

Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. B/16/4410-01	Termin 01.04.2019	Rat der Stadt		
<u>Beschlussvorlage</u>			öffentlich		
Termin	Gremium	Vorlage zur*	Ergebnis	Beschluss- kontrolle*	
06.03.2019	Seniorenbeirat	K			
12.03.2019	Gleichstellungsausschuss	V			
14.03.2019	Sozialausschuss	V			
01.04.2019	Rat der Stadt	B			
09.04.2019	Integrationsrat	K			
10.04.2019	Beirat für Menschen mit Behinderung	K			

Beratungsgegenstand

Örtliche Planung nach § 7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen 2018 - 2022
(ehem. Alten- und Pflegeplan der Stadt Oberhausen)

Beschlussvorschlag

Der Rat der Stadt beschließt die dieser Vorlage als Anlage beigefügte „Örtliche Planung nach § 7 APG NRW“ (ehem. Alten- und Pflegeplan) der Stadt Oberhausen für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2022 und beauftragt die Verwaltung mit einer Maßnahmenplanung zu den in der örtlichen Planung ausgesprochenen Handlungsempfehlungen.

Bereichsleiter/in Bereich 3-2	Dezernentin Dez. 3	Kämmerer	Oberbürgermeister Schrantz
Herr Bohnes Datum 04.02.2019	Frau Münich Datum 04.02.2019	Datum	Herr Schrantz Datum 11.02.2019
* Vorlage zur: Anhörung (A) Kenntnisnahme (K) Vorberatung (V) Beschlussfassung (B)	* Ergebnis : Zustimmung (Z) Ablehnung (A) Änderung (Ä) Anhörung vollzogen (AV) Kenntnisnahme (K)	Beschlusskontrolle: Ja oder nein	Beteiligung: Personalrat [] Gleichstellungsstelle []

Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. B/16/4410-01	Termin 01.04.2019	Rat der Stadt
-----------------------------	--	------------------------------	----------------------

Konsequenzen

a) Finanzielle

keine ☒

ja ☐

b) Sonstige

Es handelt sich um einen Grundsatzbeschluss, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine finanziellen Auswirkungen entfaltet und die Verwaltung zunächst mit einer Maßnahmenplanung beauftragt.

Begründung

1. Ausgangslage:

Die kreisfreien Städte sind verpflichtet die Ergebnisse der örtliche Planung gem. § 7 APG NRW (ehemals „Alten- und Pflegeplanung“) zusammenzustellen. Die örtliche Planung ist zweijährlich fortzuschreiben (Daten-Stichtag: 31.12.2017). Die Planung ist sowohl dem MAGS NRW zu übersenden als auch kostenfrei im Internet und in sonstiger geeigneter Form zu veröffentlichen.

Die aktuelle örtliche Planung berücksichtigt den Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2022. Mittelfristige (Jahr 2025) und langfristige (Jahr 2030) Datenprognosen gehen in die Bewertung ein. Daten zur Pflegestatistik basieren auf Auswertungen von Veröffentlichungen der Landesbehörde IT.NRW (Daten-Stichtag: 31.12.2015).

Gegenstand der örtlichen Planung ist die Bestandsaufnahme der pflegerischen Angebote sowie die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs (Bedarfsprognose). Aspekte der Teilhabe und altengerechte Quartiersentwicklung sollen berücksichtigt werden. Eine wesentliche Grundlage der Pflegebedarfsprognose ist die Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen. Daten zur Bevölkerungsentwicklung wurden vom Bereich 4-5/Statistik zum Stichtag 31.12.2017 zur Verfügung gestellt.

2. Wesentliche Erkenntnisse aus dem beigefügten Bericht sind:

2.1 Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit:

- Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass der Frauenanteil und der Anteil der Nichtdeutschen bei den Pflegebedürftigen mittelfristig (ab dem Jahr 2025) steigen werden, so dass **genderspezifische und kulturspezifische Aspekte** (Religion, Ernährung, Sprache) beachtet werden müssen.

Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. B/16/4410-01	Termin 01.04.2019	Rat der Stadt
-----------------------------	--	------------------------------	----------------------

- Die vorhandenen Fallzahlen und die zu erwartende Entwicklung bei **Demenzerkrankten, Jungen Pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Behinderten** sprechen bereits jetzt für eine Ausweitung des in Oberhausen vorhandenen pflegerischen Angebotes. Hier sind in Beratungsgesprächen durch die Fachverwaltung die Betreiber von Einrichtungen und Investoren aufzuklären, damit auf dem freien Pflegemarkt mehr Plätze geschaffen werden.
- Der Blick auf **gleichgeschlechtliche Lebensweisen** ist in der Pflege noch relativ neu. Im Rahmen der Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechtes von älteren, pflegebedürftigen Menschen und der sexuellen Orientierung sind hier ebenfalls Maßnahmen zur Aufklärung und Sensibilisierung notwendig. Erste Gespräche wurden über das Büro für Chancengleichheit initiiert.
- Zur Sicherstellung einer qualifizierten pflegerischen Versorgung ist ausreichendes Pflegefachpersonal notwendig (**Fachkräftemangel**). Pflegeeinrichtungen wie Altenheime, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser sind akut vom Fachkräfte- und Nachwuchsmangel betroffen. Der demografische Wandel wird den Fachkräftemangel noch stärker ausweiten. Der Ansatz der Oberhausener „Initiative Pflegeberufe Oberhausen“ (IPO) sollte daher besonders unterstützt und erweitert werden.

2.2. Pflegerische Infrastruktur:

- Hinsichtlich der **stationären Versorgung** Pflegebedürftiger besteht grundsätzlich kein Handlungsbedarf, da die Anzahl der angebotenen stationären Pflegeplätze den Bedarf bis 2022 deckt.
- Bei der **Betreuung durch ambulante Dienste** handelt es sich um ein Angebot des freien Pflegemarktes, welches sich durch Angebot und Nachfrage regelt. Aufgrund der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 01.01.2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ist von einer steigenden Nachfrage nach ambulanten Diensten auszugehen.
- Zu dem **Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen** können mangels geeigneter Daten (z. B. Tagesbelegungszahlen) keine belastbaren Aussagen abgegeben werden. Erfahrungswerte und die Nachfrage (teilweise saisonal, Urlaubszeiten) sprechen für einen zusätzlichen Bedarf.
- In der **Tagespflege** besteht in Oberhausen Bedarf, der durch die hohen Auslastungszahlen verdeutlicht wird. Es ist daher zu begrüßen, dass seit Ende 2016 die Anzahl der Tagespflegeplätze von 102 auf 165 erhöht werden konnte. Aktuell führt die Fachverwaltung Beratungsgespräche mit potenziellen Betreibern, so dass im Jahr 2019 ggfls. ca. 40 weitere Tagespflegeplätze entstehen können. Bei Realisierung dieser Plätze wären der Bedarf und die Auslastung zu prüfen, da eine „Nachfragesättigung“ eintreten könnte.
- Bei der **Hospiz- und Palliativversorgung** ist Oberhausen mit einem stationären Hospiz und zwei ambulanten Hospizen sowie dem Palliativnetzwerk gut aufgestellt.

Stadt Oberhausen	Drucksache Nr. B/16/4410-01	Termin 01.04.2019	Rat der Stadt
-----------------------------	--	------------------------------	----------------------

