenarbeit: „Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“	22
3.1.	Ausgangslage, Ziele und Vorgehensweise	22
3.2.	Ergebnisse.....	23
3.3.	Angebote der offenen Seniorenarbeit in Düsseldorf	26
4.	Die Situation pflegebedürftiger Menschen	33
4.1.	Die Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland	33
4.2.	Die Situation pflegebedürftiger Menschen in Düsseldorf	36
4.3.	Angebote in Düsseldorf teilstationär, stationär, komplementär.....	47
5.	Die aktuellen Prognosen des Amtes für Statistik und Wahlen in Hinblick auf die Entwicklung der älteren Bevölkerung.....	48
6.	Der Ausblick.....	52
6.1	Weiterentwicklung der Strukturen in der Seniorenarbeit.....	52
6.2	Mögliche Auswirkungen durch die Reform der Pflegeversicherung.....	56
7.	Literatur- und Quellenverzeichnis	61

1. Vorbemerkung

Die Arbeit für und mit Seniorinnen und Senioren hat eine lange Tradition in Düsseldorf. Es gibt ein gewachsenes, breit gefächertes und qualitativ hochwertiges Netz unterschiedlicher Angebote, sowohl im Rahmen der offenen Seniorenarbeit, als auch in den unterschiedlichen Formen der Pflege, Betreuung und Beratung.

Der demographische Wandel und die gesellschaftlichen Veränderungen machen jedoch eine stetige Überprüfung der Angebote mit dem Ziel der Verbesserung der Rahmenbedingungen für das älter werden in Düsseldorf erforderlich.

Die nachfolgende Expertise kann dabei auf umfangreiche Materialien zurück greifen.

Das Kapitel 2 basiert auf den Ergebnissen des Altenplanes Teil 4 aus dem Jahr 2004. Dieser wurde von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie der Universität Dortmund im Auftrag der Stadt Düsseldorf erstellt und gekürzt übernommen.

Kapitel 3 stellt die Ergebnisse des Projektes „Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“ dar.

Die Erkenntnisse des Seniorenreferates im Amt für soziale Sicherung und Integration zur Situation Pflegebedürftiger werden in Kapitel 4 dargelegt.

Die aktuellen Prognosen des Amtes für Statistik und Wahlen aus dem September 2007 in Hinblick auf die Entwicklung der älteren Bevölkerung stehen im Mittelpunkt des Kapitels 5.

Die Kapitel 6 und 7 geben einen Ausblick auf die weitere Entwicklung der Seniorenarbeit und fassen die zentralen Aussagen der Expertise zusammen.

Die unterschiedlichen Aspekte des Wohnens im Alter werden von der Expertise des Wohnungsamtes abgedeckt.

2. Ausgangssituation

2.1. Die Situation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland

Der nachfolgende gekürzte Auszug aus dem „Altenplan, Teil 4: Kommunikation, Freizeit, Bildung“ bezieht sich zwar zum Teil auf Strukturen der Seniorenarbeit, die sich inzwischen verändert haben, hat aber in seinen Grundaussagen nichts an Aktualität verloren. Zudem macht er deutlich, warum die in Kapitel 3 beschriebene Neuausrichtung notwendig wurde:

Die mit geringen Unterschieden in allen Industrieländern zu beobachtende Alterung der Bevölkerung stellt einen historisch einmaligen Wandel dar, der in seinen Konsequenzen bei Weitem noch nicht übersehen wird und auf den deshalb die Gesellschaft längst nicht hinreichend vorbereitet ist. Pflege- und Rentenproblematik werden hier zwar intensiv politisch diskutiert, um diese Versorgungsbereiche und das sie tragende System sozialer Sicherung mit Expertenunterstützung in einer Weise weiter zu entwickeln, dass sie auch bei schrumpfender Gesamtbevölkerung und steigendem Anteil Älterer noch funktionsfähig - und finanzierbar - sind. Die Fokussierung dieser Themen, so brisant sie zweifellos nach wie vor sind, wird aber nicht nur nicht ausreichen, die Folgen des demografischen Wandels gesellschaftlich zu verarbeiten; sie verstellt auch den Blick auf die Vielschichtigkeit dieses Prozesses, insbesondere auf die Chancen, die daraus neben unbestreitbaren Risiken ebenfalls resultieren. Dass der Umgang von Politik und Verwaltung mit den Fragen einer älter werdenden Bevölkerung daher einer konzeptionellen Neuorientierung bedarf, wird mittlerweile dadurch anerkannt, dass in diesbezüglichen Debatten mit zunehmender Häufigkeit von der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels die Rede ist.

Das Alter ruft in der Gesellschaft zwiespältige Reflexe hervor, je nachdem, welche Alltagserfahrungen im Vordergrund stehen: teils werden bloß die negativen Aspekte wie das Nachlassen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes, das Eintreten von Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Abhängigkeit von anderen Menschen sowie die Nähe des Todes wahrgenommen, teils ebenso einseitig nur die

Der demographische Wandel macht eine grundlegende Neuorientierung notwendig.

Pflegebedürftigkeit ist keine zwangsläufige Folge des Alterns.

positiven der Entbindung von beruflichen und familiären Verpflichtungen und die freie Verfügbarkeit der Zeit, wodurch neue Handlungsspielräume eröffnet werden.¹

In der Gerontologie wird das so genannte Defizit-Modell, die systematische Entsprechung der negativen Alltagssicht des Alters, die die Vorstellung von einem fortschreitenden Rückzug aus den sozialen Beziehungen («Disengagement») begründet, unter dem maßgeblichem Einfluss psychologischer Forschungen seit den siebziger Jahren durch das Kompetenz-Modell zunehmend in Frage gestellt: Kompetenz, verstanden als Fähigkeit, Anforderungen zu bewältigen, verändert sich demnach zwar im Alter, geht aber unabhängig von der Komplexität und ggf. auch Neuartigkeit der Anforderungen nicht verloren; resultiert jedoch Kompetenzverlust nicht zwangsläufig aus dem Altern an sich, ist er vielmehr als Folge krankhafter Prozesse anzusehen, auf die einzuwirken immerhin versucht werden kann.

Diese Erkenntnisse lenken den Blick auf die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft älterer Menschen und werfen die Frage nach Möglichkeiten aktiven Alterns auf, die in Wissenschaft und Politik seit einiger Zeit diskutiert wird und schließlich um den Gesichtspunkt der Altersproduktivität erweitert worden ist, der einen Wechsel des Fokus vom individuellen auf den gesellschaftlichen Nutzen von Aktivität in der nachberuflichen Lebensphase einleitet.²

Der schwierige und langwierige Prozess der Einführung der Pflegeversicherung hat das Problem der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen unter dem Eindruck steigender Kosten so massiv in den Vordergrund der öffentlichen Wahrnehmung gedrängt, dass Alterskompetenz keine Aufmerksamkeit finden konnte. Ohne das Problem der Pflegebedürftigkeit geringzuachten, muss festgestellt werden, dass in der seinerzeitigen Debatte die Proportionen eklatant verwischt worden sind, wie die folgenden Zahlen verdeutlichen: Die vom Deutschen Bundestag eingesetzte Enquête-Kommission »Demografischer Wandel« zitiert in ihrem 2. Zwischenbericht Berechnungen von Infratest Sozialforschung, wonach 1994 17,1% der 80-jährigen und Älteren, aber nur 2,7% der 60- bis 79-jährigen Personen in Privathaushalten pflegebedürftig waren; in Pflegeheimen lebten 0,8% der 60- bis 79-jährigen und 8,9% der 80-jährigen und Älteren. Die komplementäre Aussage hierzu lautet, dass 96,5% der 60- bis 79-jährigen und 74% der 80-jährigen und

**Kein zwangsläufiger
Kompetenzverlust
durch das Alter**

¹ BMFSFJ 2000: 66, 67.

² Naegele, Rohleder 2001: 415, 416.

Älteren, das entspricht 92% der 60-jährigen und Älteren, nicht pflegebedürftig waren. Verglichen mit aktuellen Zahlen der Pflegeversicherung erweist sich diese Hochrechnung als außerordentlich genau: 2001 lebten in der Bundesrepublik Deutschland 14.065.700 Menschen im Alter ab 65 Jahre,³ von denen 1.427.944 pflegebedürftig im Sinne der Regelungen des SGB XI waren.

Der Anteil der Pflegebedürftigen an dieser Altersgruppe lag also bei etwas über 10%,⁴ wobei der größere Teil auf die Gruppe der Hochaltrigen entfällt (Abbildung 1).

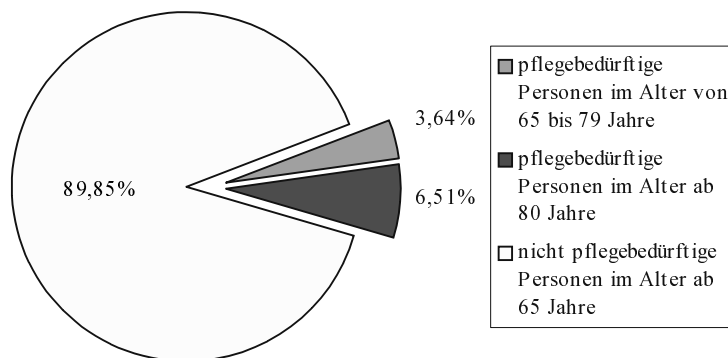


Abbildung 1: Anteil pflegebedürftiger Personen an den 65-jährigen und Älteren

Eine kalendarische Definition des Alters lässt sich nicht biologisch ableiten, sondern ist ein gesellschaftliches Konstrukt. Wenn daher das Alter krisenhafte Phänomene zeitigt, liegt dies nicht an dem Erreichen und Überschreiten eines Datums, das eine bestimmte Anzahl Lebensjahre markiert, sondern an den gesellschaftlich bedingten Konsequenzen dieses Ereignisses: der Ausgrenzung aus dem Industriegesellschaften konstituierenden Prozess par excellence, dem Arbeitsprozess, die mit dem Ende eines Teils der sozialen Beziehungen und der Notwendigkeit einer Neuorientierung einen tiefgreifenden biografischen Bruch darstellt.⁵

Altersprobleme sind oft gesellschaftlich erzeugt

Die desintegrierende Wirkung, die das Ende der Berufstätigkeit dadurch entfaltet, dass wesentliche Sozialisationsprozesse abgebrochen werden, erhöht den Stellenwert anderer Tätigkeiten, die den Funktionsverlust und seine negativen Konsequenzen kompensieren, insbesondere zur Kontinuität gesellschaftlicher

Sinnvolle Beschäftigung ist für das Altern unabdingbar

³ Quelle: Statistisches Bundesamt.

⁴ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

⁵ BMFSFJ 1996 a: 7.

Integration beitragen können.⁶ Die daraus für Politik und Gesellschaft erwachsenden Aufgaben⁷ gehen über den Horizont traditioneller Altenpolitik als Altenhilfepolitik weit hinaus, denn was sich mit dem zu erwartenden Ansteigen der Zahl älterer Menschen ohne Pflege- bzw. Hilfebedarf abzeichnet, ist kein (sozialpolitisches) Versorgungsproblem, sondern ein gesellschaftspolitisches Gestaltungsproblem, das allerdings sozialpolitisch relevant ist: Der Zusammenhang von Krankheit im Alter mit fehlender sozialer Anerkennung durch Arbeit ist nachgewiesen, präventive bzw. rehabilitative Effekte aktiven Alterns sind aber realistisch nur zu erwarten, wenn sich alternative Betätigungsmöglichkeiten zum Beruf finden lassen, d. h. auch: von der Gesellschaft bereitgestellt werden.⁸ Im Übrigen geht es um die Frage, wie die Menschen in einer Gemeinschaft, in der der Anteil Älterer rasant anwächst, miteinander umgehen werden - dies umso mehr, als alltäglicher enger Kontakt zwischen Jung und Alt auf Grund erodierender Familienstrukturen und sinkender Geburtenziffern immer weniger selbstverständlich ist. Fortschreitende Segregation der Generationen erhöht das Konfliktpotenzial zwischen einem vermeintlich endgültig unproduktiven und dem produktiven Bevölkerungsanteil; der »Ruhestand« könnte nicht mehr ohne weiteres als »wohlverdient« akzeptiert werden. Den Schaden davon hätten nicht bloß die älteren Menschen, sondern die Gesellschaft als Ganze in dem Grad, in dem sie die Kompetenzen des Alters als ihre Ressource ignoriert.

**Sinnvolle
Beschäftigung im Alter
wirkt präventiv**

**Sinnvolle
Beschäftigung im Alter
beugt dem
Generationskonflikt
vor**

Die Integration älterer Menschen in das Gemeinwesen zu fördern, ist explizit als Aufgabe kommunaler Seniorenarbeit definiert.

Die gerontologische Forschung hat zeigen können, dass das Altern nicht per se gleichbedeutend ist mit Kompetenzverlust und dramatischem Leistungsabbau, ältere Menschen vielmehr über hohe Leistungsreserven verfügen können, indessen auch deutlich werden lassen, dass Alterungsprozesse in körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Hinsicht sowohl bei verschiedenen Personen wie bei einem Menschen in verschiedenen Alternsphasen in Abhängigkeit von den jeweiligen Biografien und objektiven Lebensbedingungen unterschiedlich verlaufen.⁹ Sollen daher die Ressourcen des Alters im doppelten Wortsinn gefördert werden, so sind deren

⁶ BMFSFJ 1996 a: 6 und 9.

⁷ BMFSFJ 2000: 55.

⁸ BMFSFJ 1996 a: 8.

⁹ BMFSFJ 1994: 9 ff.

individuelle und gesellschaftliche Voraussetzungen zu berücksichtigen.

Ist es richtig, dass die Rahmenbedingungen des Alterns und seine individuellen Potenziale sich dem Grundsatz nach komplementär verhalten,¹⁰ dann können erstere im Hinblick darauf gestaltet werden, dass letztere adäquat zur Geltung kommen.

Entscheidend wäre dabei, die Dominanz von Erwerbsarbeit im Leben des Einzelnen wie der Gesellschaft abzubauen, um ein weiter gefasstes Verständnis von Produktivität und entsprechenden Normen, Werthaltungen etc. Raum zu schaffen¹¹ - die Erfolgsaussichten in dieser Sache sind, jedenfalls was die nähere Zukunft angeht, skeptisch zu beurteilen. Als kurzfristige Perspektive bleibt die Ausweitung von Gelegenheiten, auch nach dem Ende des Berufslebens persönlich als sinnvoll empfundene und ggf. für andere bzw. die Gemeinschaft nützliche Tätigkeiten auszuführen.

**Sinnvolle
Beschäftigung setzt
geeignete
Rahmenbedingungen
voraus**

¹⁰ BMFSFJ 1994: 30.

¹¹ Knopf et al. 1999: 138.

2.2. Die Situation älterer Menschen in Düsseldorf

Um möglichst objektive und fachlich fundierte Entscheidungsgrundlagen zu erarbeiten, ist im Frühjahr 2002 durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie eine repräsentative Bürgerbefragung älterer Menschen durchgeführt und bewertet worden, an deren Erstellung auch das Amt für Statistik und Wahlen beteiligt war. Im Mittelpunkt der Befragung standen Fragen zur Zufriedenheit der älteren Bürgerinnen und Bürger in Düsseldorf in Bezug auf ihre sozialen Kontakte, zum Freizeitverhalten, zur materiellen Lage, zu ihrer Wohnsituation, zu ihrer Gesundheit und zum Hilfebedarf. Insgesamt haben sich an der schriftlichen Befragung mittels einer Stichprobe von 4.000 angeschriebenen Personen im Alter ab 55 Jahren ca. 60 % (2.412) beteiligt.

**Repräsentative
Befragung**

Zusätzlich zu der Bürgerbefragung wurde die Forschungsgesellschaft beauftragt, eine Befragung zu Angeboten für ältere Menschen in Begegnungsstätten, Altenklubs und Netzwerken, bei Kultur- und Bildungsanbietern, sowie Sportvereinen und gewerblichen Finesseinrichtungen durchzuführen. Um festzustellen, ob auch Wohnungsunternehmen Angebote für Ältere vorhalten, wurden diese in die Befragung einbezogen.

**Befragung von
Senioreneinrichtungen
Anbietern und
Vereinen**

Ergänzend zur Bürger- und Anbieterbefragung hat die Forschungsgesellschaft für Gerontologie 20 Interviews mit Akteuren aus der lokalen „Seniorenarbeitsszene“ durchgeführt. Es wurden Informationen zu Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen und über die Angebote aus Sicht der Fachleute abgefragt.

**Interviews mit
Akteuren der
Seniorenarbeit**

Des Weiteren wurden Fachkonferenzen zur Seniorenarbeit in den Stadtteilen Garath, Gerresheim, Oberbilk, Oberkassel und ein Abschluss-symposium durchgeführt.

**Fachkonferenzen
durchgeführt**

Eine Arbeitsgruppe begleitete die Arbeit. Ihr gehörten Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, des Seniorenbeirates und der zuständigen Ämter für Kultur, Sport, Wohnen, Planung, Soziales, Gesundheit, Statistik und Wahlen an.

**Begleitende
Arbeitsgruppe**

Die Erkenntnisse aus den Befragungen sowohl aus den Fachkonferenzen stecken den Handlungsrahmen

künftiger Altenarbeit in Düsseldorf ab und werden im Folgenden summarisch dargestellt.

Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen in Düsseldorf

Zum Jahresende 2000 lebten in Düsseldorf insgesamt 184.601 Frauen und Männer im Alter ab 55 Jahre¹² und zählten somit zu der Altersgruppe, auf die sich die kommunale Altenplanung in Teil 4 bezieht. 60,5% macht dabei der Anteil so genannter »junger Alter«, d. h. der 55- bis 69-jährigen aus, zwischen 70 und 80 Jahren waren 26,1% und 13,4% 80 Jahre oder älter. In einer Zufallsauswahl ist im Frühjahr 2002 eine repräsentative Stichprobe von 4.000 mindestens 55 Jahre alten Personen gebildet worden, die zur Lebenssituation älterer Menschen schriftlich befragt worden sind; in Relation zu den Einwohnerzahlen von 2000 beträgt die Stichprobengröße also 2,17%. Bei einem Rücklauf von 2.412 Fragebögen, d. h. einer Rücklaufquote von 60,3%, liegen der Analyse der Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen mithin die Angaben von 1,31% der fraglichen Bevölkerungsgruppe zu Grunde.

**Repräsentative
Stichprobe von 4000
Personen ab 55 Jahren**

**2.412 ausgewertete
Fragebögen**

Die Altersstruktur der Stichprobe entspricht mit 59,5% 55- bis 69-jährigen, 27,4% 70- bis 79-jährigen und 13,1% 80-jährigen und Älteren der Grundgesamtheit. Ende 2000 lag der Anteil nicht deutscher Personen unter den 55-jährigen und Älteren bei 8,9%,¹³ in der Stichprobe aber lediglich bei 5,3%, was auf die - zumal bei bestimmten Nationalitäten wie beispielsweise Menschen aus der Türkei - häufig unzureichenden deutschen Sprachkenntnisse zurückzuführen ist, die eine Beteiligung an schriftlichen Umfragen naturgemäß erheblich erschweren bzw. ausschließen. Dies muss bei der Interpretation der Aussagen zur Lebens- und Bedarfssituation von Migrantinnen und Migranten berücksichtigt werden, wobei davon ausgegangen werden kann, dass diejenigen unter ihnen, die die deutsche Sprache so gut beherrschen, dass sie den Fragebogen beantworten konnten, eher in vergleichsweise privilegierten Verhältnissen leben.

¹² Gemeldete Personen mit Hauptwohnsitz in Düsseldorf; Quelle: Stadt Düsseldorf, Amt 12.2.

¹³ Quelle: Stadt Düsseldorf, Amt 12

Die Befragung umfasste zwei Themenkomplexe: zum einen die materielle Situation der älteren Menschen, womit nicht allein ihr Einkommen, sondern ebenso ihre Wohnbedingungen, ihr Gesundheitszustand sowie ihre sozialen Kontakte gemeint sind, und zum anderen die Gestaltung ihres Alltags.

Fragen zur materiellen Situation und zur Gestaltung des Alltags

Das resultierende Gesamtbild des Alterns in Düsseldorf ist durch ein hohes Maß an Zufriedenheit geprägt: Ältere Menschen leben hier überwiegend ohne finanzielle Sorgen (60,1%), sind mit ihrer Wohnsituation zufrieden (81,6%), fühlen sich wenigstens einigermaßen gesund (65,7%), haben ausreichend Gelegenheit zu sozialen Kontakten (81%), sind mit diesen im Großen und Ganzen oder sogar sehr zufrieden (84,6%) und gehen im Alltag einer Vielzahl von Beschäftigungen nach. Die Düsseldorfer Altenbevölkerung weist damit ein hohes Potenzial für produktives bzw. »erfolgreiches« Altern auf; überkommene Betreuungsangebote der »offenen« Altenhilfe können in diesem Segment keine Resonanz finden, zumal hier auch genügend Finanzkraft existiert, um konsumtive Freizeitansprüche realisieren zu können.