- Die **Wohnberatung** hat eine wichtige Bedeutung bei der Sicherstellung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Durch eine präventive und zugehende Beratung kann durch einen altersgerechten Umbau der Wohnung (zumindest barrierearm) ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht und eine stationäre Versorgung hinausgezögert oder durch weitere flankierende Pflegeleistungen sogar verhindert werden. Für die Stadt Oberhausen, welche im Rahmen der Sozialhilfe erhebliche Beträge für die „Hilfe zur Pflege“ aufbringt, sollten sich durch den Ausbau einer „zugehenden“ Wohnberatung zusätzlich Einsparpotenziale realisieren lassen.
- Hinsichtlich der **Wohngemeinschaften** mit Betreuungsleistungen und der Angebote des Servicewohnens sind keine statistischen Daten vorhanden, so dass keine Aussagen getroffen werden können. Für die Einrichtung weiterer Demenz-Wohngemeinschaften besteht in Oberhausen erheblicher Bedarf.
- Komplementäre ambulante Dienste** (Einkauf, Begleitung, Menü-Bring-Dienste) werden in Oberhausen am freien Pflegemarkt angeboten. Mangels statistischer Daten kann keine Aussage zur Bedarfsdeckung abgegeben werden. Aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung und zunehmender Alterung der Stadtgesellschaft ist mittelfristig bei der Bedarfsprognose von einem steigenden Bedarf auszugehen (gesteigerte Nachfrage).
- Über 52% (Jahr 2015) der Pflegebedürftigen werden in Oberhausen zu Hause von **Angehörigen** versorgt. Die Angehörigen sind ein wichtiger Garant für das Funktionieren des Pflegesystems. Angehörige (familiäre, informelle Pflege) sollen in ihrer herausfordernden Tätigkeit unterstützt und entlastet werden. Qualifizierungskurse und Sprechstunden für Angehörige können angeboten werden. Die kommunale Pflegeberatung ist hier aktiv tätig und bietet auch an verschiedenen Standorten im Stadtgebiet eine mobile Beratung an.
- Die Oberhausener Ansätze und Entwicklungen in der **altersgerechten Quartiersentwicklung** sind ausdrücklich zu begrüßen. Eine Verstetigung der Quartiersentwicklung hat erhebliche Bedeutung für gelingende Strukturen im Quartier.

2.3 Kommunale Konferenz Alter und Pflege:

Die Daten zur örtlichen Planung wurden am 27.02. und 08.10.2018 in der Sitzung der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege vorgestellt (Mitwirkungsrecht) und erörtert.

Anlage

Örtliche Planung gem. § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2022



stadt
oberhausen

WWW.OBERHAUSEN.DE/SOZIALES



ÖRTLICHE PLANUNG GEM. § 7 ALTEN- UND PFLEGEGESETZ NORDRHEIN-WESTFALEN

01.01.2018 - 31.12.2022



Örtliche Planung gem. § 7 APG NRW

01.01.2018 – 31.12.2022

IMPRESSUM

Herausgeber:

Der Oberbürgermeister der Stadt Oberhausen

Dezernat 3 / Familie, Bildung, Soziales

Bereich 3-2 / Soziales

Verfasser:

Frank Kegelmann

Fachbereich 3-2-10 / Finanzen, Controlling, Planung

Tel. 0208 / 825 9060

E-Mail: frank.kegelmann@oberhausen.de

Gestaltung Umschlag und Druck

ppa media werbeagentur, Oberhausen

Bilder: stock.adabe.com - Titelbild © pict rider

www.fotalia.com - Skyline Oberhausen © SimpLine

Veröffentlichung:

2019

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Vorwort

Ich freue mich, Ihnen die Fortschreibung der Örtlichen Planung der Stadt Oberhausen nach dem Alten- und Pflegegesetz NRW für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2022 vorstellen zu können.

Die demografische Entwicklung, die Gemeinschaftsaufgabe „Demografischer Wandel“ stellt hierbei eine große Herausforderung für die kommunale Politik und das Handlungsfeld einer ressortübergreifenden, querschnittsorientierten „Seniorenpolitik“ - in einer älter werdenden Gesellschaft – dar. Der Bedarf an seniorengerechtem Wohnraum, Versorgungs- sowie Betreuungsleistungen wird steigen. Die Sicherstellung der Pflege ist eine der größten Herausforderungen der Zukunft.

Im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge ist für die Bürgerinnen und Bürger eine zeitgemäße, aktivierende, beteiligungs- und sozialraumorientierte lokale Seniorenpolitik zu entwickeln. Es sind Bedingungen erforderlich, unter denen Eigeninitiative, gesellschaftliche Solidarität und die notwendige öffentliche Daseinsvorsorge in abgestimmter Weise wirksam werden können. Der 7. Altenbericht geht auf die Notwendigkeit ein, dass „zukunftsfähige Gemeinschaften“ entstehen und sich gesellschaftliche Veränderungsprozesse entwickeln können.

Wir müssen ein Verständnis für die Wandlungsprozesse in unserer alternden Stadt-Gesellschaft etablieren und einen Perspektivwechsel erreichen, von defizitär besetzten Altersbildern hin zu den Chancen und Möglichkeiten eines individuell, selbstbestimmt gestalteten aktiven Alterns.

Ein zukunftsweisender Blick ist auf übergreifende Versorgungsstrukturen im Quartier, auf die Unterstützung pflegender Angehöriger und die von vielen Menschen gewünschte Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit zu richten. Zusätzlich sind gender- und kultursensible Aspekte zu berücksichtigen sowie das Erfordernis Angebote stadtteilbezogen vorzuhalten, damit ein langer aktiver und eigenständiger Verbleib im vertrauten Lebensumfeld möglich ist (Quartiersansatz).



Elke Münich

Beigeordnete

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	- 1 -
2.	Kurz gefasst / Kernaussagen.....	- 2 -
3.	Rechtliche Rahmenbedingungen	- 5 -
3.1	Alten- und Pflegegesetz NRW / Wohn- und Teilhabegesetz NRW	- 5 -
3.2	Pflegeneuausrichtung und Pflegestärkungsgesetze.....	- 6 -
3.3	Hospiz- und Palliativgesetz.....	- 7 -
3.4	Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.....	- 7 -
3.5	Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen (Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO)	- 8 -
4.	Soziodemografische Daten, Demografie	- 8 -
4.1	Bevölkerungsstrukturdaten	- 9 -
4.2	Bevölkerungsentwicklung	- 14 -
5.	Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit - Bestand und Entwicklung	- 17 -
5.1	Besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit.....	- 24 -
5.2	Bewertung und Handlungsempfehlung	- 31 -
5.3	Pflegepersonal.....	- 33 -
6.	Pflegerische Infrastruktur – Bestand und Entwicklung	- 37 -
6.1	Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Pflegeeinrichtungen)	- 38 -
6.2	Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen	- 48 -
6.3	Angebote des Servicewohnens.....	- 49 -
6.4	Ambulante Dienste	- 50 -
6.5	Gasteinrichtungen.....	- 53 -
6.5.1	Tages- und Nachtpflege	- 53 -
6.5.2	Kurzzeitpflegeeinrichtungen	- 56 -
6.5.3	Hospize	- 56 -
6.6	Komplementäre ambulante Dienste	- 59 -
6.7	Häusliches Pflegepotenzial – informelle Pflege.....	- 61 -
6.8	Pflegeberatung	- 63 -
7.	Wohnen im Alter.....	- 64 -
8.	Altersgerechte Quartiersentwicklung	- 69 -

9. Seniorenpolitische Handlungsfelder (Kommunikation, Bildung, Kultur, Ehrenamt, Gesundheit, Sport, Sicherheit, Finanzen)	- 74 -
10. Digitalisierung in der Pflege	- 81 -
11. Bürgerbeteiligung.....	- 83 -
12. Gesamtbetrachtung und Handlungsempfehlungen	- 86 -

1. Einleitung

Mit diesem Bericht wird die „Örtliche Planung gem. § 7 APG NRW – Zeitraum: 01.01.2016 bis 31.12.2020“ (Vorlage B/16/2043-01), zum Daten-Stichtag: 31.12.2017, für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2022, fortgeschrieben. Nach § 7 APG NRW sind die kreisfreien Städte verpflichtet, die Ergebnisse der örtlichen Planung zum Stichtag 31. Dezember jedes zweite Jahr, beginnend mit dem Jahr 2015, darzulegen.

Die für die örtliche Planung vorgenommenen Auswertungen zur Pflegestatistik basieren im Wesentlichen auf veröffentlichten Daten der Landesbehörde IT.NRW (Stichtag 15.12.2015 bzw. 31.12.2015). Es stehen keine aktuellen zeitnahen Daten der Pflegestatistik zur Verfügung. Aktuelle qualifizierte Daten zur demografischen Bevölkerungsentwicklung wurden vom Bereich 4-5 / Statistik zur Verfügung gestellt.

Die örtliche Planung stellt das Pflegeangebot, die pflegerische Infrastruktur und die Versorgungsstruktur in Oberhausen dar und ermittelt zukünftige Bedarfe (Pflegebedarfsprognose).