Ältere Menschen in Düsseldorf sind mit ihrer Lebenssituation überwiegend zufrieden

Zugleich sind - insbesondere - in diesem Teil der Altenbevölkerung noch Ressourcen für gesellschaftliches Engagement zu erwarten, die kommunale Förderung verdienen.

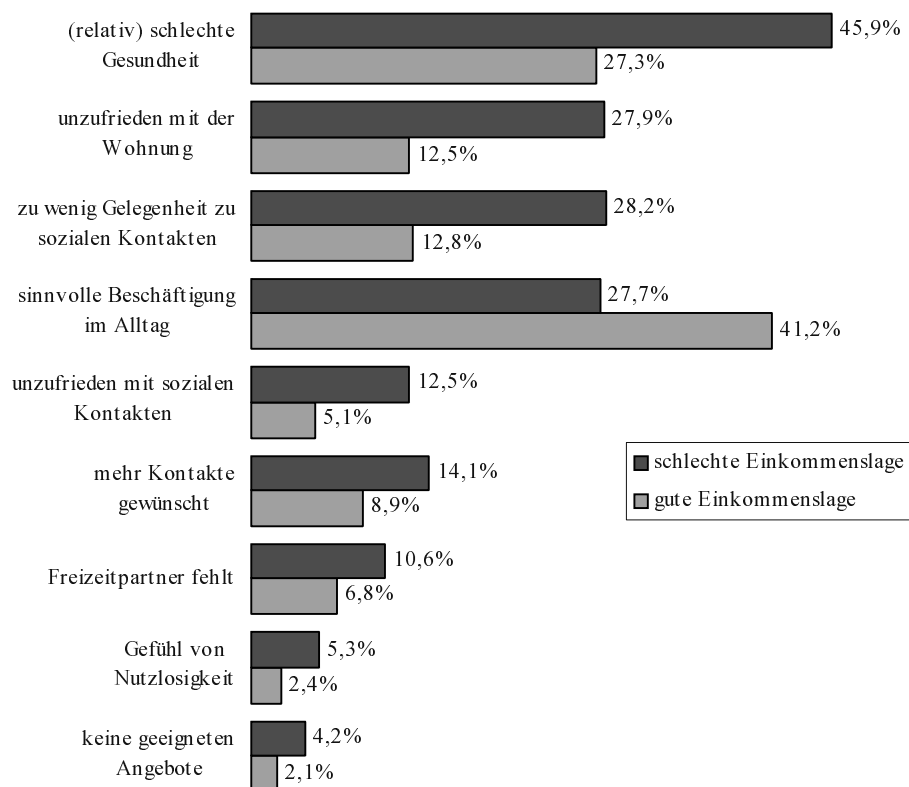


Abbildung 2: Einkommen und andere Aspekte des Lebens im Alter

Von dieser positiven Gesamteinschätzung heben sich allerdings Gruppen älterer Menschen ab, die stärker von negativen Lebenslagen betroffen sind; diese kumulieren überdies häufig, wie Abbildung 2 am Beispiel der Einkommenssituation verdeutlicht: Wer eher nur über geringes Einkommen verfügt, fühlt sich oft etwa auch weniger gesund, ist weniger zufrieden mit der Wohnsituation, hat weniger Gelegenheit zu Kontakten mit anderen Menschen, geht im Alltag weniger sinnvollen Tätigkeiten nach, etc. Auch treten diese negativen Merkmale unter Frauen häufiger als unter Männern auf, unter Personen nicht-deutscher Herkunft häufiger als unter Deutschen, jedoch nicht generell unter Hochaltrigen häufiger als in anderen Altersgruppen ab 55 Jahre; allerdings sind die Raten im Hinblick auf einen schlechten Gesundheitszustand, fehlende Gelegenheiten zur Pflege sozialer Kontakte sowie einen Mangel an sinnvollen Beschäftigungen unter den 80-jährigen und Älteren am höchsten. Benachteiligungen, die sich aus diesen Gründen in Bezug auf Kommunikation, die Nutzung von Bildungs- bzw. Kulturangeboten sowie die Alltagsaktivitäten insgesamt ergeben, sind Gegenstand

Es gibt Gruppen von Menschen, die von negativen Lebenslagen betroffen sind

kommunaler Altenarbeit, um durch möglichst weitgehende Kompensation die präventive Dimension »erfolgreichen« Alterns zur Geltung zu bringen.

Ältere Menschen in Düsseldorf leben entsprechend ihres Familienstandes am häufigsten in Wohnungen mit einer Person oder zwei Personen - in Single-Haushalten vor allem Frauen. Die engsten Kontakte werden im Alter mit den nächsten Angehörigen gepflegt, wobei die eigenen Kinder eine noch wichtigere Stellung einnehmen als die Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. der -partner. Häufiger, wenngleich unterschiedlich intensiver persönlicher oder telefonischer Kontakt besteht ebenfalls zu Freunden, Bekannten und Nachbarn, in geringerem Maße auch zu den Enkelkindern. Weit überwiegend werden die sozialen Kontakte als wenigstens im Großen und Ganzen zufriedenstellend beschrieben, ebenso ist größtenteils ausreichend Gelegenheit zur Kontaktpflege gegeben, doch fehlt es immerhin fast einem Fünftel der Älteren an solchen Gelegenheiten. Isolation droht in diesen Fällen vor allem bei Mobilitätseinschränkungen - deren Eintrittswahrscheinlichkeit mit dem Alter zunimmt -, besonders wenn emotionale Belastungen beim Tod des Ehe- bzw. Lebenspartners die Mobilität zusätzlich beeinträchtigen. Dann - wiederum mit präventiver Intention - den sozialen Kontakt zu fördern, bleibt als Aufgabe kommunaler Altenarbeit wichtig.

**Ältere Menschen leben
meist in kleinen
Haushalten**

**Viele ältere Menschen
haben keine
ausreichende
Gelegenheit zu
sozialen Kontakten**

Zu den Hauptbeschäftigungen der älteren Menschen in Düsseldorf zählen zunächst solche, denen sie in ihrer Häuslichkeit nachgehen: Fernsehen, Radio bzw. Musik hören, Lesen, Rätsel raten. Hohe Attraktivität unter den Aktivitäten, die mit gewisser Regelmäßigkeit außerhalb der eigenen Wohnung oder des Hauses stattfinden, besitzen Spazierengehen, der Besuch von Verwandten, Freunden bzw. Bekannten, Ausflüge bzw. kleine Reisen, der Besuch von Cafés, Restaurants, Kneipen sowie von Kultureinrichtungen bzw. -veranstaltungen wie Kinos, Theater, Museen oder Konzerten; nicht ganz 60% sind Mitglied in Vereinen bzw. Organisationen, dabei dominieren passive Mitgliedschaften. Angebote von Begegnungszentren bzw. Seniorenbegegnungsstätten werden dagegen kaum in Anspruch genommen: weniger als 10% der 55-jährigen und Älteren besuchen eine dieser Einrichtungen zumindest einmal pro Monat. Noch seltener ist die Aufnahme bezahlter, berufsähnlicher Nebentätigkeiten und die Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe; ein Fünftel der fraglichen Altersgruppe ist ehrenamtlich engagiert. Ist eine Bewertung der Freizeitangebote im jeweiligen Stadtteil möglich, werden

**Ältere Menschen
beschäftigen sich
zumeist in ihrer
Häuslichkeit**

sie von der Mehrheit der älteren Einwohnerinnen und Einwohner positiv eingeschätzt; mehr als 40% von ihnen sehen sich jedoch überhaupt nicht in der Lage, hierzu ein Urteil abzugeben bzw. eine Aussage darüber zu treffen, ob zusätzliche Angebote erforderlich sind. Solche Unkenntnis herrscht im Besonderen auch, was spezielle Angebote für Menschen im Alter angeht: Fast vier Fünfteln der Bevölkerung ab 55 Jahre sind dergleichen nicht bekannt; am höchsten ist mit etwas über 10% der Bekanntheitsgrad von Altenbegegnungsstätten, Altenclubs usw., Gymnastik-, Sport- und andere Bewegungsangebote für ältere Menschen kennen nicht einmal ganz 5%, sonstige Angebote erreichen Werte um 1% bzw. zu einem großen Teil sogar deutlich darunter. Für die kommunale Altenplanung stellt sich vor diesem Hintergrund zum einen die Frage der Verbesserung der Information über die vorhandenen Möglichkeiten zur Gestaltung der freien Zeit, zum anderen die nach dem Verhältnis des Aufwands für den Betrieb der mit öffentlichen Mitteln geförderten Altenbegegnungsstätten, Altenclubs u. ä. und deren Nutzung.

Freizeitangebote und Angebote für Ältere sind z.T. nicht bekannt

Angebote, die sich explizit an ältere Menschen wenden, werden mit zunehmendem Alter häufiger in Anspruch genommen, und zwar von Frauen stärker als von Männern, doch beträgt der Anteil derjenigen, die die betreffenden Einrichtungen bzw. Veranstaltungen nicht besuchen, auch in den höheren Altersgruppen um zwei Drittel. Teilgenommen wird bevorzugt an Ausflügen bzw. Reisen sowie an sportlichen Betätigungen, wobei die höchsten Beteiligungsquoten im Alter zwischen 70 und 80 Jahren festzustellen sind; in nahezu allen Angebotsbereichen sind Frauen in der Überzahl, besonders deutlich aber in den beiden, die auch im Ganzen den größten Zuspruch erfahren. Wenngleich indessen eine klare Diskrepanz zwischen der erklärten Ausrichtung der hier in Rede stehenden Angebote auf die Zielgruppe älterer Menschen und ihrer faktischen Nutzung durch diesen Personenkreis zu erkennen ist, wird die Meinung nur selten vertreten, diese Angebote seien überflüssig; im Gegenteil werden sie von ca. einem Viertel der 55-jährigen und Älteren prinzipiell als notwendig angesehen, mehr als ein weiteres Drittel bezieht die entsprechende Einschätzung immerhin auf einen Teil der Altenbevölkerung. Auffällig ist wiederum der hohe Anteil - gut ein Drittel - älterer Frauen und Männer, die hinsichtlich einer Bewertung dieser Angebote unsicher sind. Im Widerspruch zu dem verbreiteten Desinteresse an Altenbegegnungsstätten steht ihre Beurteilung als sinnvoll durch annähernd zwei Drittel der

Angebote für Ältere werden z.T. nicht in Anspruch genommen

Älteren in Düsseldorf und als mindestens teilweise sinnvoll durch noch einmal ein Fünftel; jeder Achte im Alter ab 55 Jahre weiß in dieser Beziehung keine Angabe zu machen. Diese Ergebnisse der Düsseldorfer Seniorenbefragung lassen sich in dem Sinne interpretieren, dass einerseits sich die vorhandenen Angebote zu Begegnung, Kommunikation und aktiver Alltagsgestaltung im Alter - soweit sie bekannt sind - nur zu einem kleinen Teil mit den Vorstellungen älterer Menschen decken, wie sie die Zeit nach dem Ende ihrer Erwerbstätigkeit bzw. jenseits ihrer familiären Verpflichtungen verbringen möchten, sie es andererseits jedoch nichtsdestotrotz für wichtig halten, dass solche Angebote ggf. zur Verfügung stehen. Für den kommunalen Planungsprozess heißt dies, sich langfristig darauf einzustellen, dass Bedarf im Zusammenhang mit der Suche nach Beschäftigung im Alter, die als sinnvoll erlebt werden kann, besteht und diesem weder durch kommerzielle Angebote noch durch die unter dem Label »offene Altenarbeit« (bzw. »offene Altenhilfe«) firmierenden zu genügen sein wird.

Angebote für ältere Menschen in Düsseldorf

Den Feststellungen, die auf der Grundlage der Repräsentativbefragung älterer Menschen in Düsseldorf zu treffen sind und unter dem Aspekt von Kommunikation, Freizeit und Bildung, der zentralen Thematik des vierten Abschnitts der kommunalen Altenplanung, die Nachfrageseite abbilden, steht eine Analyse der Angebotsseite gegenüber, die, wie bereits erwähnt, außer Altenbegegnungsstätten, Altenclubs u. dgl. die verschiedenen »Netzwerke« und die Bereiche Kultur, Bildung, Sport und Fitness sowie die Wohnungsunternehmen berücksichtigt und einen differenzierten Einblick in die Nutzung durch Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger im Alter ab 55 Jahre bietet:

Begegnungsstätten, Altenclubs bzw. vergleichbare Angebote der Kirchengemeinden und Netzwerke weisen bezüglich der Öffnungs- bzw. Veranstaltungszeiten, sowohl was die Wochentage wie die Uhrzeiten angeht, starke Unterschiede auf. Dem Grundsatz nach stehen Begegnungsstätten dem Publikum häufiger und länger offen als Altenclubs u. ä., nämlich zumeist an wenigstens vier Wochentagen und für mindestens sechs Stunden; Veranstaltungen von Altenclubs usw. finden dagegen im Allgemeinen nur einmal wöchentlich statt und dauern zwischen zwei und vier Stunden. Es gibt jedoch Begegnungsstätten ebenso wie Altenclubs etc., die von dieser generalisierenden Aussage deutlich abweichen - z. B. Begegnungsstätten, die an weniger als vier

Befragung zu Angeboten, die von älteren Menschen genutzt werden

Öffnungszeiten z.T. sehr unterschiedlich

Wochentagen und nur einige Stunden geöffnet sind, oder Altenclubs, die an fünf Wochentagen Kontaktmöglichkeiten bieten. Engagement in Netzwerken findet an wenigstens vier Werktagen pro Woche statt. An Wochenenden sind hingegen nur wenige der hier betrachteten Einrichtungen geöffnet, was insofern problematisch ist, als anderweitige Gelegenheiten zu sozialem Kontakt an diesen Tagen für manche älteren Menschen, etwa alleinlebende mit reduzierter Mobilität bzw. auch mit geringem Einkommen, ohnedies eingeschränkt sind und deswegen Einsamkeit häufig stärker empfunden wird.

Unter den Veranstaltungen, die in Begegnungsstätten, Altenclubs usw. durchgeführt werden, stehen kommunikative bzw. gesellige Treffen an erster Stelle, ein ebenfalls sehr großer Teil dieser Einrichtungen unterhält Reise-, Ausflugs- oder Wanderprogramme, des Weiteren nehmen Informations- und Vortragsangebote breiten Raum ein. Andere Veranstaltungen, vor allem solche, die in Vorbereitung und Realisierung personell aufwändiger sind, beispielsweise Beratung, Kulturprogramme oder Kurse zu gesundheitsbezogenen Themen, finden demgegenüber wesentlich seltener statt. Die Erwartungen, die auf Grund ihres Konzepts an die Netzwerke gestellt werden, erfüllen sich nicht; ihre Aktivitäten unterscheiden sich mit wenigen Ausnahmen nicht von denen, die für die traditionelle »offene Altenarbeit« typisch sind. In Anbetracht einer sich verändernden Altenpopulation, die im Durchschnitt materiell gut gestellt ist, fragt sich, ob eine Förderung von Angeboten mit Unterhaltungscharakter noch angemessen ist.

**Hauptangebote:
gesellige Treffs,
Reisen, Ausflüge,
Wanderungen**

Über die Nutzung von Begegnungsstätten für ältere Menschen, Altenclubs etc. lässt sich mit Bestimmtheit nur sagen, dass sie insgesamt höchst unbefriedigend dokumentiert ist: Je höher die mittlere regelmäßige Teilnehmerzahl von den Einrichtungen beziffert wird, desto zurückhaltender ist sie mit Blick auf das in der Seniorenbefragung deutlich gewordene geringe diesbezügliche Interesse zu bewerten. Fast drei Viertel der Angaben entfallen auf Werte von bis zu 50 regelmäßigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern; bevorzugt werden Musik- bzw. Tanzveranstaltungen und kommunikative bzw. gesellige Treffen, während gesundheitsbezogene Veranstaltungen und Beratung am wenigsten in Anspruch genommen werden. Wenn die Nutzung von Einrichtungen für ältere Menschen als Förderkriterium herangezogen wird, muss erwartet

**Unzulängliche
Dokumentationen der
Nutzung der Angebote**

werden können, dass sie sorgfältig belegt wird. Dies setzt ein einheitliches Dokumentationssystem voraus, das in der Handhabung einfach, in der Funktion aussagekräftig und in der Anwendung für eine Förderung verbindlich ist.

Die untersuchten Begegnungs- und Kommunikationsangebote werden von Personen in Anspruch genommen, die mehrheitlich wenigstens 70, zu einem sehr großen Teil aber bereits 80 Jahre oder älter sind. Indessen tritt ein auffälliger Unterschied in der Altersstruktur der Besucherinnen und Besucher bzw. Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischen traditionellen Einrichtungen und Angeboten und der neueren Organisationsform der Netzwerke hervor: Letztere sind vor allem für die Gruppe der »jungen Alten« zwischen 55 und 70 Jahren attraktiv, die mehr als die Hälfte der in dieser Form engagierten Menschen ausmacht, wogegen die Hochaltrigen, die die Altenclubs und vergleichbaren Angebote dominieren, hier wesentlich weniger vertreten sind. Auch das Überwiegen des Frauenanteils, das im Hinblick auf die weitaus meisten Einrichtungen, Angebote und Veranstaltungen festzustellen ist, fällt in den Netzwerken weniger deutlich aus. Ungeachtet der oben angesprochenen Diskrepanz zwischen dem konzeptionellem Anspruch der Netzwerke und dessen Realisierung bieten diese offensichtlich eher einen Aktionsrahmen für »produktives Altern« als Begegnungsstätten, Altenclubs u. ä. und sind in dieser Beziehung wahrscheinlich auch noch entwicklungsfähig.

Begegnungs- und Kommunikationsangebote für ältere Menschen in Düsseldorf sind zum größten Teil nicht auf spezielle Teilpopulationen ausgerichtet, insbesondere ist die klassische Altenhilfeklientel, die hilfebedürftigen Personen und die mit geringem Einkommen, von untergeordneter Bedeutung; soweit besondere Zielgruppen angeführt werden, stehen vielmehr aktive und mobile ältere Leute im Vordergrund. Dies kann aber nicht generell als Vernachlässigung des unterprivilegierten Teils der Altenbevölkerung verstanden werden, sondern bestätigt die schon in der Bürgerbefragung ersichtlich gewordene im Allgemeinen zufriedenstellende Lebenssituation der Älteren in Düsseldorf.

Möglichkeiten nachberuflichen Engagements bestehen im Zusammenhang mit Begegnungs- und Kommunikationsangeboten für ältere Menschen in erster Linie in der ehrenamtlichen Betreuung von Seniorinnen und Senioren, sodann auch in der Übernahme einer Referentenfunktion sowie in Aushilfstätigkeiten. Der hohe

**Keine differenzierte
Zielgruppen-
orientierung**

Stellenwert ehrenamtlicher Mitarbeit zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der Personalsituation in besagtem Bereich: Zwar wird die Arbeit in einer großen Zahl von Einrichtungen von einer hauptberuflich tätigen Leitungskraft bzw. hauptberuflich beschäftigtem Personal getragen, doch ist die Zahl derjenigen Einrichtungen in etwa gleich hoch, die ausschließlich ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einsetzen, in der Hauptsache Altenclubs bzw. vergleichbare Angebote; lediglich knapp 10% kommen ganz ohne ehrenamtliches Engagement aus. Fachliche Beratung und Begleitung sowie Fortbildung des ehrenamtlichen Personals sind allerdings in weniger als 60% der Einrichtungen gegeben, eine finanzielle Aufwandsentschädigung oder eine sonstige Entschädigung nur in jeder fünften. Die faktische Bedeutung ehrenamtlicher Tätigkeit für die Unterhaltung von Begegnungs- und Kommunikationsangeboten für ältere Menschen steht mithin häufig in lebhaftem Kontrast zu den Arbeitsbedingungen im Ehrenamt und der Wertschätzung, die sich darin spiegelt.

Hoher Stellenwert ehrenamtlicher Mitarbeit

Begegnungs- und Kommunikationsangebote für ältere Menschen werden typischerweise im Wege einer Mischfinanzierung unterhalten, in die neben kommunalen Zuschüssen, Eigenmitteln des jeweiligen Trägers, Spenden u. ä. vielfach auch Kostenbeiträge der Nutzerinnen und Nutzer einfließen. Die Älteren sind also nicht nur, wie bereits aus der Seniorenbefragung zu ersehen war, größtenteils in der Lage, sondern auch bereit, für die Inanspruchnahme solcher Angebote zu zahlen. Zugleich stellt sich bei geförderten Einrichtungen bzw. Angeboten die Frage nach der Verwendung der Fördermittel, wenn für die Teilnahme an Veranstaltungen ein Entgelt erhoben wird.

Mischfinanzierung

Für die Angebote von Seniorenbegegnungsstätten, Altenclubs etc. wird auf vielfältige Weise geworben, vorzugsweise durch eigene Publikationen, Monatsprogramme, Plakate oder die lokale Presse; nur ein geringer Teil der betreffenden Einrichtungen verzichtet aus Kostengründen auf Werbung. Obwohl demnach ein gewisser Werbeaufwand getrieben wird, ist aus der Repräsentativbefragung älterer Menschen hervorgegangen, dass diese Angebote oft wenig bekannt sind, d. h. der Werbeeffekt offenbar begrenzt ist.