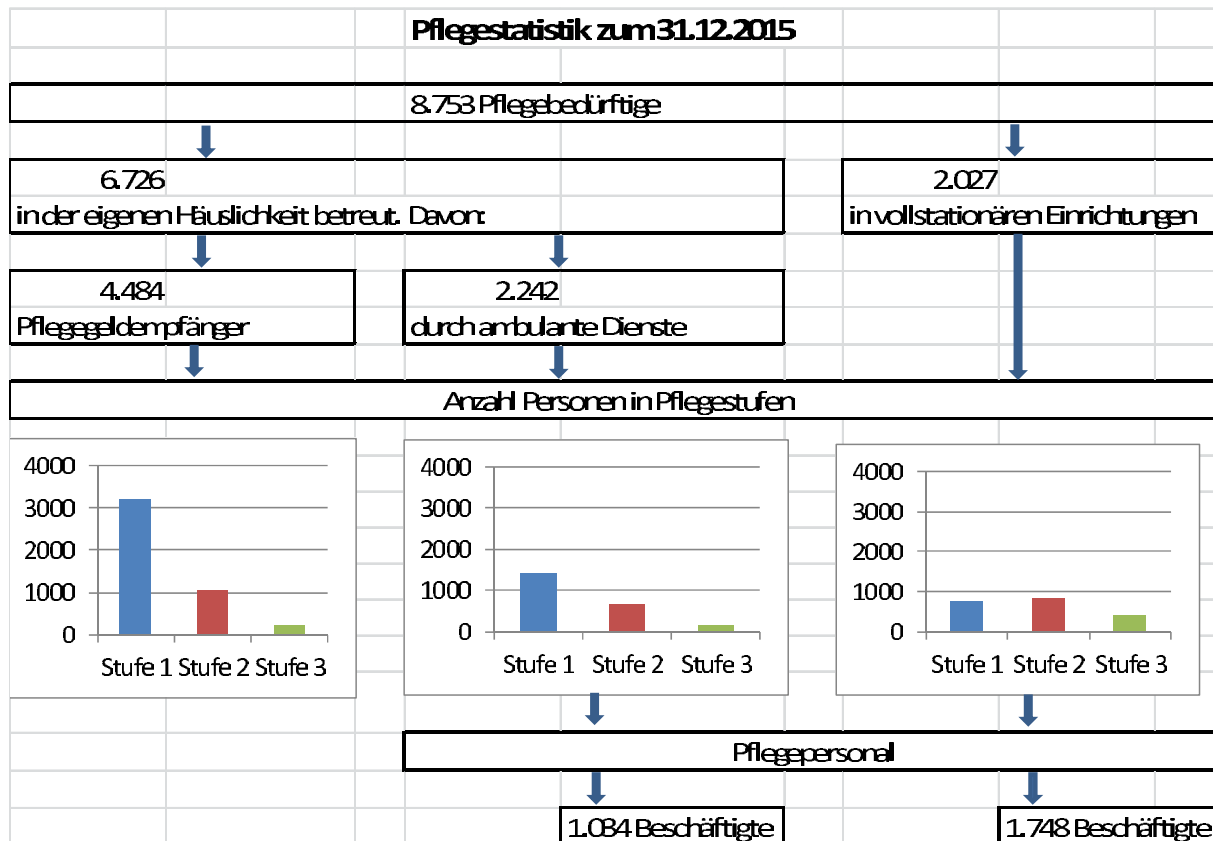
Die Ermittlung zukünftiger Bedarfe sowie die Aussagen zu Pflegeprognosen beruhen auf Annahmen und Daten, die den gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen unterliegen. Daher geben die Prognosen und Aussagen zu zukünftigen Bedarfen vorrangig Tendenzen an. Aufgrund nicht vorhersehbarer Entwicklungen sind Abweichungen im tatsächlichen Verlauf möglich. Die vorliegende örtliche Planung betrachtet den Zeitraum vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2022 und soll der Politik Hilfestellungen für Entscheidungen zur seniorenpolitischen Gestaltung und Setzung von Rahmenbedingungen anbieten.

Um die Pflege zukunftsorientiert zu gestalten, ist bei der Datenerhebung und der Erwägung erforderlicher Maßnahmen ein differenzierter Blick auf die Aspekte Alter, Geschlecht und Kultur notwendig.

Die örtliche Planung nach dem APG NRW berücksichtigt nicht Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Bei diesen Pflegebedürftigen steht der Bedarf an Eingliederung (in die Gesellschaft) im Vordergrund, eine Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI kann sich (auch altersbedingt) zusätzlich entwickeln. Die Pflegestatistik von IT.NRW erfasst nicht diesen Personenkreis.

2. Kurz gefasst / Kernaussagen

Nachstehend werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme und Bedarfsprognose im Rahmen der örtlichen Planung nach § 7 APG NRW für den Prognosezeitraum vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2022 stark verkürzt und in vereinfachten Kernaussagen dargestellt. Die ausführliche und detaillierte Darstellung erfolgt in den jeweiligen Kapiteln.



(Eigene Darstellung)

Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit

Die Entwicklung bei den Pflegebedürftigen geht bei der Prognoseannahme „konstante Variante“ von einer Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2022 (Prognosezeitraum dieser örtlichen Planung) aus - diese Steigerung ist durch die vorhandene pflegerische Infrastruktur in Oberhausen gedeckt. Allerdings besteht Handlungsbedarf bei Zielgruppen mit besonderem pflegerischem Handlungsbedarf. Dies sind Demenzerkrankte, Junge Pflegebedürftige und Schwerbehinderte mit zusätzlichem, altersbedingtem Pflegebedarf. Die Schaffung weiterer Pflegeplätze in der „separaten Kurzzeitpflege“ ist wünschenswert. Hinsichtlich der gender- und kultursensiblen Pflege sowie gleichgeschlechtlicher Lebensweisen ist eine Sensibilisierung für diese Handlungsfelder und die Erarbeitung von ggfls. angepassten Pflegekonzepten im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung notwendig.

Pflegepersonal

Sämtliche Untersuchungen auf Bundes- und Landesebene prognostizieren, dass sich der beim Pflegepersonal bestehende Fachkräftemangel zukünftig verstärken wird. Das Bundesgesundheitsministerium hat u.a. Reformen mit dem Pflegeberufe- und dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz initiiert um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. In Oberhausen ist die „IPO“ (initiative Pflegeberufe Oberhausen) in diesem Themenfeld tätig.

Stationäre Pflege / Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot

Die Anzahl der vorhandenen stationären Pflegeplätze deckt den prognostizierten Bedarf bis ins Jahr 2022. Auswirkungen der ab 01.08.2018 zu erfüllenden Einzelzimmerquote von 80% wurden kompensiert. Das Ende 2016 bestehende Überangebot an Pflegeplätzen wurde und wird in diesem Zusammenhang in den Pflegeeinrichtungen (Einzelzimmerquote) abgebaut.

Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen und Angebote des Servicewohnens

Seitens der WTG-Behörde (Heimaufsicht) wurden Daten (Quelle: „pfad.nrw“) zu den selbst- und anbieterverantworteten Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen zur Verfügung gestellt. Damit ist eine Darstellung im Überblick möglich.

Tagespflege

Bei den Tagespflegeplätzen gibt es weiterhin eine Nachfrage-Situation. Seit Anfang 2016 wurden seitens der Fachverwaltung mit mehreren Akteuren / Investoren erfolgreich Beratungsgespräche geführt, so dass die Anzahl der Tagespflegeplätze erfreulicherweise gut ausgebaut werden konnte.

Kurzzeitpflege

Es werden 158 eingestreute und 14 solitäre Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Aufgrund mangelnder statistischer Daten kann keine Bedarfsberechnung durchgeführt werden. Die Nachfrage in den Einrichtungen und Erfahrungswerte sprechen für einen weiteren Bedarf. Die Erweiterung des Angebots an solitären Kurzzeitpflegeplätzen ist wünschenswert.

Hospize

Oberhausen ist mit einem stationären Hospiz (10 Gästezimmer) und zwei ambulanten Hospizen sowie dem Palliativnetzwerk Oberhausen in der Hospiz- und Palliativversorgung gut aufgestellt. Die zukünftige Entwicklung ist zu beobachten, da für Oberhausen bis zum Jahr 2021 steigende Sterbefallzahlen prognostiziert werden. Das stationäre Hospiz Oberhausen und die Hospize in den Nachbarstädten unterstützen sich gegenseitig bei Anfragen nach einer Hospizaufnahme.