Angebot für ältere Menschen z.T. wenig bekannt

Kultur- und Bildungsangebote werden in Düsseldorf von den 55-jährigen und Älteren in geringerem Umfang angenommen, als ihrem Anteil an der

Gesamtbevölkerung entspricht: Dieser beträgt 31,4%,¹⁴ aber insgesamt nur 15% der Besucherinnen und Besucher von Bildungs- bzw. Kultureinrichtungen gehören zu dieser Altersgruppe, wobei jedoch die Altersstruktur des Publikums einer großen Zahl von Einrichtungen von diesem Durchschnittswert deutlich abweicht. Das Interessenspektrum älterer Menschen in Hinsicht auf Bildung und Kultur ist, soweit sie an solchen Veranstaltungen teilnehmen, breit gefächert, eindeutige Schwerpunkte sind nicht festzustellen. Einrichtungen mit speziellen Bildungs- bzw. Kulturangeboten für ältere Menschen sind in der Minderheit, diesbezügliche Planungen werden ebenfalls selten angestellt; es herrscht die Auffassung vor, dass Bildung sowohl wie Kultur alle Altersgruppen erreichen sollten. Zu einem großen Teil bestehen im Bildungs- und Kulturbereich Möglichkeiten zu nachberuflichem Engagement von mitunter anspruchsvollem Charakter; ehrenamtliche Tätigkeiten kommen seltener vor als in der Arbeit von Begegnungsstätten, Altenclubs u. dgl., sind aber häufiger mit einem höheren Maß an Verantwortung verbunden und mit mehr Gestaltungskompetenz ausgestattet. So einleuchtend die Argumentation ist, dass Bildungs- und Kulturinteresse nicht an ein bestimmtes Alter gebunden ist, kann nicht darüber hinweg gesehen werden, dass sich im Alter sowohl spezifische Interessen entwickeln als auch andere Zugangswege zu Kultur und Bildung gesucht werden können. Dieses - auch unter kommerziellem Gesichtspunkt womöglich interessante - Potenzial wird von den angesprochenen Institutionen noch kaum beachtet.

Ältere Menschen in Düsseldorf nehmen in großer Zahl Sport- und Fitnessangebote wahr; jedenfalls trifft dies auf die »jungen Alten« zwischen 55 und 70 Jahren zu, für die 70-jährigen und Älteren hingegen nicht in gleichem Maße, was teils mit den in dieser Altersgruppe mit höherer Wahrscheinlichkeit auftretenden Bewegungseinschränkungen, teils aber auch damit zusammenhängen dürfte, dass die Älteren von zwei Dritteln der Vereine bzw. Einrichtungen nicht als spezifische Zielgruppe angesehen werden und auf deren Bedürfnisse ausgerichtete Angebote für die nahe Zukunft auch kaum geplant werden. Dass bei Sport und Bewegung im Alter physische Besonderheiten zu berücksichtigen sind, die von alterungsbedingten degenerativen Prozessen herrühren, scheinen auf der anderen Seite eine Reihe von Vereinen bzw. Einrichtungen insofern anzuerkennen, als sie eigens

Ältere Menschen weisen ein breites Interessensspektrum in Bezug auf Bildung und Kultur auf, nutzen Angebote aber weniger, als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht

An Sport- und Fitnessprogrammen beteiligen sich vornehmlich die »jungen Alten« Teilweise ist eine spezielle Betreuung bei altersbedingten Bewegungseinschränkungen gegeben

¹⁴ Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen.

Personal für die Arbeit mit älteren Menschen einsetzen, überwiegend zwar ehrenamtliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, doch auch hauptberuflich oder nebenberuflich tätige. Aus dem Blickwinkel der präventiven Wirkung sportlicher Betätigung ist es sinnvoll, dass die Vereine ebenso wie gewerblich betriebene Fitnessstudios älteren Menschen größere Beachtung schenken; letztere könnten sich einen Kundenkreis erschließen, der ihre Angebote noch nicht regelmäßig nutzt, aber ein hohes Interesse an der Erhaltung der Gesundheit besitzt und dafür beträchtliche Mittel ausgeben kann.

Die Mieterstruktur der Wohnungsunternehmen in Düsseldorf weist einen Anteil 55-jähriger und Älterer von rd. 40% auf, der künftig weiter ansteigen wird. Auf die Alterung ihrer Mieterschaft und die daraus resultierende Veränderung ihrer Bedürfnisse sind diese Unternehmen jedoch erst wenig vorbereitet: Wenn Angebote für ältere Mieter von ihnen bzw. geeigneten Kooperationspartnern unterhalten werden, betreffen diese im Wesentlichen - zumindest mittelbar - Versorgungsnotwendigkeiten im Alter, z. B. Wohnraumanpassung, behindertengerechten Umbau, Notrufanlagen; der Bereich Kommunikation, Freizeit und Bildung, der die Thematik des Altenplans Teil 4 bildet, wird dagegen - mit der Ausnahme eines Nachbarschaftscafés - noch gar nicht aufgegriffen. Älter werdende Menschen werden von den Wohnungsunternehmen als Mieter nur zu halten sein, wenn neben räumlichen und Ausstattungsverbesserungen, die ggf. trotz Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit den Verbleib in der eigenen Wohnung erlauben, in den Wohnanlagen infrastrukturelle Voraussetzungen für Begegnung, Kommunikation und Teilnahme am Leben in der Mietergemeinschaft gegeben sind.

Expertenmeinungen zu Lebens- und Bedarfslagen älterer Menschen in Düsseldorf

In Ergänzung zu den Befragungen älterer Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger und zu den ihnen zur Verfügung stehenden Angeboten sind von Seiten des Instituts für Gerontologie 20 Interviews mit Fachleuten der örtlichen Altenarbeit durchgeführt worden, in denen ein vielfältiges Spektrum von Ansichten und Meinungen vertreten wurde:

Zur Frage nach den wichtigsten Problemlagen Düsseldorfer Senioren wurde vor allem von Seiten der Seniorenvertreter häufig Verkehrsprobleme, teilweise schlechte Einkaufsmöglichkeiten und die Isolation vieler alter Menschen genannt. Von Mitarbeitern der

Wohnungsunternehmen sind auf die Alterung ihrer Mieterschaft nicht ausreichend vorbereitet, insbesondere im Bereich Kommunikation, Kultur, Bildung

Als Hauptproblem älterer Menschen in Düsseldorf gelten:

Schwierigkeiten im Straßenverkehr,

unzureichende Einkaufsmöglichkeiten,

Isolation

städtischen Dienste wurde besonders auf die teilweise drastischen Problemlagen ihrer Klientel hingewiesen (Krankheiten/Demenz, Sucht, Armut etc.). Isolation und verdeckte Armut sei im Übrigen auch in »wohlhabenden« Stadtteilen ein Problem.

Die Antworten zur Frage nach »sinnvolle Betätigungen« im Alter hoben im Wesentlichen auf individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten ab. Generell wurde für zukünftige Altengenerationen jedoch ein erhöhtes Bedürfnis nach Aktivität, sozialem Engagement und »Nachholbedarf« für in der Berufsphase brachliegende Tätigkeiten prognostiziert.

Die Beschreibung und Bewertung der Angebotssituation im Freizeit-, Kommunikations- und Kulturbereich ergab fast durchweg eine positive Einschätzung. Begegnungsstätten, Altenclubs, Vereine etc. seien vor Ort überwiegend in ausreichendem Maße vorhanden, kulturell bedeutsame Stätten im Stadtkern konzentriert. Eingeschränkt wurde diese Aussage dadurch, dass die bestehenden Angebote fast ausschließlich für mobile Alte erreichbar seien. Auch für Migrantinnen und Migranten der ersten Generation sind Lücken festzustellen. Die Meinungen bestätigen einen Dualismus von Begegnungsstätten und Netzwerken: hier die vorwiegend Hochaltrigen mit »Konsumeinstellung«, dort die jüngeren Alten mit ausgeprägt »produktiver« Einstellung. Die Beteiligung der Senioren an den Netzwerken ist im Übrigen je nach Stadtteil unterschiedlich ausgeprägt und wird überwiegend als verbesserungsbedürftig bewertet.

Freizeit-, Kommunikations- und Kulturangebote werden grundsätzlich positiv eingeschätzt, es gibt aber Probleme bei der Erreichbarkeit für immobile Personen

Zur Beurteilung der Kooperation und Vernetzung lässt sich sagen, dass die Existenz der Arbeitskreise in allen Düsseldorfer Stadtteilen einhellig begrüßt wurde, wobei anscheinend nicht alle Arbeitskreise gleich effektiv arbeiten. Für offene Angebote werden allerdings auch zum Teil Abschottungstendenzen festgestellt. Von professioneller Seite wurden die Vernetzungsstrukturen insgesamt etwas kritischer beurteilt, z. B. wurde bemängelt, dass es teilweise konkurrierende Strukturen verschiedener Arbeitskreise gebe oder die Angebote im lokalen Raum insgesamt zu wenig vernetzt seien. Positiv dagegen wurde die Zusammenarbeit der Verbände bei den Netzwerken eingeschätzt.

Arbeitskreise nicht alle gleich effektiv

Bezüglich der Erwartungen an das Projekt und die Stadt Düsseldorf schwankte die Bandbreite der Meinungen

zwischen allgemeinen Wünschen und sehr konkreten Vorschlägen. Von Seiten der Seniorenvertreter wurde besonders der Gesichtspunkt der (immateriellen) Anerkennung und Partizipation, z. B. in den Bezirksvertretungen, betont. Von allen Gesprächspartner wurden die finanziellen Möglichkeiten der Stadt realistisch eingeschätzt, d. h. es werden keine Wunderdinge erwartet. Allerdings wurde auch durchgehend gefordert, dass die Stadt keine Mittel kürzen dürfe. Von fast allen Gesprächspartner werden die bestehenden Vernetzungsstrukturen für ausbaufähig gehalten, und zwar in dem Sinne, dass die Lebenswelten älterer Menschen besser zu berücksichtigen seien.

**Erwartungen an die Stadt:
Verbesserte
Mitwirkungsmöglichkeiten und finanzielle
Absicherung der
Seniorenarbeit**

Fachkonferenzen in den ausgewählten Stadtteilen

Die in Oberbilk, Oberkassel, Garath und Gerresheim durchgeführten Stadtteilforen haben den Zweck erreicht, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über den Prozess der kommunalen Altenplanung und dabei insbesondere erste Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zu informieren und sie dadurch in die Diskussion um die Weiterentwicklung der Altenarbeit in der Stadt einzubeziehen. Im Ergebnis waren sie aber enttäuschend, weil die abgegebenen Stellungnahmen, soweit sie über die Anreicherung der vorgetragenen Befragungsergebnisse durch eigene Erfahrungen und zusätzliche Informationen hinausgingen, einem defizitorientierten Bild des Alters verhaftet blieben, die von einer am Kompetenzbegriff ansetzenden Debatte erwarteten Impulse für die gesellschaftliche Partizipation des Alters daher fehlten. Die notwendige Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des sozio-demografischen Wandels und infolgedessen mit dem vorherrschenden Altersbild, wie sie oben einleitend umrissen wurden, muss in den beteiligten Institutionen, Organisationen usw. offensichtlich noch intensiv geführt werden, damit eine die gesellschaftlichen Veränderungen reflektierende Neuausrichtung der Altenarbeit in Düsseldorf möglich wird.

*Ende des Auszuges aus dem Altenplan, Teil 4:
Kommunikation, Freizeit, Bildung*

3. Das Projekt zur Neuausrichtung der Seniorenarbeit: „Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“

3.1. Ausgangslage, Ziele und Vorgehensweise

Der Altenplan Teil 4 - Kommunikation, Freizeit und Bildung – hat empfohlen die Leitlinien der Seniorenarbeit neu zu definieren und ein integriertes Konzept für die kommunale Seniorenarbeit und -planung zu erarbeiten, dass die Ressourcen von Seniorinnen und Senioren berücksichtigt. Die Vergabe von Fördermitteln solle sich an den Interessen der Zielgruppen orientieren. Wichtig sei auch die Verständigung auf ein einheitliches, nachvollziehbares Dokumentationssystem.

Ältere Menschen mit Mobilitätseinschränkungen müssten die Möglichkeit haben, an allen konsumtiven und produktiven Aktivitäten teilzunehmen; dies sei bei allen baulichen, insbesondere städtebaulichen, und verkehrstechnischen Projekten bzw. Sanierungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Die gleichen Beteiligungsansprüche bestehen bei älteren Menschen mit finanziellen Einschränkungen.

Das bestehende Angebot ist über Jahrzehnte gewachsen und breit gefächert. Dennoch machen die demographischen Veränderungen und der Wandel der Lebensformen und Lebensstile in unserer Gesellschaft es notwendig, die Inhalte und die Ausrichtung der Arbeit für und mit Seniorinnen und Senioren zu überprüfen. Die Rahmenbedingungen für die Lebenssituation älterer Menschen sollen ein weitestgehend selbstbestimmtes, sozial eingebundenes Leben ermöglichen. Die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Seniorenarbeit wird auch durch die dargestellten Ergebnisse der Befragungen und die Handlungsempfehlungen des Altenplanes Teil 4 zu bisherigen Angeboten der Seniorenarbeit deutlich.

Die Neuausrichtung erfolgt vor dem Hintergrund des Haushaltsbegleitantrages im Ausschuss für Gesundheit und Soziales vom 24.11.2003, mit dem die Verwaltung aufgefordert wurde, in Zusammenarbeit mit den Verbänden, den Kirchen, dem Seniorenbeirat und den politischen Vertreterinnen und Vertretern der im Rat vertretenen Fraktionen bündige Konzepte zu entwickeln,

Die Erkenntnisse des Altenplanes Teil IV, die demographischen Veränderungen und ein politischer Auftrag die Haushaltsmittel effektiv zu nutzen gaben den Anstoß zum Projekt „Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“

Die Projektarbeit erfolgt in Zusammenarbeit mit den Düsseldorfer Wohlfahrtsverbänden, den Ratsfraktionen und dem Seniorenbeirat

die sicherstellen, dass bereitstehende Haushaltsmittel effektiv eingesetzt werden und direkt beim Hilfesuchenden ankommen. Rahmenrichtlinien und strategische Ziele sollten erarbeitet, ein politisches Controlling zur strategischen Steuerung aufgebaut werden.

Mit dem Projekt "Düsseldorf - gemeinsam aktiv für das Alter" ist die Verwaltung dem Auftrag der Neuausrichtung nachgekommen.

3.2. Ergebnisse

Kernpunkt der Neuausrichtung ist die Schaffung von 19 „zentren plus“. Ziel der neuen "zentren plus" ist es, die verschiedenen Angebote im Stadtteil zu vernetzen, um Eigeninitiative und selbstbestimmte Lebensführung von Seniorinnen und Senioren zu fördern, soziale Netze zu stärken und so einen langfristigen Verbleib in der eigenen Wohnung oder einer anderen Wohnform zu ermöglichen.

Menschen, die sich auf den Ruhestand vorbereiten oder nach der Zeit der Berufstätigkeit neue Aufgaben suchen, erhalten in den Zentren eine Basis für soziales Engagement und die Entwicklung neuer Perspektiven. Dies unterstützt den Erhalt sozialer Strukturen und umfasst auch generationsübergreifende Angebote.

Der Erhalt der physischen und psychischen Gesundheit älterer Menschen soll gefördert werden. Die Beratung bei der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung ist eine wichtige Voraussetzung für den Verbleib in der eigenen Wohnung.

Pflegebedürftige Menschen sollen durch die Einrichtung eines Fallmanagements für Pflege wirksam unterstützt werden. Das Amt für soziale Sicherung kooperiert dabei eng mit den "zentren plus", dem Bezirkssozialdienst und dem Gesundheitsamt. Neben vergleichbaren Angeboten in allen Stadtbezirken sollen auf die spezifische Situation der Sozialräume zugeschnittene Angebote - zum Beispiel für Migrantinnen und Migranten - entwickelt werden.

Das Fallmanagement wird insbesondere notwendig, wenn es sich um Alleinlebende ohne ausreichende soziale Einbindung handelt, bei denen eine Vielfalt von unterschiedlichen Leistungserbringern für die adäquate häusliche Versorgung erforderlich ist.

**Ziele der Neuausrichtung:
Förderung der Eigeninitiative und der selbstbestimmten Lebensführung, der Erhalt der Häuslichkeit und die Förderung sozialer Netzwerke**

Projektergebnisse:

sozialräumliche Verteilung der Haushaltsmittel

Gründung von 19 „zentren plus“

vergleichbare Rahmenbedingungen in allen Zentren

Definition von Zielgruppen, Zielen und Leistungen

Einführung eines Fallmanagements Pflege in den „zentren plus“, im Bezirkssozialdienst, beim Gesundheitsamt

Im gesamten Stadtgebiet gibt es inzwischen so genannte Stadtbezirkskonferenzen Seniorenarbeit, in denen die Grundlage für eine Verbesserung der Lebenssituation von älteren Menschen in den einzelnen Stadtbezirken geschaffen werden soll. Das betrifft unter anderem das

Wohnen und das Wohnumfeld, die Geschäfte oder die pflegerische Versorgung.

Die Stadtbezirkskonferenzen Seniorenarbeit haben sich unter anderem mit folgenden Themen befasst:

- Erstellung von Übersichten über die seniorenrelevanten Angebote im Stadtbezirk,
- bessere Vernetzung der Angebote im Stadtbezirk.
- Schaffung eines Zugangs zu isoliert lebenden älteren Menschen,
- Möglichkeiten für zugehende Strukturen und Mobilitätshilfen,
- Bedarf an demenzspezifischen Angeboten,
- notwendige Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund.

Die effektive Verwendung der entsprechenden Haushaltsmittel in Höhe von derzeit rund 2,7 Millionen Euro wird mit einem Controlling-Verfahren überprüft. Die Datenerhebung des operativen Controllings erfolgt auf Basis von definierten Statistikdaten. Außerdem wird es Besucherbefragungen und regelmäßige bilaterale Gespräche mit den Verbänden geben.

Mit einem Fachtag am 16.11.2006 unter Beteiligung aller Akteure der Seniorenhilfe konnte die Phase der Erarbeitung und Abstimmung abgeschlossen werden.

Der Startschuss für die Umsetzungsphase der Neuausrichtung wurde am 06.02.07 in allen „zentren plus“ gesetzt. Die inhaltliche Arbeit hat begonnen, die Angebote der „zentren plus“ werden gut angenommen. In den ersten Monaten hat sich gezeigt, dass bei den Seniorinnen und Senioren insbesondere ein großer Beratungsbedarf besteht.

Derzeit absolvieren mehr als 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „zentren plus“, des Bezirkssozialdienstes und des Gesundheitsamtes eine zertifizierte Fortbildung für das Fallmanagement. Darüber hinaus wird es auch eine Schulung für Führungskräfte und Koordinatoren geben. Voraussichtlich im ersten Quartal 2008 wird das Fallmanagement starten

Einführung von Stadtbezirkskonferenzen Seniorenarbeit zur Vernetzung der Seniorenarbeit im Stadtgebiet

Einführung eines Wirkungscontrollings mit harten und weichen Daten

Startschuss im Frühjahr 2007

Umfassende Fortbildung für das Fallmanagement

Übersicht "zentren plus - Gemeinsam aktiv für das Alter" Stand 01.02.2007

Tabelle 1

lfd. Nr.	Stadtbezirk	Stadtteil	Adresse	Träger
1	1	Stadtmitte	Kasernenstraße 6	AWO
2		Golzheim	Klewer Straße 75	Diakonie
3	2	Flingern	Flurstraße 57 c	Caritas
4		Flingern	Grafenberger Allee 186	Diakonie
5	3	Unterbilk	Siegstraße 2	AWO
6		Overbilk	Kölner Straße 265	Caritas
7		Friedrichstadt	Jahnstraße 47	DRK
8	4	Oberkassel	Gemünder Str. 5	Diakonie
9	5	Stockum	Lönsstraße 5a/ Kaiserswerther Markt	Caritas+Kaisers- werther Diakonie
10	6	Rath	Westfalenstraße 26	AWO
11		Unterrath	Kürtenstraße 160a	Caritas
12		Unterrath	Eckener Straße 1	DRK
13	7	Gerresheim	Neusser Tor 10	Diakonie
14	8	Eller	Schlossallee 12a	AWO
15		Unterbach	Gerresh. Landstr. 101	AWO
16	9	Hassels	Am Schönenkamp 146	Caritas
17		Benrath	Calvinstraße 14	Diakonie
18		Wersten	Bahlenstr 106	DPWV
19	10	Garath	Fritz-Erler-Straße 21	Diakonie