Ambulante Pflegedienste

Insgesamt 47 ambulante Dienste haben ihren Sitz in Oberhausen. Einige ambulante Pflegedienste sind auch über die Stadtgrenzen hinaus tätig. Es ist davon auszugehen, dass Angebot und Nachfrage (Marktregulierung) entscheidenden Einfluss auf die Gründung eines Pflegedienstes haben (freier Pflegemarkt). Bis ins Jahr 2022 ist eine weitere Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen (auch Auswirkungen durch PSG II), die eine ambulante Betreuung benötigen, zu erwarten.

Häusliche Pflege

Über 76% der Pflegebedürftigen werden in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Angehörige betreuen ca. 52% der Pflegebedürftigen. Der sehr wichtige Beitrag der Angehörigenpflege ist ausdrücklich zu fördern und Angehörige sind zu unterstützen, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials erreicht wird. Aufgrund des demografischen Wandels und sich verändernder Familienstrukturen ist ein Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials zu erwarten.

Altersgerechte Quartiersentwicklung

Die Fachstelle „Leben im Alter“ (Büro für Chancengleichheit) hatte erfolgreich Anträge zum Förderprogramm „Entwicklung altengerechter Quartiere NRW“ gestellt, die umgesetzt wurden. Einige Förderprogramme laufen zukünftig aus. Ein Ausbau der alter(n)sgerechten Quartiersentwicklung ist ein wichtiger Baustein innerhalb der kommunalen, demografischen Entwicklung. Weiterhin wird das „Oberhausener Modell“ - Bau von barrierefreien Wohnungen (im Bestand) - realisiert.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 Alten- und Pflegegesetz NRW / Wohn- und Teilhabegesetz NRW

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die örtliche (Alten- und Pflege) Planung werden im Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) konkretisiert.

Nach § 7 APG NRW umfasst die örtliche Planung:

1. die Bestandsaufnahme der Angebote,
2. die Feststellung, ob qualitativ und quantitativ ausreichend Angebote zur Verfügung stehen, und
3. die Klärung der Frage, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung und Weiterentwicklung von Angeboten erforderlich sind. Sie umfasst insbesondere komplementäre Hilfen, Wohn- und Pflegeformen sowie zielgruppenspezifische Angebotsformen, wie persönliche Assistenz und die Weiterentwicklung der örtlichen Infrastruktur. Die Planung hat übergreifende Aspekte der Teilhabe, einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftlichen Engagements und das Gesundheitswesen einzubeziehen.

Ausgangspunkt für die örtliche Planung sind gem. § 2 APG NRW die Bedarfe älterer Menschen, pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger. Damit sind pflegende Angehörige besonders zu berücksichtigen. Zusätzlich sind gender- und kultursensible Aspekte in die Planung einzubeziehen sowie Angebote stadtteilbezogen vorzuhalten, damit ein langer Verbleib im vertrauten Lebensumfeld möglich ist (Quartiersansatz). Weiterhin ist bei Wohn-, Hilfs- und Pflegeangeboten dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu folgen (§ 3 SGB XI). Das Selbstbestimmungsrecht älterer Menschen und pflegebedürftiger Menschen ist in jeder Lebensphase zu sichern (§1 II APG NRW).

Das Wohn- und Teilhabegesetz NRW (WTG NRW) ergänzt aus ordnungsrechtlicher Sicht die Mindestqualitätsstandards bei der Gestaltung von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung und nimmt damit eine „Schutzfunktion“ wahr. Die Einhaltung dieser „Schutzfunktion“ des WTG NRW wird durch die Heimaufsicht (WTG-Behörde) durch regelmäßige oder anlassbezogene Kontrollen überprüft.