3.3. Angebote der offenen Seniorenarbeit in Düsseldorf

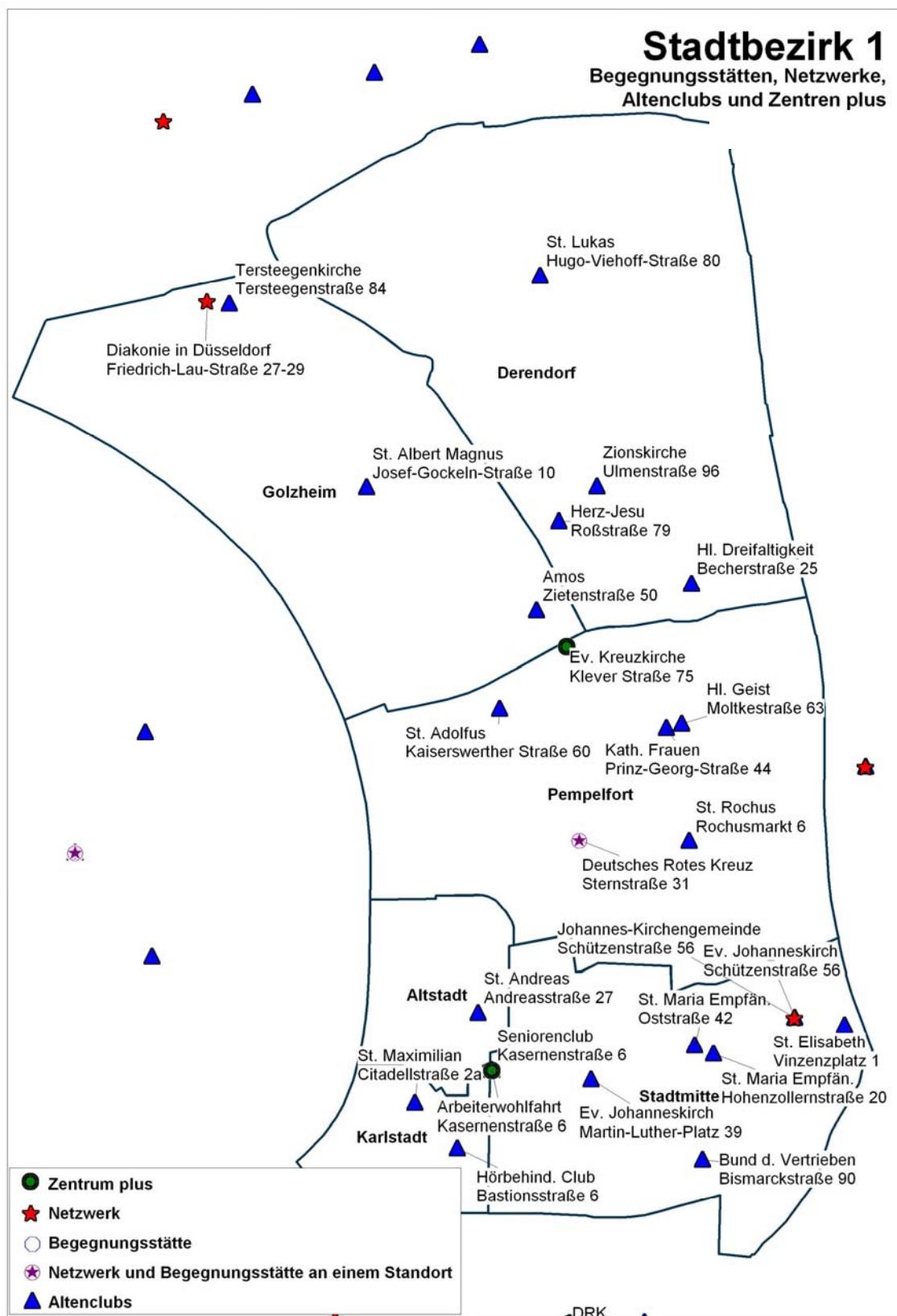


Abbildung 3: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 1

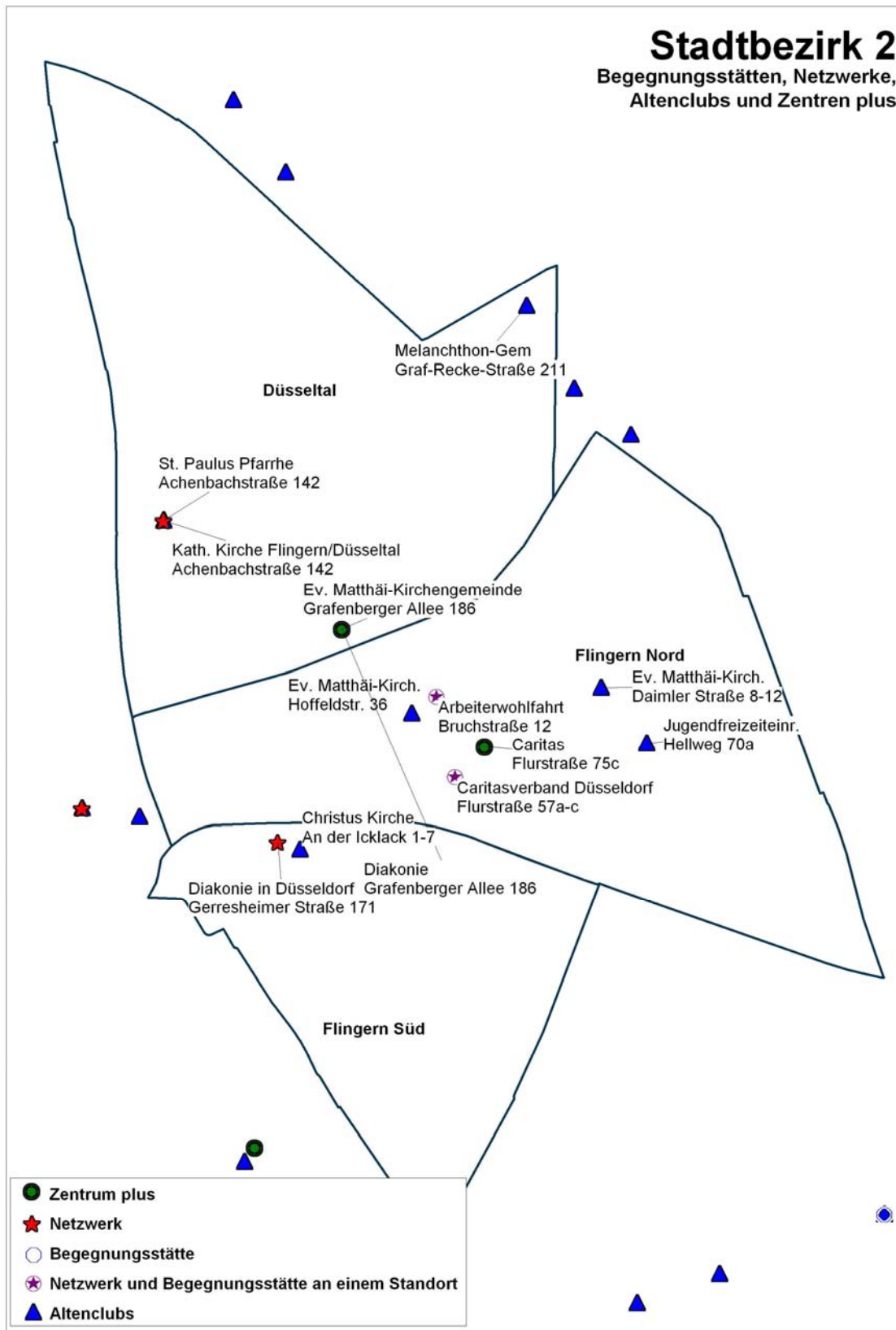


Abbildung 4: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 2

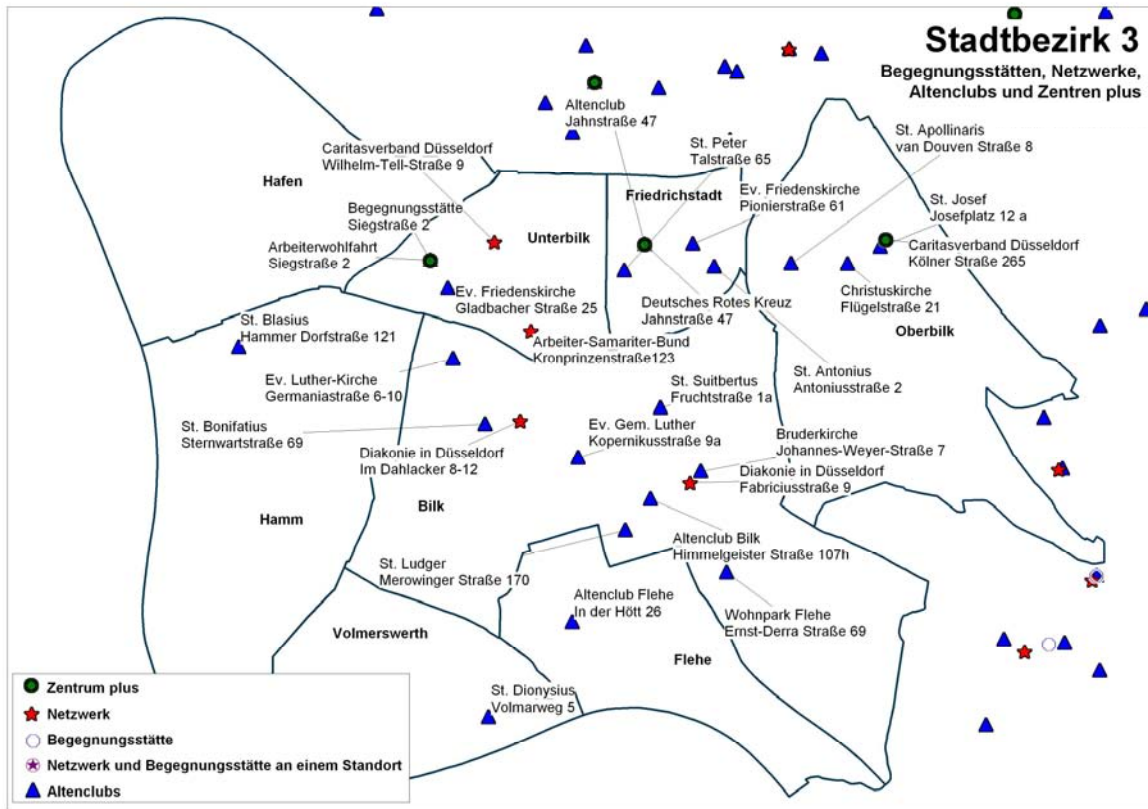


Abbildung 5: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 3

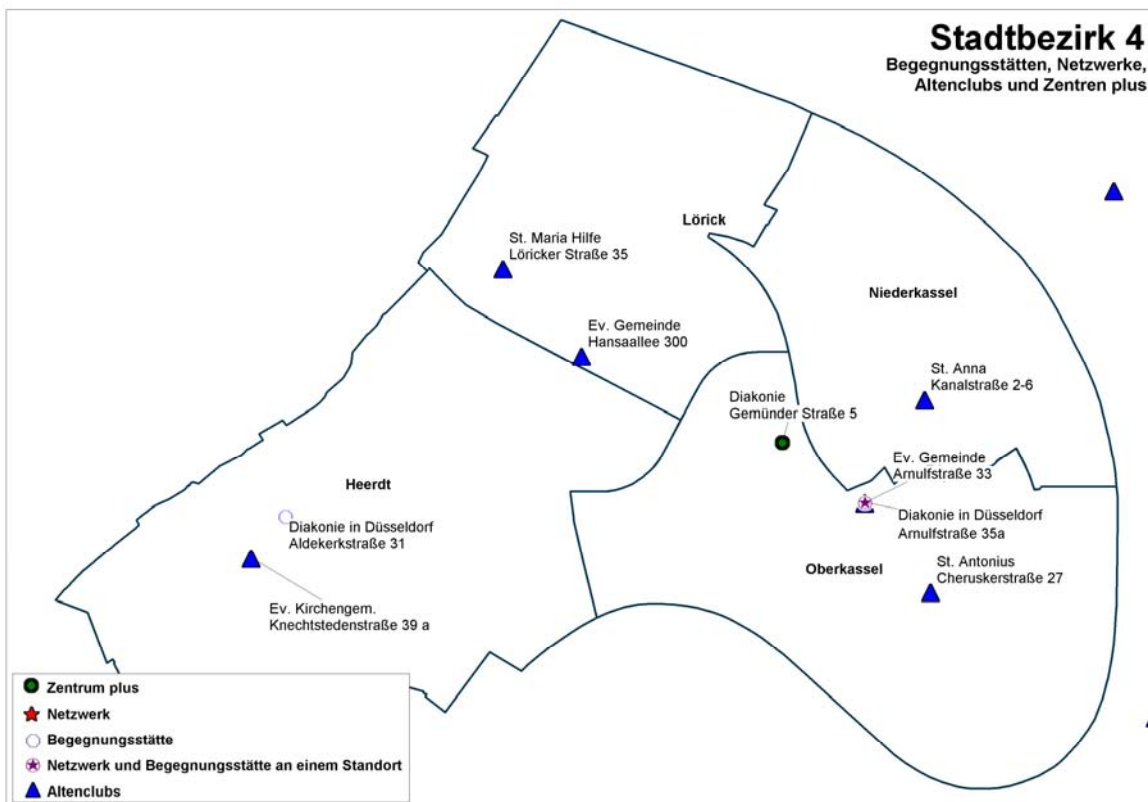


Abbildung 6: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 4

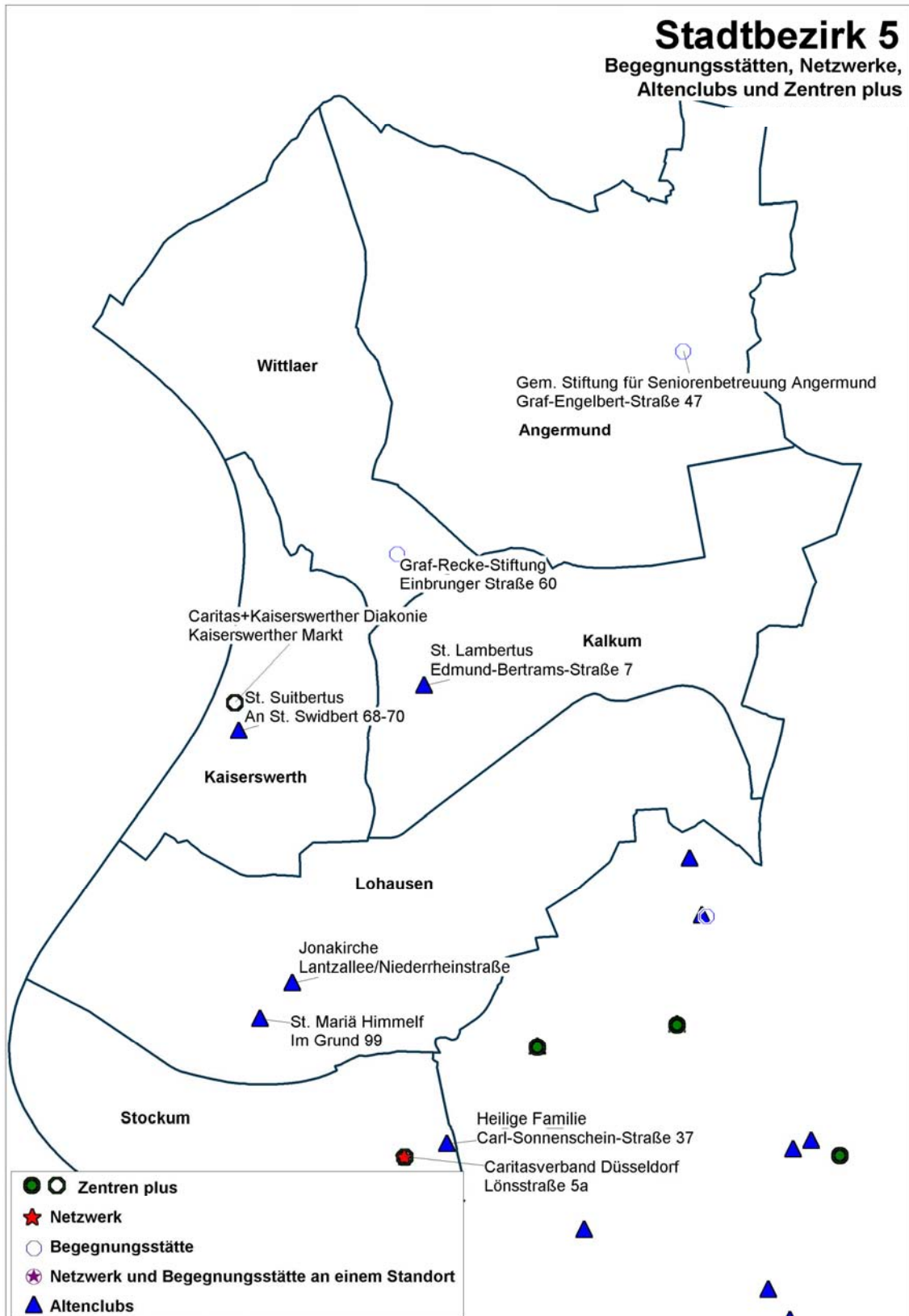


Abbildung 7: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 5

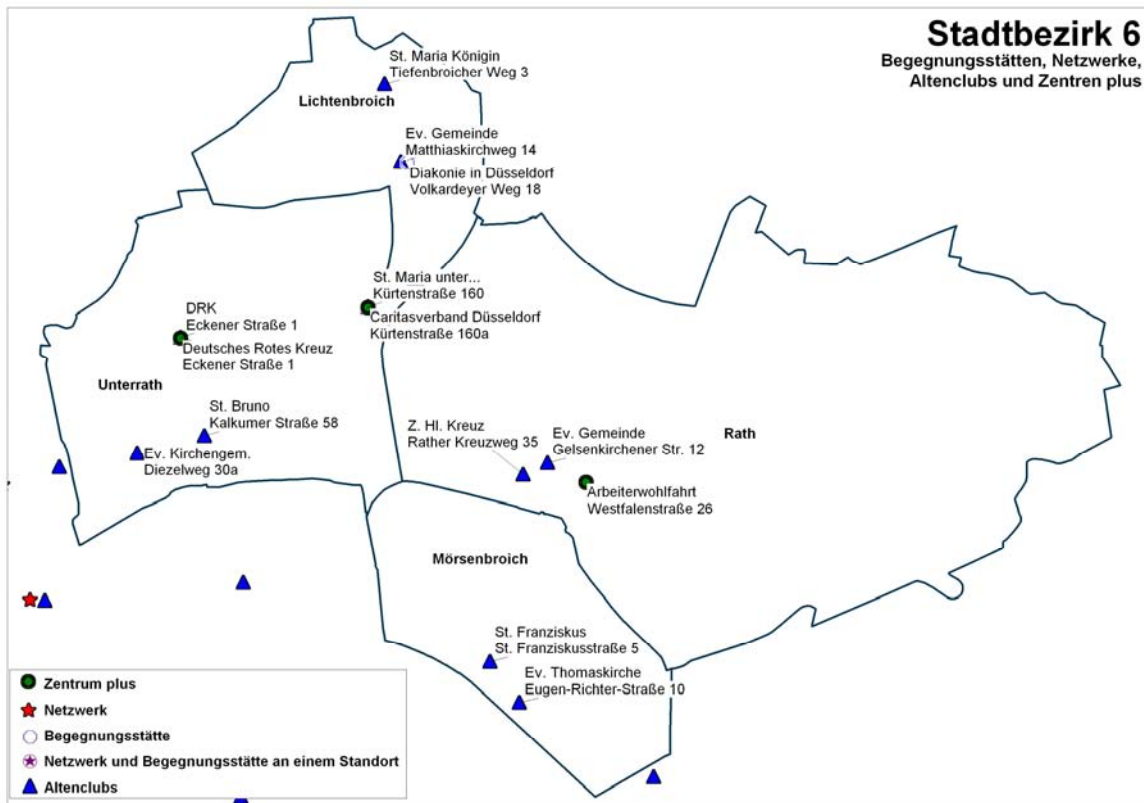


Abbildung 8: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 6

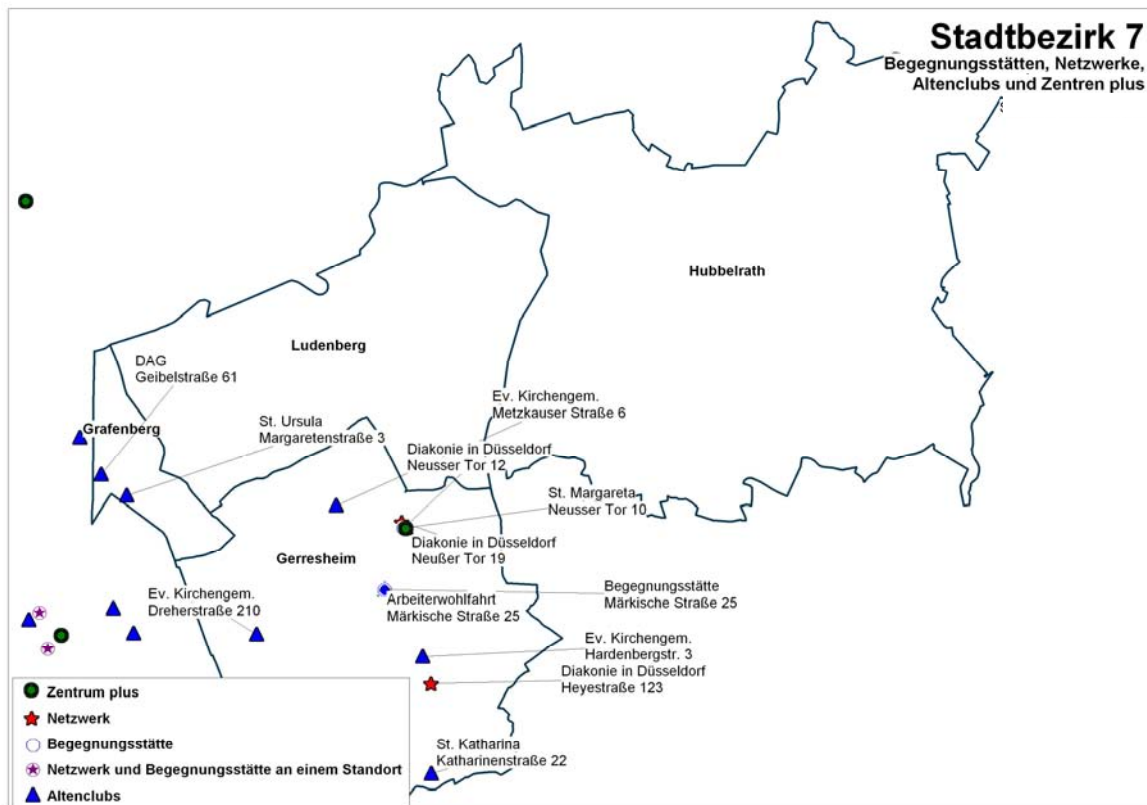


Abbildung 9: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 7

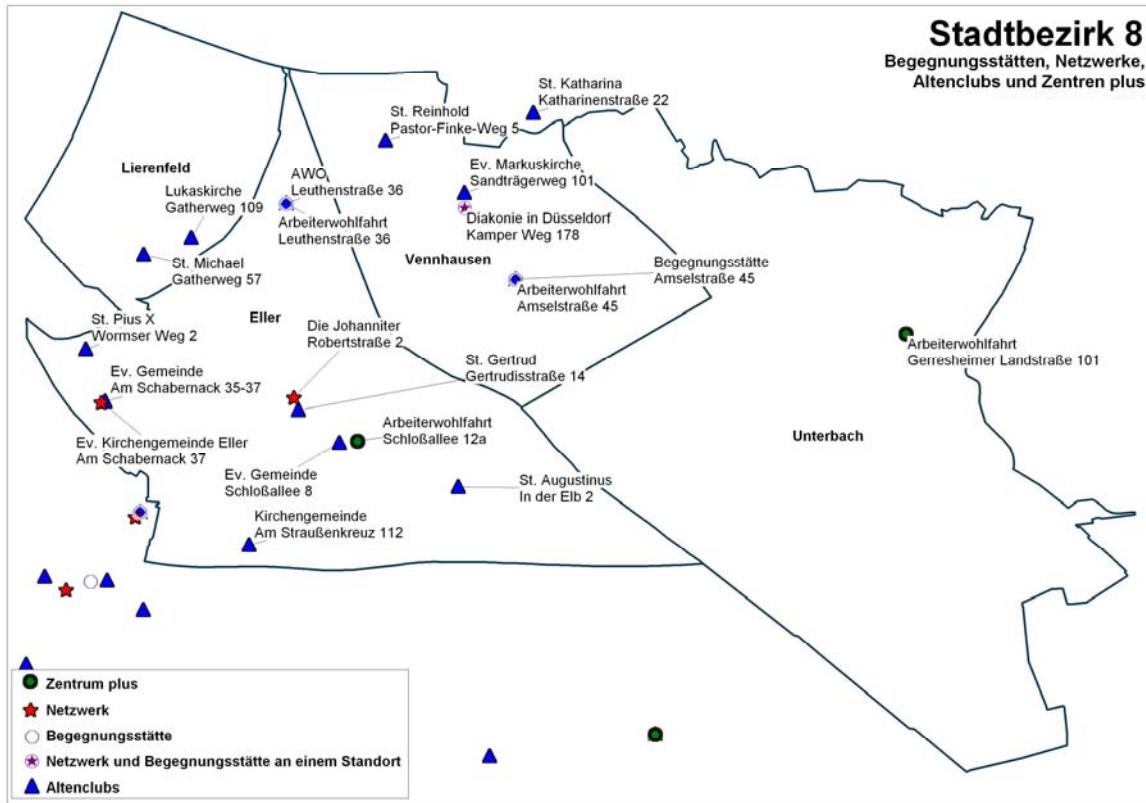


Abbildung 10: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 8

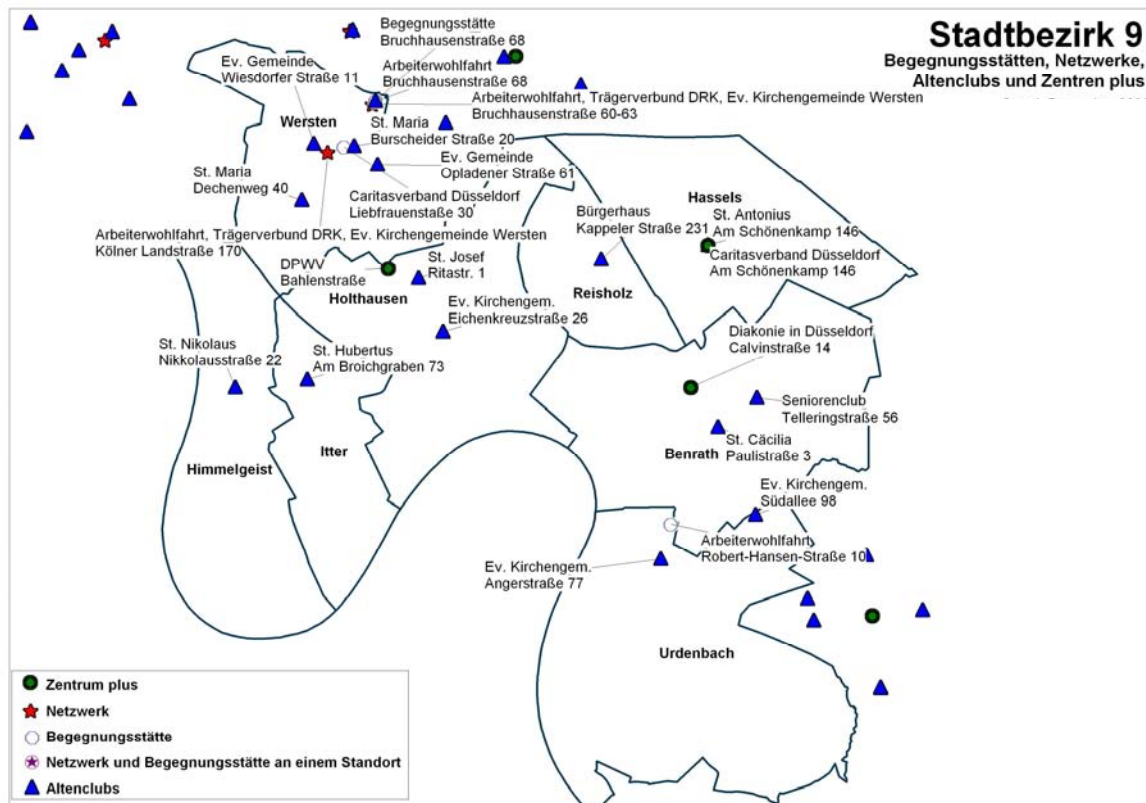


Abbildung 11: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 9

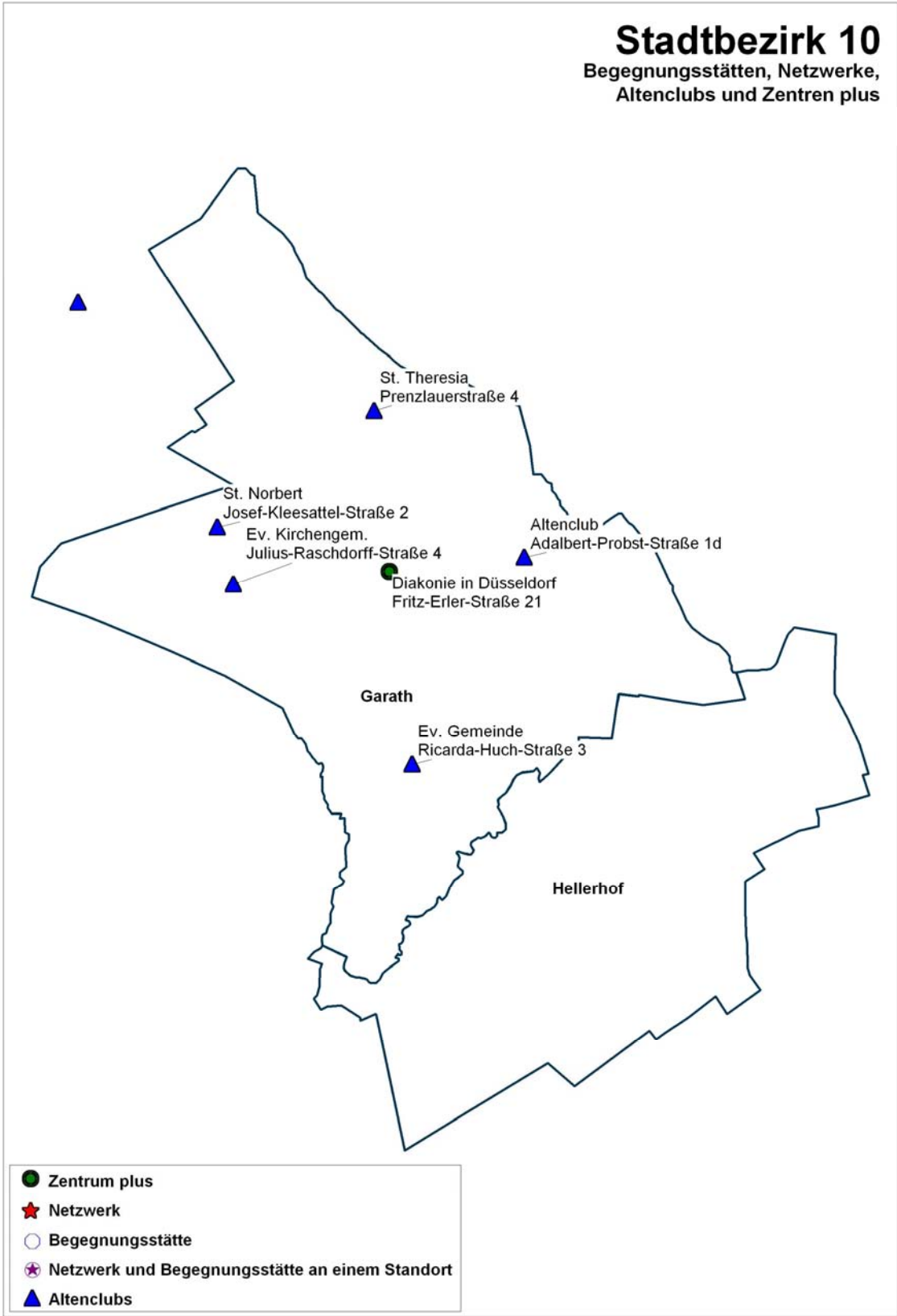


Abbildung 12: Angebote der offenen Seniorenarbeit im Stadtbezirk 10

4. Die Situation pflegebedürftiger Menschen

4.1. Die Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland

Mit der Zunahme alter Menschen ist insbesondere auch eine Zunahme des Anteils der Hochbetagten verbunden. Dabei verfügen ältere und auch sehr alte Menschen über ein hohes Maß an Kompetenzen zur Problembewältigung und es gelingt ihnen, teilweise ein hohes Maß an Autonomie, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit zu bewahren. Es ist jedoch auch feststellbar, dass durch die Verlängerung der Lebensdauer besonders in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen ist.

Viele ältere Menschen verfügen über ein hohes Maß an Kompetenzen, z.T. auch noch im hohen Alter

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt nach dem 80. Lebensjahr an. Bei den 80-84-Jährigen beträgt der Anteil derjenigen, die hilfs- und pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes sind, 23,2% bei den Frauen und 17% bei den Männern. In der Altersgruppe der 85-89-Jährigen sind jedoch immer noch knapp 60% der Frauen und über 70% der Männer nicht hilfs- und pflegebedürftig.¹⁵

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt nach dem 80. Lebensjahr

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zu den Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten (MUG III) – im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die repräsentativen Ergebnisse der Studie MUG III¹⁶, die beispielhaft auch auf Düsseldorf zutreffen können, weisen darauf hin,

► dass trotz stetig steigender Zahl von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf der private Haushalt der zentrale Ort der Betreuung und Versorgung bleibt und

Der private Haushalt bleibt der zentrale Ort für Betreuung und Versorgung

► dass die häusliche Pflege trotz demografischem Wandel funktioniert – die Pflegearrangements stellen sich flexibel auf die sich verändernden Rahmenbedingungen ein. Es gibt keinerlei Anzeichen einer Aufkündigung von Solidarität zwischen Hilfebedürftigen und deren Angehörigen und Bekannten.

Die häusliche Pflege steht im Vordergrund

¹⁵ BMFSFJ 2002

¹⁶ BMFSFJ 2005

Bestätigt werden diese Ergebnisse von den Erhebungszahlen des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung (LDS), die für Düsseldorf auf den nächsten Seiten ausgewiesen werden.

Die Kehrseite der Medaille wird ebenfalls angeführt, denn die häusliche Pflege erweist sich gleichzeitig noch immer als fragil. Die pflegenden Angehörigen sind häufig überlastet und auch bei einer Pflege zu Hause finden sich Lücken in der Versorgung.

Angehörige von Pflegebedürftigen sind häufig überlastet

Im Vergleich zu einer Befragung, die 1991 durchgeführt wurde, ist der Anteil der allein lebenden Pflegebedürftigen von 20% auf 31% angestiegen. Dies funktioniert, so die Ergebnisse der Studie, weil bei der Mehrheit der Pflegebedürftigen auch in diesem Fall eine private Hauptpflegeperson zur Verfügung steht, die zum Teil im gleichen Haus, mehrheitlich jedoch nicht weiter als 10 Minuten entfernt wohnt. Dabei wird der Anstieg der Anteil der männlichen pflegenden Angehörigen von 17% auf 27% als besonders auffällig beschrieben.

Anteil der allein lebenden Pflegebedürftigen gestiegen

60% der pflegenden Angehörigen sind bereits selbst in der sog. dritten Lebensphase (Anfang/Mitte 50 bis Mitte/Ende 70). Durch den Einbezug derjenigen, die selbst im hohen Alter (80 und älter) ihre inzwischen pflegebedürftigen Partner und Partnerinnen versorgen, zeigen die Ergebnisse, dass nicht nur die Anzahl der pflegebedürftigen Hochbetagten, sondern auch die Anzahl der potentiell pflegenden Angehörigen steigt.

Viele pflegende Angehörige sind bereits selber in der 3. Lebensphase

Es finden sich im Rahmen der privaten Pflege jedoch auch andere Arrangements, bei der die Rolle der Hauptpflegeperson von Nachbarn oder Bekannten übernommen wird. Auch dort, wo keine traditionellen Familienkonstellationen vorhanden sind, ist eine Fortsetzung der Lebensführung im eigenen Haushalt in vielen Fällen möglich.

Erhalt des eigenen Haushaltes auch ohne traditionelle Familienkonstellation

11% der Pflegebedürftigen werden im Wochenverlauf stundenweise z.B. in Form von Besuchsdiensten, betreut. Damit stellt das ehrenamtliche Engagement ein neues Potential zur Betreuung von hilfebedürftigen Menschen dar und leistet damit eine wichtige Aufgabe der sozialen Betreuung und Integration.

Ehrenamtliches Engagement leistet eine wichtige Aufgabe

Tatsache jedoch ist, dass in der Regel nach wie vor die Pflege in der eigenen Häuslichkeit von einer einzelnen, rund um die Uhr verfügbaren, engen

Angehörigen getragen wird, was nach Meinung der Verfasser der Studie, auch in absehbarer Zukunft das Bild prägen wird. Diese Pflegebereitschaft wird nicht nur als Ausdruck einer gefühlten Solidarität, sondern oft auch als eine gesellschaftlich erwünschte Verpflichtung empfunden und ist somit ein Stück weit „unkündbar“. Damit ist immer dann ein Problem verbunden, wenn die Pfl egetätigkeit mit einer Überlastung bzw. Überforderung verbunden ist. Hierbei findet sich bei den Pflegenden ein erhebliches Ausmaß an einer fehlenden Bereitschaft sich helfen zu lassen. Nur 16% der Hauptpflegepersonen nehmen regelmäßig Beratungs- oder Unterstützungsangebote in Anspruch, 37% tun dies ab und zu, aber fast die Hälfte ist überhaupt nicht in die im Bereich der Altenhilfe vorhandenen Unterstützungs- und Beratungsstrukturen eingebunden. Dies wird von den Betroffenen selbst kaum als Defizit wahrgenommen. Fehlende Beratung und zeitliche Engpässe bei der Versorgung werden erst dann kritisiert, wenn in Akutsituationen Ansprechpartner oder Hilfen fehlen, wobei der eigene Unterstützungsbedarf vorher selten reflektiert wird.

Beratungs- und Unterstützungsangebote werden nicht ausreichend wahrgenommen

Die Ergebnisse sollten nicht allein im Sinne von Versäumnissen von Seiten der professionellen Leistungsanbieter interpretiert werden, sondern seien auch vor dem Hintergrund einer fehlenden Kultur des „Sich-helfen-Lassens“ zu sehen.

Fehlende Kultur des „Sich-helfen-Lassens“

Es stehen nach Meinung der Autoren hinreichend und auch flächendeckend ambulante Pflegedienste zur Verfügung, die im Bedarfsfall auch noch deutlich mehr Pflegeeinsätze realisieren könnten. Die Inanspruchnahme von teilstationären Angeboten (Kurzzeit oder Tagespflege) sei dagegen unterentwickelt. Die hierzu durchgeführten exemplarischen Analysen auf Einzelfallebene weisen auf die relativ hohen Kosten hin, die von den privaten Haushalten bei diesen Angeboten zu tragen sind.

Hinreichendes Angebot an Ambulanten Diensten

Die beratenden und entlastenden komplementären Angebote, sog. niederschweligen Hilfeleistungen, seien ebenso ausbaufähig wie auch das Angebot an „kleinen Hilfen“, wie z.B. Einkaufen, Putzen, kleinere handwerklichen Tätigkeiten, die kurzfristig und kostengünstig abgerufen werden können. Die Zurückhaltung beim Ausbau dieser Leistungen sei z.T. damit begründet, dass diese Angebote nicht unmittelbar über die Leistungen der Pflegeversicherung abgerechnet werden können.

Komplementäre Angebote ausbaufähig

4.2. Die Situation pflegebedürftiger Menschen in Düsseldorf

Das Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (LDS) erhebt in einem zweijährigen Rhythmus Daten von Diensten und Einrichtungen mit denen ein Versorgungsvertrag als zugelassene Pflegeeinrichtung besteht. Die Pflegestatistik weist ausschließlich Pflegebedürftige aus, die Sach- oder Geldleistungen nach SGB XI der Pflegestufen I bis III erhalten. Es werden auch Pflegebedürftige einbezogen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in eine Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen erhalten, für die jedoch noch keine Pflegestufenzuordnung vorliegt.

So waren im Dezember 2005 rd. 13.300 (2,26% von der Düsseldorfer Bevölkerung) pflegebedürftig, davon 11.140 (84%) Personen im Alter ab 65 Jahren von diesen wiederum 7.316 (65,7%) 80 Jahre und älter.

Gegenüber 2003 ist bei der aktuellen Erhebung ein leichter Rückgang der pflegebedürftigen Personen, bei ebenso leichtem Rückgang der ab 65-Jährigen zu verzeichnen. Der leichte Anstieg bei den Pflegebedürftigen, die stationäre Hilfe in Anspruch genommen haben, findet sich auch als Trend in den Ergebnissen des Landes wieder. Zur besseren Übersicht werden diese Zahlen in den folgenden Tabellen aufgeführt.

Pflegestatistik des LDS

**13.300
Pflegebedürftige in
Düsseldorf im Dez.
2005**

**Leichter Rückgang an
Pflegebedürftigen
insgesamt, aber
leichter Anstieg bei
stationärer Pflege**

	Gesamtbevölkerung ab 65 Jahre	Pflegebedürftige ab 65 Jahre	%	Häusliche Pflege*	% der Pflegebed.	Stationäre Pflege	% der Pflegebed.
2003	109040	11396		6861	60,2	4384	38,5
2005	114800	11140		6538	58,7	4439	39,8

* Pflegegeldleistungen und Inanspruchnahme Ambulante Pflegedienste und ohne Tages- u. Nachtpflege

Nach wie vor werden rd. 60% der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren zu Hause von Angehörigen und ambulant von Pflegediensten betreut, davon erhielten 55% ausschließlich Pflegegeldleistungen, ohne Empfänger/innen, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten.

**60 % der
Pflegebedürftigen über
65 Jahren werden
ambulant gepflegt**

Die Zahlen der Personen ab 80 Jahren:

	Bev. ab 80 Jahre	Pflegebedürftige ab 80	%	Häusliche Pflege*	% d. Pflegebed.	Stationäre Pflege	% d. Pflegebed.
2003	26114	7555	28,9	4149	56,70	3321	45,40
2005	26882	7316	27,2	3914	51,81	3309	43,80

* Pflegegeldleistungen und Inanspruchnahme Ambulante Pflegedienste und ohne Tages- u. Nachtpflege

Obwohl ein leichter Anstieg von 80-Jährigen und Älteren zu verzeichnen ist, ist sowohl bei der häuslichen als auch bei der stationären Pflege ein wenn auch geringer Rückgang festzustellen. Als mögliche Erklärung dazu könnten die Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt zu den Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten (MUG III-Studie) dienen, die bei hochbetagten Frauen trotz konstantem Pflegerisiko einen spürbaren Gewinn an Alltagskompetenzen ableiten konnten.

**Trotz Pflegerisiko
spürbarer Gewinn an
Alltagskompetenzen**

**74,5% der stationär
gepflegten Personen
sind 80 Jahre und älter**

Bei den 80-Jährigen erhielten 49% Pflegegeldleistungen, d.h. rund die Hälfte der hochbetagten Pflegebedürftigen wird von den Angehörigen betreut. 74,5% der Pflegebedürftigen, die stationär untergebracht sind, sind 80 Jahre und älter.

Bei der Betrachtung der demographischen Alterung muss auch die voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit einbezogen werden. Die Prognosen zur quantitativen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit beruhen auf Annahmen über lebensaltersbedingte Pflegewahrscheinlichkeiten. Für Düsseldorf wird nach einer Vorausberechnung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik für alle Altersgruppen und die einzelnen Bereiche folgendes prognostiziert:

	Ambulante Versorgung	Pflegegeld	Stationäre Versorgung	Pflegebedürftige Gesamt
2015	3700	6500	5300	15500
2020	4000	6900	5800	16700
2025	4300	7300	6300	17900

Quelle: LDS-Band 38 – S. 121

Nicht quantifizierbar sind dabei eine Reihe von Entwicklungen, die direkt oder vermittelt über eine Beeinflussung von Pflegepotential und –bereitschaft Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten nehmen können. Insbesondere z.B. Veränderungen der Einkommensentwicklung, Entwicklung neuer Wohnformen, mögliche Veränderungen in der Berufswelt (Vereinbarkeit von Pflege und Beruf), etc..

Die Beeinflussung der Pflegearrangements durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, bewerten die Gutachter der Enquête-Kommission als eine zentrale Aufgabe zukünftiger Pflegepolitik. So könnten etwaige steuernde (gesellschafts-)politische Eingriffe (beispielsweise die Schaffung neuer Wohnformen) durchaus Einfluss auf die aufgezeigten wahrscheinlichen oder möglichen Entwicklungen der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen haben.¹⁷

**Schaffung
entsprechender
Rahmenbedingungen
ist eine zentrale
Aufgabe zukünftiger
Pflegepolitik**

Häusliche Versorgung

Häuslich versorgt werden Pflegebedürftige aller Pflegestufen, dies gilt ebenfalls im Falle einer demenziellen Erkrankung oder einer sonstigen schweren psychischen Störung, wie bei der oben erwähnten MUG III-Studie festgestellt wurde. 30% aller Pflegebedürftigen sind kognitiv beeinträchtigt. Sie werden auch über einen längeren Zeitraum stabil betreut.

**Häuslich versorgt
werden Pflege-
bedürftige aller
Pflegestufen**

Die häusliche Versorgung wird überwiegend (92%) von Angehörigen und Bekannten getragen, so weitere Ergebnisse der MUG III-Studie, davon 55% ausschließlich privat. Die Zahlen der Auswertungen aus den Erhebungen des LDS zum Stichtag für Düsseldorf bestätigen (mit 56% ausschließlich privat finanzierten Hilfen) das Ergebnis. Die Pflegebedürftigen erhalten Geldleistungen der Pflegeversicherung, mit der die Hilfeleistung in Form einer Aufwandsentschädigung unterstützt werden soll. 12% lassen sich von professioneller Pflege, durch die sogenannten Kombinationsleistungen (Sach- und Geldleistungen) unterstützen und 38% pflegen überwiegend mit professionellen Diensten.

**Häusliche Versorgung
wird überwiegend von
Angehörigen und
Bekanntem getragen**

Als Hauptgründe für die Nichtinanspruchnahme oder Aufgabe von Diensten wurden in der Studie EUROFAMCARE (Studie zur Nutzung und Erreichbarkeit unterstützender Angebote für pflegende Angehörige), die in sechs europäischen Ländern durchgeführt wurde, u.a. eine geringe Akzeptanz der Dienste bei den älteren Menschen selbst und der Verlust bzw. die Veränderung der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Einstufungen in Pflegestufen) angegeben.

**z.T. geringe Akzeptanz
der Dienste bei den
älteren Menschen
selbst**

Die Untersuchungsergebnisse der Studie bestätigen weiter, dass pflegende Angehörige in Deutschland auf ein

¹⁷ Landtag NRW 2005: 73

breites Netzwerk professioneller Unterstützung bauen können. Diese Angebote bieten nicht nur Informationen zur Pflegesituation sondern zahlreiche weitere Hilfen im Bereich der pflegerischen und emotionalen Unterstützung an. Sie scheinen jedoch die Bedürfnisse der Pflegenden und ihrer betreuten Angehörigen nicht ausreichend zu decken, so die Verfasser, da zunehmend private ausländische Pflegekräfte zur Entlastung eingesetzt werden, zum Teil als Mitbewohner und nicht selten in Form von Schwarzarbeit.

Es gibt ein breites Netzwerk professioneller Unterstützung und Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige

Pflege ist zwar nach wie vor hauptsächlich weiblich, aus den Ergebnissen der MUG III-Studie wird jedoch eine wachsende Pflegebereitschaft männlicher Familienangehöriger deutlich, die eine Steigerung von 17% auf 28% im Vergleich zur Situation zu Beginn der 90er Jahre ausweist.

Pflege ist „weiblich“

Prognosemodelle gehen ebenfalls von einer deutlich höheren Zuwachsrate der männlichen Pflegebedürftigen aus, wobei sich an der Grundaussage nichts ändert, dass die Pflegebedürftigen zu zwei Dritteln weiblich sind.¹⁸

Hohe Zuwachsrate bei männlichen Pflegebedürftigen

Teilstationäre Versorgung

Als Ergänzung und Entlastungsangebot für die häusliche und überwiegend von Familienangehörigen geprägte Pflegesituation, spielen Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auch zukünftig vor dem Hintergrund veränderter Anforderungen eine wichtige Rolle (z. B. auch durch Umstrukturierungsprozesse im Krankenhausbereich, die durch die Abrechnungen über Fallpauschalen zu einen kürzen Aufenthalt führen).

Die Bedeutung von Tages- und Kurzpflegeangeboten wird steigen

Tages- und Nachtpflege

Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen erreichen jedoch weiterhin noch keinen vollen Auslastungsgrad, obwohl die Akzeptanz als Unterstützung in der häuslich-pflegerischen Betreuung zugenommen hat, um damit eine stationäre Versorgung in einem Pflegeheim hinauszuzögern. Die Ursache dieser verhaltenen Inanspruchnahme liegt überwiegend in der Finanzierungsstruktur des SGB XI, die die ambulanten Dienstleistungen vorrangig finanziert. Der aufgrund der zuerkannten Pflegestufe zur Verfügung stehende Betrag, muss sowohl für die häusliche Pflege (Sachleistung) als auch für die Finanzierung des Tagesaufenthaltes

Angebote der Tages- und Nachtpflege werden aus unterschiedlichen Gründen nicht voll genutzt

¹⁸ Landtag NRW 2005: 60

eingesetzt werden. Ist das Sachleistungskontingent erschöpft, müssen die weiteren Kosten von dem Pflegebedürftigen selbst oder über den Sozialhilfeträger finanziert werden. Die meisten betroffenen Familien bemühen sich den zur Verfügung stehenden Finanzierungsrahmen nicht zu überschreiten, was dazu führt, dass z.B. bei Vorliegen der Pflegestufe I (mtl. 384,00 Euro) ein Besuch nur an wenigen z.B. fünf bis sieben Tagen im Monat möglich ist. Hier ist im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung eine Verbesserung der Leistungen vorgesehen, die neben dem Anspruch auf Tagespflege einen zusätzlichen Anspruch für die zu Hause erforderliche Pflege gewährleisten soll.

Seit 2001 liegt die Platzzahl der Tagespflegeeinrichtungen in Düsseldorf bei konstant 98 Plätzen in 7 Einrichtungen. Für 2007 ist eine weitere Einrichtung mit 18 Plätzen in Planung. Eine Nachpflegeeinrichtung besteht seit 2000 mit 12 Plätzen.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege richtet sich an alle, die für eine begrenzte Zeit einen Pflegeplatz benötigen, weil beispielsweise die pflegenden Angehörigen krank oder in Urlaub sind oder eine vorübergehende Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt erforderlich ist.

Die Pflegeversicherung deckt einen Teil der Kosten ab. Für bis zu vier Wochen im Jahr ist eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse möglich. Die pflegebedingten Aufwendungen dürfen 1.432,00 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen, unabhängig von der Pflegestufe. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung müssen immer selbst getragen werden.

Die Anzahl der Kurzzeitpflegeplätze ist zum Stand Oktober 2007 auf 208, davon 70 Plätze in 5 solitären Einrichtungen angestiegen. Im Vergleich dazu zum Zeitpunkt des ersten Pflegebedarfplanes 1998 waren nur insgesamt 88 Plätze vorhanden, davon 7 Plätze in einer solitären Einrichtung. Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen werden separat betrieben und haben eigenes Pflegepersonal und einen eigenen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen.

**Zahl der
Kurzzeitpflegeplätze
gestiegen**

Vollstationäre Versorgung

Wenn die pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich nicht mehr ausreicht, ist der Umzug in eine Pflegeeinrichtung oft unausweichlich.

Von den rd. 146 000 älteren Menschen in Düsseldorf im Alter von 60 Jahren und älter leben nur 3% in stationären Pflegeeinrichtungen, allerdings steigt der Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit zunehmendem Alter an.

Der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Düsseldorf liegt 2005 bei den 60 bis 69 Jährigen durchschnittlich bei 3,8%, bei den 70 bis 79-Jährigen bei 10% und den 80 bis 89-Jährigen bei rd.22%. Die 90-Jährigen und Älteren sind mit 30% vertreten. Im Vergleich zur Befragung 2003 ist die Altersverteilung relativ konstant geblieben.

Weiter differenziert nach Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild:

Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in %

Altersgruppe von...bis unter...	2003	2005
60-65	2,9	2,6
65-70	4,7	5,0
70-75	6,7	7,0
75-79	12,0	13
80-84	21,4	21,7
85-89	22	21,7
90 u.ä.	30	29

LDS-Stichtag 15.12.

Aktuell stehen 5.049 (Stand Oktober 2007) Pflegeplätze zur Verfügung. Seit 2003 sind rd. 500 Plätze neu errichtet worden, 320 Plätze wurden abgebaut, u.a. durch die Umwandlung von Mehrbett- in Einzelzimmer.

Bis 2015 ist die Pflegeplatzsituation ausgeglichen und der Bedarf nach den heutigen Erkenntnissen über Planungen und Modernisierung von Einrichtungen mit 5 300 Plätzen gedeckt. Dabei liegen die Ergebnisse der

**Nur 3% der
Düsseldorfer über 60
Jahre leben in
stationären
Pflegeeinrichtungen**

**Es gibt ein
ausreichendes
Angebot an
stationären
Pflegeplätzen**

**Nach gegenwärtigen
Stand ist der Bedarf an
stationären
Pflegeplätzen bis 2015
gedeckt**

Projektion der Enquête-Kommission, die auf der Basis von Konstanzannahmen erzielt worden ist, bei 5 150¹⁹ möglicherweise erforderlichen Pflegeplätzen und die Prognose des LDS bei 5 300.²⁰

Erst 2015 wird durch das Anwachsen der älteren Bevölkerung ab 80 Jahren ein erweitertes Pflegeplatzangebot erforderlich werden. Für 2020 weist die Projektion der Enquête-Kommission 5.420 möglicherweise erforderliche Plätze für stationäre Pflege aus, das LDS prognostiziert 5.800 Plätze. Dabei ist jedoch die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur, die neben den stationären Pflegeeinrichtungen weitere komplementäre Angebote installieren wird, zu berücksichtigen.

Geplante gesetzliche Veränderungen werden tendenziell die Bedeutung des ambulanten Bereiches stärken

Besondere Personengruppen

Neben der häufig auftretenden Multimorbidität oder einzelnen Ereignissen, wie zum Beispiel dem Auftreten eines Schlaganfalls, welche Pflegebedürftigkeit begründen, tritt das Krankheitsbild Demenz als häufigste psychiatrische Erkrankung im Alter zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit.

Demenzielle Erkrankungen treten zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit

Demenzerkrankungen führen lange vor der Einstufung in die Pflegestufe I durch die kognitiven Einschränkungen der Erkrankten zu einem erheblichen Betreuungsbedarf. Schätzungen zufolge liegt die Zahl der Demenzkranken in Deutschland, bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren bei einer mittleren Prävalenz 7,2%. (Prävalenz: Anteil derjenigen, die in einer bestimmten Altersgruppe an Demenz erkrankt sind).

Die Ergebnisse aller bislang durchgeführten Bevölkerungsstudien zeigen, dass die Demenz mit dem Alter deutlich zunimmt. Sie liegt bei den 65-69-Jährigen bei etwa 1% und verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren. Bei den 90-Jährigen und Älteren steigt sie auf über 30% an.

¹⁹ Landtag NRW 2005: 58ff

²⁰ LDS Bd. 38: 121

Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland

Tabelle 2

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzungen der Krankenzahlen
65-69	1,2	50000
70-74	2,8	90000
75-79	6,0	136000
80-84	13,3	225000
85-89	23,9	253000
90 u. älter	34,6	142000
65 u. ä.	7,2	900000

Quelle: Bickel 1999 in: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation

Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren in Düsseldorf ist davon auszugehen, dass Anfang 2005 (Berechnungen des Demenz-Servicezentrums) bei einer mittleren Prävalenzrate von 7,2% etwa rd. 7.800 Menschen von einer Demenz betroffen sind, davon rd. 4.700 Frauen.

In Düsseldorf gibt es ein gutes Unterstützungsangebot für Demenzkranke und Angehörige

Die Mehrzahl der Betroffenen wird zu Hause versorgt, jedoch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie im Laufe der Erkrankung in eine stationäre Pflegeeinrichtung wechseln und am Lebensende nur noch etwa 30% der Erkrankten häuslich versorgt werden. (Bickel 1999)

Die Betreuung durch die Angehörigen wird z.B. durch ehrenamtliche Hilfen und niedrigschwellige Angebote ergänzt (siehe hierzu: Kapitel 6 – Ausblick – „Demenznetzwerk“)

Der Sozialausschuss des Landschaftsverbandes hat in seiner öffentlichen Vorlage im September 2006 unter anderem darauf hingewiesen, dass ein besonderer Bedarf im Bereich der psychiatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Fachpflege besteht, der durch die derzeitige Angebotsstruktur vor allem im ambulanten aber auch im stationären Bereich nicht befriedigt werden könne. Er empfiehlt die Einrichtung von Pflegeambulanzen bzw. ambulanten Pflegediensten nach SGB XI. In Kooperation mit den bereits vorhandenen ambulanten Pflegeanbietern könnte das z.B. in Form gemeinsam getragener Einrichtungen geschehen.²¹

Besonderer Bedarf im Bereich der psychiatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Fachpflege

²¹ LVR 12/1262/1:6

Ältere und alte Menschen mit Migrationshintergrund

Von den rd. 98 900 Personen ausländischer Herkunft, die 2006 in Düsseldorf leben, sind rd. 7.700 (7,8%) älter als 65 Jahre.

Rd. 6.750 befinden sich im Alter von 65 bis unter 80 Jahren (88%), rd. 1.000 sind 80 Jahre und älter. Die Prognosen weisen einen Anstieg der älteren ausländischen Bevölkerung bis 2020 um bis zu 37% (rd. 2 900) aus.

**Anstieg der älteren
ausländischen
Bevölkerung erwartet**

Nach einer Auswertung des Amtes für Statistik und Wahlen aus dem Einwohnermelderegister zum 31.12.2006, sind beispielsweise die türkischen Mitbürgerinnen und Mitbürger in der Altersgruppe von 60 und mehr mit rd. 2.050 Personen aufgeführt, davon sind 40% weiblich, gefolgt von 1.900 (weibl. 41%) griechischer, 970 (32% weibl.) italienischer, 900 (59% weibl.) ukrainischer, 830 (61% weibl.) russischer und rd. 750 (32% weibl.) marokkanischer Nationalität.

Der höhere Anteil männlicher Migranten z.B. mit türkischer, griechischer und marokkanischer Nationalität ist auf den Zuzug männlicher Arbeitskräfte zurückzuführen. Dies kann insofern Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben, da die z.T. allein lebenden oder ledigen Männer hinsichtlich der Versorgung z.B. im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht auf familiäre Netzwerke zurückgreifen können.

Eine Abfrage zum Stichtag 20.08.2006 bei den stationären Einrichtungen ergab, dass in 18 von 52 Pflegeheimen keine Menschen mit Migrationshintergrund leben. Frauen stellen die Mehrheit innerhalb der Migrantengruppen. Sie stellen einen Anteil von 72%.

Von den 161 Migrantinnen und Migranten, die insgesamt aus 39 verschiedenen Ländern kommen, ist die überwiegende Zahl ukrainischer (36) und russischer (32) Herkunft, mit Abstand gefolgt von Menschen aus den Niederlanden und Italien (10), Großbritannien (7) und aus Serbien-Montenegro (6). Vom afrikanischen Kontinent kommen 4 Personen, ebenso aus Ländern des Mittleren Ostens. Aus der Türkei kommt zum Zeitpunkt der Erhebung ein Bewohner.

**Migranten/innen
nehmen derzeit
pflegerische Angebote
nur selten in Anspruch**

Wie hoch die Pflegebedürftigkeit, auch in Privathaushalten, tatsächlich ist, kann nicht eingeschätzt werden, da sich die Erwartungen der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund (auch künftig) darauf richten wird, im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit von

Familienmitgliedern unterstützt zu werden. Allerdings gehen die Gutachter der Enquête-Kommission davon aus, dass die familiären Unterstützungspotentiale abnehmen und die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Dienstleistungen aller Wahrscheinlichkeit nach steigen wird. Jedoch ist auch bei dieser Personengruppe ein Mangel an repräsentativen und aussagekräftigen Daten zur Situation, Morbiditätsentwicklung und Inanspruchnahme gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen zu konstatieren.²²

Die größten Defizite und Probleme in der pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten werden in der Existenz von Sprachbarrieren gesehen, ebenso wie Informationsdefizite über bestehende Angebote und Leistungen. Bemängelt werden außerdem die unzureichende Kultursensibilität und mangelnde Orientierung an den Besonderheiten der Lebenswelten dieser Personengruppe.²³

Im Rahmen der Umstrukturierung der „zentren *plus*“ in 2007 und 2008 sollen stadtbezirksspezifische Angebote erarbeitet werden. Dabei haben migrantenspezifische Bedarfe ein hohes Gewicht. Dies umfasst auch eine Unterstützung bei Fragen der pflegerischen und ergänzenden Versorgung. Je nach Stadtbezirk werden die Schwerpunkte bei unterschiedlichen Herkunftsländern liegen. Die Erfordernisse in den Stadtbezirken werden in Arbeitsgruppen unter dem Dach der Stadtbezirkskonferenzen Seniorenarbeit erörtert und bilden die Grundlage für die Ausrichtung der Angebote der „zentren *plus*“.

In den „zentren *plus*“ gibt es bereits jetzt interkulturelle Treffen, Fortbildungen und Aktionen, z.B. zu Themen wie Bewegung und Ernährung. Darüber hinaus beraten die Zentren und das städtische Pflegebüro Migrantinnen und Migranten in Pflegefragen.

Nach Schätzung des Pflegebüros werden derzeit ca. 20 % aller Beratungen mit Personen mit Migrationshintergrund geführt. Nachfragen zu stationären Pflegeeinrichtungen, die speziell auf sprachliche oder kulturelle Bedürfnisse ausgerichtet sind, sind nicht zu verzeichnen.

Die Entwicklung migrantenspezifischer Angebote in den „zentren *plus*“ soll zu einer Verbesserung der Rahmenbedingung bei der Pflege von und durch Migranten beitragen

²² Landtag NRW 2005: 91f

²³ Landtag NRW 2005: 94

Im ambulanten Bereich gibt es eine Reihe von Pflegediensten, die sich auf fremdsprachige Anforderungen eingestellt haben (russisch, polnisch, türkisch, italienisch, serbokroatisch). Dieses Angebot erscheint derzeit bedarfsdeckend.

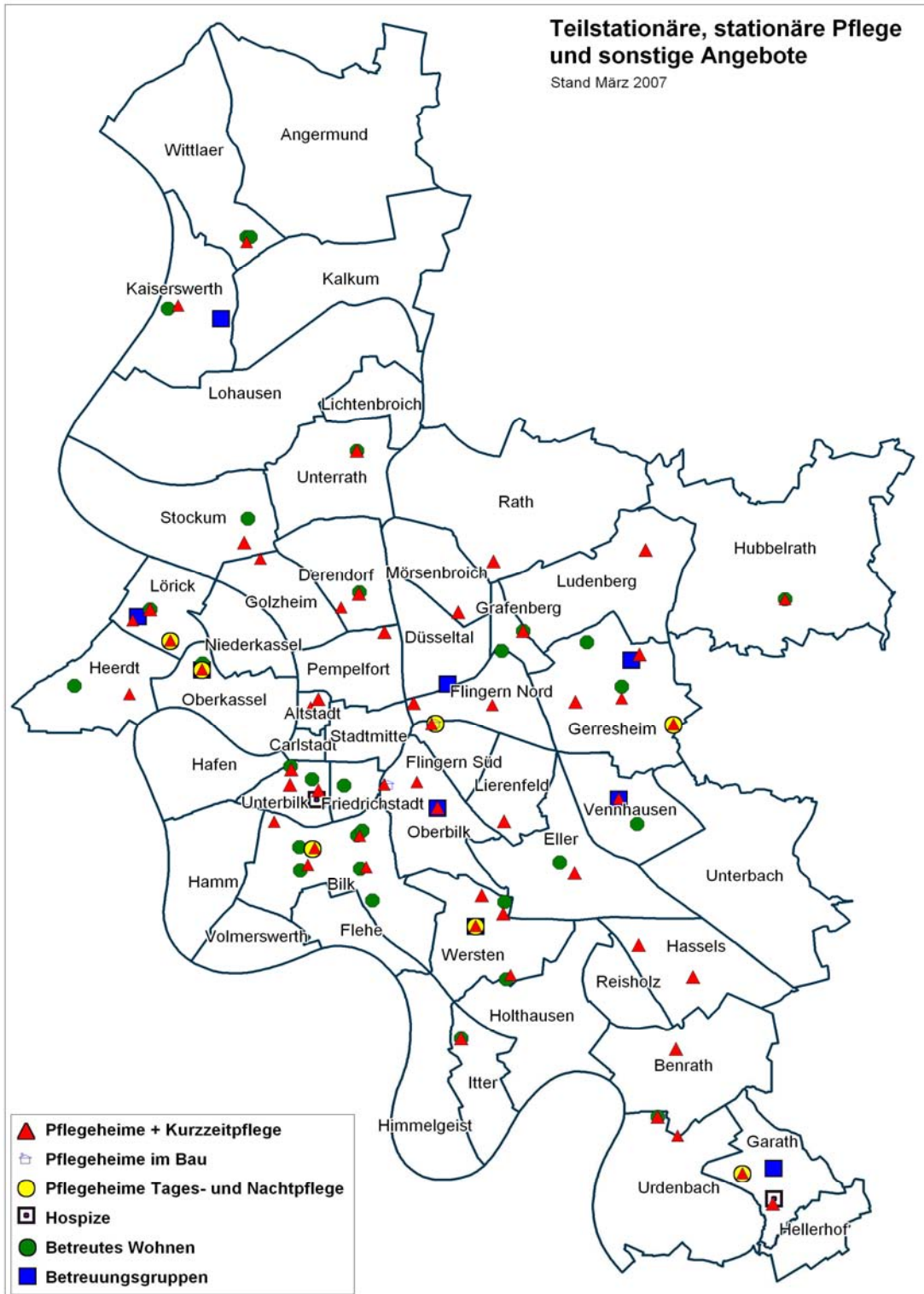
Ambulante Dienste stellen sich auf fremdsprachige Anforderungen ein

Die geplante Einführung eines Fallmanagements Pflege soll dazu beitragen, dass das Ziel des Erhaltes der Häuslichkeit auch bei Migrantinnen und Migranten weitestgehend umgesetzt werden kann. Das Amt für soziale Sicherung und Integration, die „zentren *plus*“, die Schwerpunktsachbearbeitungen für Seniorenarbeit des Bezirkssozialdienstes des Jugendamtes und das Gesundheitsamt werden hier eng kooperieren.

Wie erläutert, ist das Wirkungscontrolling ein wichtiger Baustein der Neuausrichtung der „zentren *plus*“. Dies umfasst auch die Überprüfung der Inanspruchnahme der einzelnen Angebote durch Migrantinnen und Migranten. Erste Auswertungen werden in 2008 vorliegen. Die Ergebnisse werden handlungsleitend für die Weiterentwicklung der Angebote sein.

Überprüfung der Inanspruchnahme von Angeboten durch Migrantinnen und Migranten

4.3. Angebote in Düsseldorf teilstationär, stationär, komplementär



5. Die aktuellen Prognosen des Amtes für Statistik und Wahlen in Hinblick auf die Entwicklung der älteren Bevölkerung

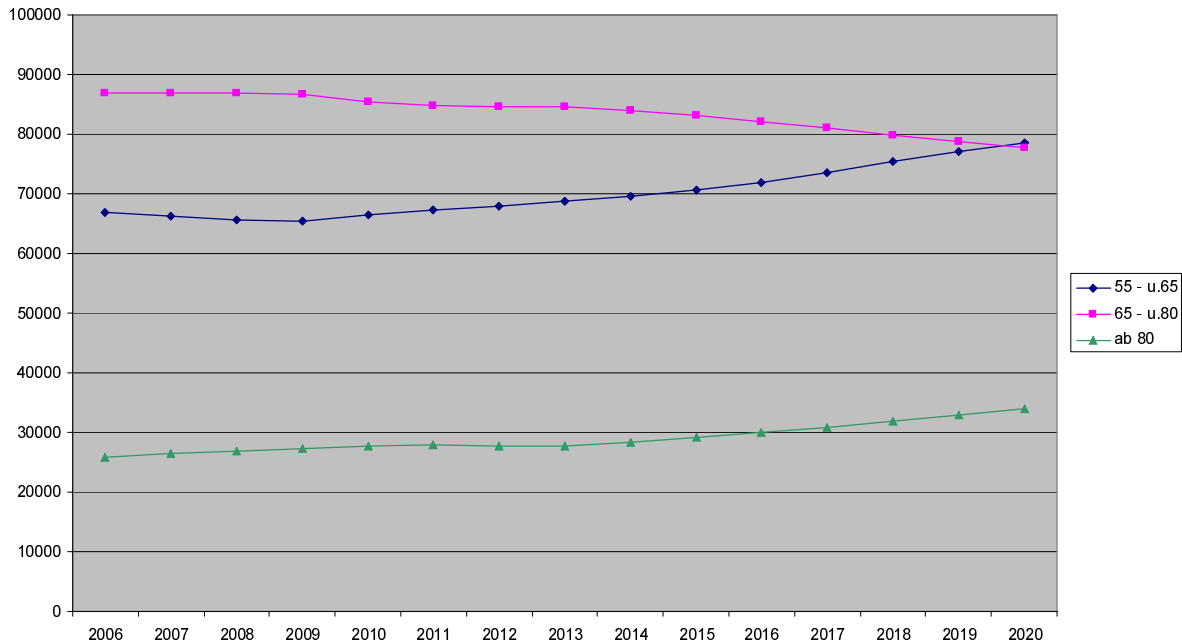
Die Lebenslagen und –stile der Bevölkerung sind vielfältig und nicht an starre Altersgrenzen gebunden. Dennoch verlangt eine zukunftsgerichtete Planung nach Darstellungen, die die Entwicklung der Alterung veranschaulicht und damit als Grundlage für weitere Vorgehensweisen dient.

Vom fachlichen Standpunkt der Ausrichtungen und Planungen für Seniorinnen und Senioren her gesehen, werden folgende Gruppierungen zusammengefasst und dargestellt: Die Gruppe der jüngeren Senioren, die eher dem aktiven Teil der älteren Bevölkerung zugeordnet werden, die sich auf den Ruhestand vorbereiten oder sich im Ruhestand befinden, wurde in der Altersgruppe 55 bis unter 65 gefasst. Zu denjenigen, die ggfs. in ihrer eigenen Aktivitäten und beim Erhalt ihrer Gesundheit gefördert werden sollen, wird ein hoher Anteil der 65 bis unter 80 Jährigen gezählt, es sind im fortgeschrittenen Alter jedoch auch vermehrt Personen einzubeziehen, die Unterstützung benötigen. Ebenso in der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren, die überwiegend noch mobil und gesund sind, die Wahrscheinlichkeit z.B. hilfe- und pflegebedürftig zu werden, ist jedoch in dem Bereich bereits ausgeprägter anzutreffen.

Die folgende Grafik zeigt unterschiedliche Entwicklungen in den Altersgruppen der Stadt Düsseldorf.

Lebenslagen und –stile sind nicht an starre Altersgrenzen gebunden

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen



- Die Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen geht zunächst bis 2010 um 0,5% (absolut minus rd. 350 Personen) zurück, steigt dann wiederum kontinuierlich bis zum Jahr 2015 um bis zu 6,3% (plus 4.200), um dann 2020 auf ein Niveau von 17,7% (78 600) gegenüber 2006 mit rd.66.800 zu steigen.

Das Verhältnis männlich/weiblich bleibt mit 47%:53% bis 2010 gleich und steigt dann geringfügig um 1% bei der männlichen Bevölkerung und bleibt bis 2020 bestehen.

Die Gruppe der 55- bis 65 Jährigen nimmt deutlich zu

- Die Gruppe der 65- bis unter 80-Jährigen geht kontinuierlich bis 2020 von rd. 86 900 auf 77 800 (minus 10,5%) zurück.

Das Verhältnis männlich/weiblich bleibt bis 2020 auf konstantem Niveau und beträgt 44% zu 56%.

Die Gruppe der 65- bis unter 80 Jährigen nimmt deutlich ab

- Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wächst zunächst moderat, jährlich um rd. 500 Personen, geht zwischenzeitlich in den Jahren 2010-2013 sogar etwas zurück um dann ab 2014 um 700 bis 1100 Personen jährlich anzusteigen. Dies macht gegenüber 2006 bis 2020 eine Steigerung von insgesamt 31,4% aus (absolut um 8.100 Personen).

In dieser Altersgruppe ist eine stärkere Veränderung hinsichtlich des prozentualen Anteils

Die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren wächst zunächst moderat, steigt später deutlich

des jeweiligen Geschlechts augenfällig. Beträgt der Frauenüberschuss 2006 noch 73%, verringert er sich 2010 auf 69%, 2015 auf 66% und 2020 auf 64%.

Der weit überdurchschnittliche Anteil der Frauen, auch als Feminisierung des Alters charakterisiert, wird, wie aufgeführt, in der Zukunft eine stärkere Angleichung des Geschlechtsverhältnisses erfahren. Da jedoch davon auszugehen ist, dass ein geschlechtsspezifischer Mortalitätsunterschied bestehen bleibt, werden die Frauen vermutlich weiterhin die Mehrheit der Altenbevölkerung stellen

Der Anteil gegenüber der Gesamtbevölkerung beträgt für die Altersgruppen 65- unter 80- und ab 80-Jährigen:

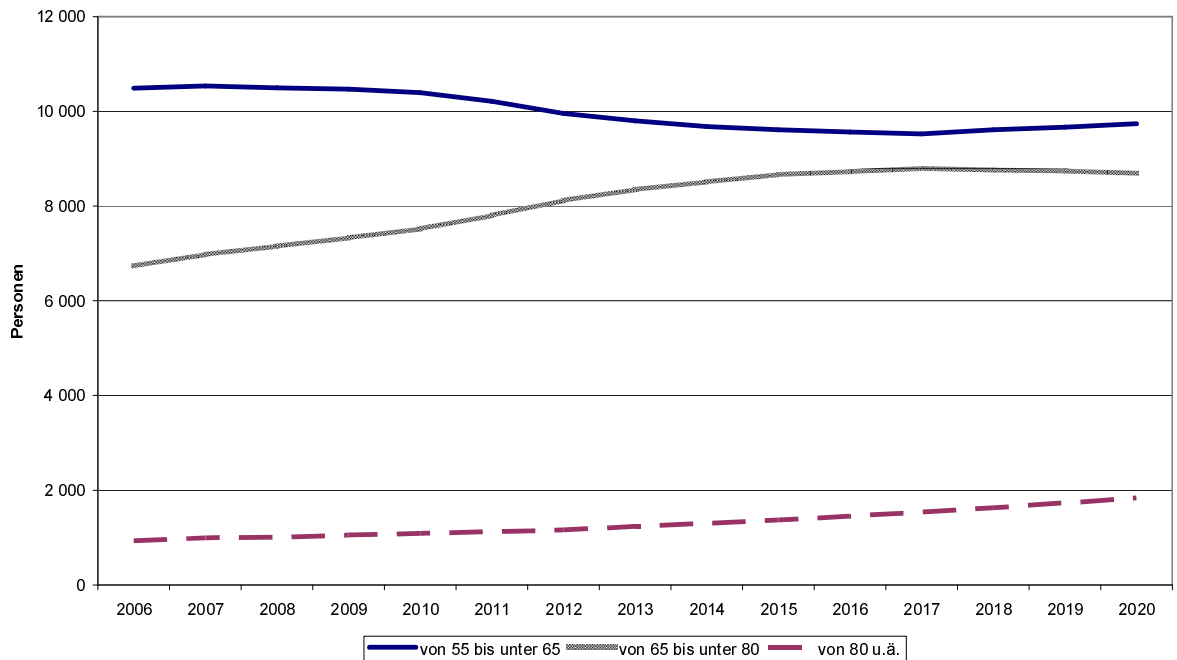
	Gesamtbevölkerung	ab 65-Jährige	%	ab 80-Jährige	%
2006	579886	112762	19,4	25866	4,4
2010	585543	113155	19,3	27763	4,7
2015	592958	112289	18,9	29154	4,9
2020	601385	111789	18,6	33986	5,7

Die Wahrscheinlichkeit auf Unterstützung angewiesen oder in der Mobilität eingeschränkt zu sein ist in der Gruppe der ab 80-Jährigen größer als in den unteren Altersgruppen. Maßnahmen zur Verbesserung der Infrastruktur werden zu prüfen sein. Mit hohen Zuwächsen werden Angermund (88%), Garath (83%), Flehe (77%), Volmerswerth (75%) und Lierenfeld (70%) zu rechnen haben, ein Rückgang wurde für Lörick (27%), Itter (10,7%), Golzheim (7,4%) und Düsseltal (2,4%) berechnet.

**Hohe
Zuwächse in
Angermund,
Garath, Flehe,
Volmerswerth
und Lierenfeld
Rückgänge in
Lörick, Itter,
Golzheim und
Düsseltal**

Die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung wird wie folgt prognostiziert:

Entwicklung der Altersstruktur von Ausländern



- Für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen ist bis 2020 mit einer Zunahme um 37% (rd. 2.900 Personen) zu rechnen.
- Die Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen Ausländer geht ab 2008 kontinuierlich zurück und sinkt bis 2020 von rd. 10.500 um 7,7% auf rd. 9.700
- Die Altersgruppe der 65 bis unter 80-Jährigen steigt von heute rd. 6.700 bis 2020 um rd. 30% auf rd. 8.700 Personen.
- Den markantesten Anstieg haben die ab 80-Jährigen. 2006 leben rd. 950 Personen dieses Alters in Düsseldorf, 2020 wird sich der Anteil mit rd. 1.850 Personen annähernd verdoppelt haben.
- Der Anteil gegenüber der gesamten ausländischen Bevölkerung beträgt für die Altersgruppen 65- unter 80- und ab 80-Jährigen:

Die Gruppe der 55 bis unter 65-Jährigen Migranten geht ab 2008 deutlich zurück

Die Gruppe der 65 bis unter 80-Jährigen Migranten nimmt deutlich zu

Der Anteil der über 80-jährigen Migranten wird sich fast verdoppeln

	Ausländische Gesamtbevölkerung	ab 65-Jährige	%	ab 80-Jährige	%
2006	98826	7668	7,8	934	0,9
2010	100465	8613	8,6	1093	1,1
2015	102431	10040	9,8	1376	1,3
2020	104431	10533	10,1	1837	1,8

6. Ausblick

6.1 Weiterentwicklung der Strukturen in der Seniorenarbeit

Der Aufbau der „zentren *plus*“ war ein wichtiger Schritt bei der Verbesserung der Lebensbedingungen von Seniorinnen und Senioren in Düsseldorf. Mit dem Projekt „Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“ hat sich der Ansatz, die Neuausrichtung als einen gemeinsamen Prozess der unterschiedlichen Akteure der Düsseldorfer Seniorenarbeit anzugehen bewährt. Nur gemeinsam wird es nachhaltig gelingen, sich den Herausforderungen des Demographischen Wandels zu stellen. Im Zentrum der Planungen steht dabei das „Quartier“, in dem ältere Menschen so lange möglich selbstbestimmt und sozial eingebunden leben möchten.

Demographischer Wandel ist nur gemeinsam zu meistern

Wie dargestellt, wird es dabei wichtig sein, das Erfahrungswissen und die Kompetenzen der älteren Menschen aktiv in die Weiterentwicklung der sozialen Strukturen einzubeziehen, um neue Perspektiven zu entwickeln. Die „zentren *plus*“ sollen Anlaufstellen sein, die den unterschiedlichen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden.

Erfahrungswissen älterer Menschen mit einbeziehen

Die große Resonanz auf Veranstaltungen der AGENDA 21, des Seniorenbeirates, der Verbände und der Verwaltung zeigt, welche zentrale Bedeutung dem Thema Wohnen dabei zukommt. Dies umfasst das gesamte Spektrum vom langfristigen Verbleib in der eigenen Wohnung bis hin zu neuen Formen des Zusammenlebens von Seniorinnen und Senioren. Die Verwaltung wurde in einem interfraktionellen Ratsantrag vom 13.06.2007 beauftragt, ein Konzept für das Wohnen im Alter zu erarbeiten und begleitende Forumsveranstaltungen durchzuführen. Dies wird unter der Federführung des Wohnungsamtes, gemeinsam mit dem Planungsamt, dem Amt für Immobilienmanagement und dem Amt für soziale Sicherung erfolgen. Das Thema „Wohnen“, das auch den Bereich „Wohnen im Alter“ umfasst, wird in einer eigenen Expertise des Wohnungsamtes und InWIS behandelt und vorgestellt.

Wohnen im Alter ist ein zentrales Thema

Für den langfristigen Verbleib in der eigenen Wohnung muss das gesamte Wohnumfeld, das „Wohnquartier“, betrachtet werden. Das Konzept „WohnQuartier 4“ meint dazu: „Kernpunkt ist der Ansatz, dass eine planvolle

Entwicklung der Quartiere altersgerecht sein muss... Altersgerechte Wohnquartiere sind an der Lebensqualität orientiert. Damit sind sie nicht nur altengerecht, sondern bieten auch Lösungen für Familien mit Kindern und Menschen mit Behinderungen“. Einzubeziehen sind dabei auch kommunikative und kulturelle Angebote und Fragen der medizinischen und pflegerischen Versorgung. „Die altersgerechte Quartiergestaltung ist in eine gesamtstädtische Stadt(teil)-Entwicklungspolitik zu integrieren und mit der kommunalen Altenplanung abzustimmen“.²⁴

**altersgerechte
Gestaltung der
Wohnquartiere als
gesamtstädtische
Stadtentwicklungs-
politik**

Auch der Seniorenbeirat spricht sich dafür aus, dass bei der Planung von Wohnquartieren die oftmals nachlassende Mobilität und sinkende wirtschaftliche Ressourcen berücksichtigt werden. Dies umfasse neben der Berücksichtigung von baulichen Voraussetzungen (Barrierefreiheit) auch Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung und eine gute Anbindung an den ÖPNV mit seniorengerechten Einstiegsmöglichkeiten.

**Strukturelle
Weiterentwicklung
durch Fallmanagement**

Die Einführung des Fallmanagements Pflege wird, neben der Unterstützung Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, auch Einfluss auf die Infrastruktur pflegerischer und ergänzender Angebote haben. Erkenntnisse über entsprechende Bedarfe und Defizite bieten die Möglichkeit diese Struktur gezielt weiter zu entwickeln.

Dazu gehört auch eine verbesserte Patientenüberleitung, um einen reibungslosen Übergang zwischen unterschiedlichen pflegerischen und medizinischen Institutionen zu ermöglichen und Brüche in der Versorgung von Pflegebedürftigen zu vermeiden. Eine gemeinsame Gruppe von Fachleuten der Gesundheits- und der Pflegekonferenz arbeitet derzeit an einer Anpassung des Essener Modells der Patientenüberleitung an die Düsseldorfer Gegebenheiten.

**Verbesserte
Patientenüberleitung**

Seit September 2004 bietet das Demenz-Servicezentrum für die Region Düsseldorf, ein Modellprojekt des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und der Landesverbände der Pflegekassen in Trägerschaft der Landeshauptstadt Düsseldorf (in enger Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Düsseldorf & Kreis Mettmann e.V.), Hilfe für Betroffene, Angehörige und professionell Helfende an. Ziel ist es die Lebenssituation demenziell erkrankter Menschen zu verbessern. Inhaltlicher Schwerpunkt der Arbeit ist neben

**Demenz-
Servicezentrum für die
Region Düsseldorf**

²⁴ WohnQuartier 4, Seiten 7 und 9

der Beratung auch die Vernetzung bestehender Angebote.

Für Demenzkranke und deren Angehörige haben sich seit 3 Jahren niedrigschwellige Betreuungsgruppen in verschiedenen Stadtteilen etabliert, die BEAtE-Gruppen (**B**etreuungsgruppen für Demenzkranke zur **E**ntlastung pflegender **A**ngehöriger als **t**rägerübergreifende **E**inrichtung).

**Betreuungsgruppen
zur Entlastung
pflegender
Angehöriger**

Allerdings zeigte sich in der Arbeit, dass es Menschen mit Demenzerkrankungen gibt, die durch das bestehende Hilfesystem nicht erreicht werden können.

Die Träger der BEAtE-Gruppen, Caritasverband Düsseldorf, Diakonie in Düsseldorf, Deutsches Rotes Kreuz Düsseldorf und Kaiserswerther Diakonie, das Demenz-Servicezentrum für die Region Düsseldorf und die Institutsambulanz der Abteilung Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, haben sich daher zusammengeschlossen und das Demenznetz Düsseldorf gegründet. Ziel dieser Kooperation ist es, für die Demenzkranken und ihre Angehörigen, die durch die bisherigen Strukturen noch nicht erreicht werden konnten, gezielte Hilfsangebote zu entwickeln. Finanziert wird das Projekt für 2 Jahre nach § 45c des SGB XI je zur Hälfte vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und den Landespflegekassen.

**Demenz-Netz
Düsseldorf**

Die Vertreter des Demenznetzes haben folgende drei Projekte konzipiert und begonnen:

Die BEAtE-Gruppen

Die erfolgreiche Arbeit der BEAtE-Gruppen wird für 2 weitere Jahre fortgeführt. Quartiernah werden Demenzkranke für einige Stunden in der Woche betreut von professionellen Kräften zusammen mit fortgebildeten Ehrenamtlichen.

Die Betreuungsagentur „DA für Dich“ (Düsseldorfer Agentur für Demenzerkrankte in der Häuslichkeit).

Die Erfahrungen der quartiernahen Betreuungsgruppen (BEAtE) werden übertragen auf eine häusliche Betreuung. Ehrenamtliche Helfer wurden geschult und können nun Demenzkranke über einige Stunden in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung betreuen. Es geht dabei vor allem um Erkrankte, die eine dauerhafte Aufsicht benötigen und die sich nicht oder nur unter

**Agentur für
Demenzerkrankte in
der Häuslichkeit**

großen Schwierigkeiten aus ihrer häuslichen Umgebung fortbewegen können. Die Arbeit der Betreuungsagentur entlastet die betreuenden Angehörigen, so dass diese Einkäufe, Behördengänge oder eigene Arztbesuche erledigen können.

Zugehende konsiliarische Begleitung

Für die Gruppe der an Demenz erkrankten Personen, die wegen eines fehlenden Krankheitserlebens nicht bereit sind, einen Arzt aufzusuchen und/oder allein ohne Angehörige in ihrer Häuslichkeit leben, wird ein zugehender konsiliarisch begleitender Dienst aufgebaut. Dieser setzt sich aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einer Pflegekraft oder einem Sozialpädagogen einer BEAtE-Gruppe oder des Demenz-Servicezentrums zusammen. Diese suchen den Betroffenen möglichst in Begleitung eines Angehörigen in dessen Wohnung auf. Durch Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird versucht, für die Betroffenen einen frühzeitigen Einstieg in das existierende Hilfesystem zu erreichen. Dadurch soll verhindert werden, dass der erste Kontakt mit dem Hilfesystem erst stattfindet, wenn sich die häusliche Situation krisenhaft zugespitzt hat und eine akute Gefährdung besteht.

Aufsuchende Hilfe

Damit sind wesentliche Handlungsempfehlungen des Berichtes „Perspektiven in der Pflege psychisch kranker älterer Menschen in Düsseldorf“²⁵ umgesetzt worden.

Die pflegerische Infrastruktur wird sich auch auf die deutliche Zunahme von älteren Menschen mit Migrationshintergrund einstellen müssen. Wie dargestellt, werden die familiären Unterstützungspotentiale abnehmen und die Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Dienstleistungen aller Wahrscheinlichkeit nach steigen. Der notwendige kultursensible Umgang mit diesen zu pflegenden Menschen wird neue Anforderungen an die beteiligten Akteure stellen.

Anteil an pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird deutlich zunehmen

Die Zunahme älter werdender und alter Menschen mit Behinderung und das damit verbundene ansteigende Risiko der Pflegebedürftigkeit stellt eine weitere Herausforderung für die Zukunft dar. Dazu gehört die Klärung der Frage, ob die traditionellen Behinderteneinrichtungen in die Lage versetzt werden können, zukünftig auch pflegerische Aufgaben zu übernehmen und so den Bewohnerinnen und Bewohnern

Zunahme älter werdender Menschen mit Behinderung

²⁵ Stadt Düsseldorf 2003

ein lebenslanges Wohnen ermöglichen können, oder ob die bestehenden Altenpflegeeinrichtungen so ausgestattet werden müssen, dass sie auch Menschen mit Behinderungen pflegen können. Neben den besonderen konzeptionellen Anforderungen, mit denen die Einrichtungen konfrontiert sein werden, stellen sich auch zahlreiche Fragen zur Fachkraftstruktur in den Einrichtungen.

6.2 Mögliche Auswirkungen durch die Reform der Pflegeversicherung

Im Juni 2007 hat der Koalitionsausschuss Eckpunkte für eine Reform der Pflegeversicherung beschlossen. Seit September liegt der Referentenentwurf vor. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung soll im Juli 2008 in Kraft treten. Bis dahin sollen auch die Ergebnisse einer Expertengruppe zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes vorliegen. Der Referentenentwurf zum Gesetz enthält zahlreiche qualitative Nachbesserungen. Diese müssen sich daran messen lassen, ob sie tatsächlich zu Verbesserungen bei den Versicherten und Pflegebedürftigen führen.

Es stellt sich die Frage, wie sich die geplante Pflegereform für eine Kommune wie Düsseldorf auswirkt, die auch nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung ihrer Steuerungs- und Planungshoheit stets und kontinuierlich wahrgenommen hat.

Vor diesem Hintergrund wird nachfolgend nur zu denjenigen maßgeblichen Eckpunkten Stellung genommen, die vor allem die Kommune betreffen.

Eckpunkt: Pflegestützpunkte/wohnnah integrierte Versorgung

Um Angebote für Pflegebedürftige wohnortnah besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, sollen quartiersbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet werden. Die Pflege- und Krankenkassen sollen nach dem vorliegenden Referentenentwurf die Initiative zur gemeinsamen Errichtung von Pflegestützpunkten ergreifen. Damit werden vorrangig die Kassen in die Verantwortung genommen. Es soll dazu einen neuen Vertragstyp geben. Aus Sicht der Kommune ist einzufordern, dass mit den geplanten Neuerungen keinesfalls Doppelstrukturen und zusätzlicher bürokratischer Aufwand entstehen dürfen. Außerdem sieht der Referentenentwurf nur eine Anschubfinanzierung für drei Jahre aus dem Ausgleichsfond der Pflegekassen vor. Die Kommunen

Entwurf zur Reform der Pflegeversicherung liegt vor

Auswirkungen auf Düsseldorf sind zu prüfen

Doppelstrukturen vermeiden

brauchen aber nicht nur für den Aufbau, sondern auch für die für zum Betrieb der Pflegestützpunkte erforderlichen Aufwendungen verlässliche und dauerhafte Finanzierungssicherheit.

In das flächendeckende Angebot an Pflegestützpunkten, so der Referentenentwurf, sollen auch Selbsthilfegruppen, ehrenamtlich und bürgerschaftlich Engagierte intensiv(er) eingebunden werden. Durchschnittlich soll ein Stützpunkt für je 20.000 EW mit 45.000 € für 3 Jahre gefördert werden.

Ausgehend von rd. 580.000 Einwohnern in Düsseldorf wären demnach 29 Pflegestützpunkte (sie sollen pflegedienstübergreifend arbeiten) erforderlich, verteilt auf alle 10 Stadtbezirke.

Hierfür sind die Strukturen in Düsseldorf mit Einrichtung der 19 „zentren plus“ bereits gelegt. Eine wichtige Rolle spielt dabei die frühe Beratung, u.a. durch das Pflegebüro, die Wohnberatungsstelle und die „zentren plus“, durch die quartiernahe Alltagshilfen als Unterstützung weit vor den Interventionen der Pflegedienste sichergestellt werden können.

Eckpunkt: Pflegebegleitung/Fallmanagement (FM)

Nach dem Referentenentwurf sollen die Pflegekassen verpflichtet werden, für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein FM anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt.

Im Gegensatz zu dem Eckpunktepapier wird im Referentenentwurf der Begriff der „Pflegebegleitung“ anstelle des Begriffs Fallmanagement verwendet. Welche Intention mit diesem Formulierungsverwechselung verfolgt wird, ist derzeit nicht klar. Ebenso unklar ist, welche Qualifikationen diese Pflegebegleiter haben sollen. Hierzu sind bis zum 30. 09.2008 vom Spitzenverband der Pflegekassen Richtlinien zu erstellen.

Ein(e) FM soll künftig Ansprechpartner(in) für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein. Zur Finanzierung und zu den Beteiligten am FM gibt es noch keine konkreten Ausführungen. Klar ist, dass den Sozialdiensten der Krankenhäuser die Verantwortung für die Einleitung von Rehabilitationsleistungen und für die Überleitung in die häusliche Pflege zugeschrieben wird.

Für Düsseldorf würde dies bedeuten, dass ausgehend von ca. 13.300 Pflegebedürftigen (Quelle LDS, 2005) ca. 133 Fallmanager/innen bereitgestellt und qualifiziert werden müssen. Dies dürfte vielerorts schwer umzusetzen sein.

Verlässliche und dauerhafte Unterstützung ist wichtig

29 Pflegestützpunkte für Düsseldorf

Strukturen in Düsseldorf mit „zentren plus“ bereits gelegt

Richtlinien zur Qualifikation bis 2008

Noch keine Angaben zur Finanzierung

133 Fallmanager/innen für Düsseldorf

In Düsseldorf kann auch hier auf vorhandene Strukturen aufgebaut werden. Sie sind ggf. entsprechend weiterzuentwickeln.

Aufbau auf vorhandenen Strukturen

Im Rahmen der Neuausrichtung der Seniorenarbeit ist zudem ein einheitliches Konzept zum Fallmanagement entwickelt worden, das seine Stützpunkte quartiernah in den „zentren plus“ sowie in den Standorten des Bezirkssozialdienstes des Jugendamtes sowie beim Gesundheitsamt hat. Dies sichert örtliches und regionales Netzwerkwissen sowie generationen- und lebenslagenübergreifende Sichtweisen.

Eckpunkt: Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen und erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte

Interessant ist, dass künftig auch Betreuungsleistungen zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden können und für Ansprüche mehrerer Leistungsberechtigter, die z.B. in einer Wohngemeinschaft leben, ein Pool gebildet werden kann, aus dem selbstbestimmt Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen finanziert werden können. Um dies flexibel zu gestalten, sollen auch Einzelpflegekräfte eingesetzt werden können. Dies ist aus Sicht der Verwaltung ein richtiger Schritt. Leistungen der Pflegekassen sollten nicht davon abhängig sein, wie ein pflegebedürftiger Mensch wohnt. Detaillierte Ausführungen dazu bleiben auch hier abzuwarten.

Pool für selbstbestimmte Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftlichen Leistungen

Eckpunkt: Schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen und Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen mit Pflegestufe 0

Bei der vorgesehenen Erhöhung der ambulanten Sachleistungen in allen Pflegestufen sowie bei der Erhöhung des ambulanten Pflegegeldes in allen Pflegestufen würden sich Mehr- und Minderausgaben für die Kommunen, z.B. für Düsseldorf, in etwa die Waage halten.

Erhöhung der ambulanten Sachleistungen

Die Erhöhung der Leistung in Pflegestufe III im stationären Bereich führt zu Minderausgaben für den örtlichen Sozialhilfeträger. Die meisten Pflegebedürftigen sind jedoch in die Pflegestufen I und II eingestuft. Die Sätze für diese Pflegestufen bleiben unverändert.

Die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf bis zu 2.400 EUR im Jahr ist begrüßenswert, eine Prognose zu den finanziellen Auswirkungen in Düsseldorf ist noch nicht möglich.

Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Eckpunkt: Verbesserung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Die Verbesserung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege wird positiv gesehen. Sie sollte dazu beitragen, die Akzeptanz dieses Leistungsangebotes zu erhöhen. Dabei sollte auch ein niedrigschwelliger Zugang im Sinne einer Tages*betreuung* ermöglicht werden.

Verbesserung der Leistungen für Tages- und Nachtpflege

Eckpunkt: Bessere Ausgestaltung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht bereits seit 2001 im SGB IX sowie seit der Gesundheitsreform auch im SGB V. Der präventive und rehabilitative Ansatz sollte mit einer Aufwertung der Kurzzeitpflege (KuPf) verbunden werden. Die KuPf könnte auf diese Weise zu einer Einrichtung werden, die im Sinne der Krankenhausvermeidungspflege präventiv und im Sinne der Anschlusspflege (z.B. nach KH-Aufenthalt) rehabilitativ ausgerichtet ist.

stationär präventiver und rehabilitativer Ansatz

Pflegeheime durch einen einmaligen Geldbetrag zu belohnen, wenn es ihnen durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Ob dies praxistauglich ist, bleibt abzuwarten.

Eckpunkt: Erprobung des persönlichen Budgets im Rahmen der wohnortnahen Versorgung

Ganz im Sinne der Kommunen sind die Überlegungen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung, bis zum 30.06.2013 persönliche Budgets modellhaft zu erproben. Dabei sollen trägerübergreifend Komplex- und Geldleistungen erbracht werden. Die Empfänger können direkt mit den zugelassenen Leistungserbringern abrechnen.

Persönliches Budget für Pflegeleistungen

Düsseldorf kann als Teilnehmer am Bundesmodellprojekt „persönliches Budget in der Behindertenhilfe“ auf dortige Erfahrungen aufbauen.

Eckpunkt: Qualitätssicherung

Hier zeichnet sich ab, dass mehr Transparenz durch die Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK (sie müssen in einer allgemeinverständlichen Sprache abgefasst sein) erzielt werden soll.

Verbesserte Qualitätssicherung

Die unabhängige externe Qualitätssicherung durch die Heimaufsicht bietet eine Grundlage für die Stärkung der internen Qualitätsentwicklung und Eigenverantwortung der Träger. Das Fehlen der Heimaufsicht im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ist nicht zu akzeptieren. Deshalb ist von besonderer Bedeutung,

welchen Einfluss das jeweilige Landesheimgesetz auf die Qualitätssicherung nimmt.

Eckpunkt: Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Begrüßenswert ist die Absicht, die Pflegekassen mit in die Verantwortung für den Ausbau und die Vernetzung eines generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements in der Pflege zu nehmen. Bisher existierte eine spezielle Förderung von bürgerschaftlichem Engagement für pflegebedürftige Menschen nicht. U.a. der Ausbau niedrigschwelliger Angebote zur Tagesbetreuung kann hier unterstützend wirken. Düsseldorf kann auch in diesem Zusammenhang auf positive Erfahrungen und vorhandene Strukturen, z.B. im Rahmen des Demenznetzes, verweisen.

Ausbau und Vernetzung des bürgerschaftlichen Engagements

Eckpunkt: Entbürokratisierung/Abbau von Schnittstellen

Die im SGB V geregelte Konkretisierung, wonach die Krankenhäuser zur Durchführung eines Versorgungsmanagements durch qualifizierte Fachkräfte verpflichtet werden, unterstützt die örtlichen Bestrebungen, durch Pflege- und Gesundheitskonferenz die Patienten- und Pflegeüberleitung zu optimieren. Voraussetzung ist jedoch, dass das eingesetzte Versorgungsmanagement gleichermaßen pflegerische und sozialarbeiterische Fachkompetenz umfasst. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege.

verbesserte Patientenüberleitung

Zur ärztlichen Versorgung in Heimen durch Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen wurde dem Fachausschuss in diesem Jahr ein ausführlicher Bericht vorgelegt.

Bericht zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Über das in Arbeit befindliche Landesheimgesetz für NRW werden weitere Schnittstellen u.a. hinsichtlich der Prüfungen durch den MDK und die örtliche Heimaufsicht neu geregelt. In jedem Fall sind gemeinsame Standards von MDK und Heimaufsicht Voraussetzung für nachhaltige Lösungen.

Gemeinsame Standards von Heimaufsicht und MDK wichtig

In allen genannten Punkten der vorgesehenen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist Düsseldorf auf dem richtigen Weg. Düsseldorf baut hier auf eine lange Tradition auf und hat mit der Neuausrichtung der Seniorenarbeit, dem kürzlich unterzeichneten Rahmenvertrag mit der Liga Wohlfahrt, dem Pflegebüro und der Heimaufsicht tragfähige und verlässliche Grundlagen geschaffen.

Gute Ausgangssituation für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in Düsseldorf

Es gilt nun, mögliche zusätzliche Ressourcen aus den sich abzeichnenden Neuregelungen für die Düsseldorfer Versorgungsstrukturen zugänglich zu machen.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

- BMFSFJ 1996 a M. Kohli, H. Künemund, Nachberufliche Tätigkeitsfelder. Konzepte, Forschungslage, Empirie (Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Stuttgart/Berlin/Köln.
- BMFSFJ 1996 b R. Baur, H. Czock, A. Scheuerl, U. Schirowski, Gerontologische Untersuchung zur motivationalen und institutionellen Förderung nachberuflicher Tätigkeitsfelder. Die Aktion 55 (Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Stuttgart/Berlin/Köln.
- BMFSFJ 1999 J. Braun, St. Bischoff, Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen: Motive und Aktivitäten. Engagementförderung in Kommunen - Paradigmenwechsel in der offenen Altenarbeit (Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend), Stuttgart/Berlin/Köln.
- BMFSFJ 2000 Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft
- BMFSFJ 2002 Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen
- BMFSFJ 2005 Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten. Ergebnisse der Studie MuG III
- EUROFAMCARE Studie zur Nutzung und Erreichbarkeit unterstützender Angebote für pflegende Angehörige . Internationales Forschungsprojekt im Rahmenprogramm der EU. 2003 - 2006
- Hochtief Construction AG / Diakonie / EEB Nordrhein 2006 WohnQuartier 4 = Die Zukunft altersgerechter Quartiere gestalten
- Knopf et al. 1999 D. Knopf, G. Schäuble, L. Veelken, Früh beginnen: Perspektiven für ein produktives Altern, in: A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hrsg.), Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik, Opladen/Wiesbaden, S. 97 - 158.
- Kuhn 1967 Thomas S. Kuhn, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Frankfurt am Main.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe Pro Alter, Heft 2/07 Demenz und Migration. Vergessen in der zweiten Heimat.
- Landschaftsverband Rheinland(LVR) Ergänzungsvorlage Nr. 12/1262/1
- Landtag NRW 2005 Enquête Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf
- LDS 2006 Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik – Statistische Analyse und Studien. Band 38

- Naegele, Rohleder
2001 G. Naegele, Chr. Rohleder, Bürgerschaftliches Engagement
und Freiwilligenarbeit im Alter, in: Theorie und Praxis der
Sozialen Arbeit 11/2001, S. 415 – 421
- Stadt Düsseldorf 2003 Perspektiven in der Pflege psychisch kranker ältere
Menschen in Düsseldorf. Bericht des Arbeitskreises der
Pflegekonferenz „Pflege in der Gerontopsychiatrie“
- Stadt Düsseldorf 2004 Altenplan der Landeshauptstadt Düsseldorf
Kommunikation, Freizeit und Bildung

Herausgegeben von der
Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Amt für soziale Sicherung und Integration

Verantwortlich
Roland Buschhausen

Redaktion
Jutta Giersch, Ulrike Funda,
Ulrike Radermacher, Günter Dölling,
Frank Griese

www.duesseldorf.de

Stand
November 2007