Die beiden Gesetze APG NRW und WTG NRW verfolgen bzgl. der pflegerischen Versorgungsstruktur das eindeutige Ziel, die ambulante Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder alternativen Wohnformen im Quartier zu stärken, um die steigenden Zahlen von pflegebedürftigen Menschen bedarfsgerecht versorgen zu können. Bestehende stationäre Einrichtungen stellen weiterhin eine wichtige Säule der künftigen Versorgungsstruktur dar. Allerdings wird seitens der Landesregierung ausdrücklich kein weiterer Ausbau der Kapazitäten im stationären Bereich angestrebt. Wünschenswert ist mittelfristig - z. B. im Rahmen von Ersatzneubaumaßnahmen - vielmehr ein Abbau stationärer Kapazitäten zugunsten von quartiersnahen, kleinräumigen

Versorgungsangeboten.¹ Nach § 2 APG NRW haben bei Pflegeeinrichtungen Sanierung, Modernisierung, Umbau und Ersatzneubau Vorrang vor Neubau.

3.2 Pflegeneuausrichtung und Pflegestärkungsgesetze

Der Bundesgesetzgeber hat mehrere grundsätzliche Änderungen im Pflegebereich beschlossen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen und dem Pflegeneuausrichtungsgesetz wurden maßgebende Verbesserungen für die zu Pflegenden und ihre Angehörigen erreicht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II vom 01.01.2016) wurde zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, welcher auch ein neues Begutachtungsverfahren, das „Neue Begutachtungs-Assessment“ (NBA) bedingt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff richtet den Fokus auf den tatsächlichen Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen und stellt auf den Grad der Selbständigkeit (Orientierung in Zeit und Raum, situatives Anpassen, Tag-, Nachtrhythmus-Störung, Wahrnehmung-Denken) und den Umfang der Defizite ab. Dabei werden kognitive, psychische oder körperliche Defizite berücksichtigt, so dass ein gleichwertiger Zugang zu allen Pflegeleistungen gegeben ist. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden zum 01.01.2017 besitzstandswahrend in fünf Pflegegrade überführt.

Durch die Einführung der Pflegegrade ab 01.01.2017 ist bei der zukünftigen Pflegestatistik keine statistische Vergleichbarkeit der Datenreihen aus den Jahren 2015 (3 Pflegestufen) mit denen ab 2017 ff. (5 Pflegegrade) mehr gegeben.

Am 01.01.2017 ist das Pflegestärkungsgesetzes III (PSG III) in Kraft treten. Das PSG III sieht u.a. vor, dass die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege verantwortlich sind. Dazu können sie Ausschüsse einrichten, die sich mit Versorgungsfragen befassen. Weiterhin soll die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor Ort verbessert werden (Kommunaler Auftrag). Die Frage nach der Rolle der Kommunen bei der Gestaltung des Lebens im Alter, die Modernisierung der Daseinsvorsorge und die Entwicklung von Sozialräumen steht auf der gesellschaftlichen sowie politischen Agenda und wird vom Siebten Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen.

Die Lebensqualität im Alter hängt in besonderem Maße von den lokalen Umständen ab. Je älter ein Mensch wird, desto kleiner wird in der Regel sein Aktionsradius, desto mehr Zeit verbringt er im nahen Wohnumfeld und in der Wohnung. Im Siebten Altenbericht "Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften" wird untersucht, welche Voraussetzungen vor Ort gegeben sein müssen, damit ein gutes Leben im Alter möglich ist.

¹ Landtag NRW, Drucksache 16/6873

3.3 Hospiz- und Palliativgesetz

Am 08.12.2015 ist das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland in Kraft getreten. Ziel des Gesetzes ist Schwerkranken und sterbenden Menschen die bestmögliche menschliche Zuwendung, Versorgung, Pflege und Betreuung in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen. Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gestärkt.

Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wurde verbessert. Hierfür wurde der Mindestzuschuss der Krankenkassen erhöht. Die Sterbebegleitung ist ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung. Außerdem sind Pflegeheime zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet.

Auch Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen haben einen eigenen Anspruch auf eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase.² Dieses besondere Beratungsangebot wird ebenfalls von den Krankenkassen finanziert.

Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

3.4 Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Durch das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, können Beschäftigte nicht nur für sechs Monate vollständig oder teilweise aus dem Job aussteigen, sondern haben auch einen Rechtsanspruch auf eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten Familienpflegezeit bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden.

² Advanced Care Planning (ACP), individuelle Planung der eigenen Hospiz- und Palliativversorgung am Ende des Lebens.

3.5 Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen (Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO)

Die AnFöVO dient der Weiterentwicklung und dem Ausbau von qualitätsgesicherten Unterstützungsleistungen, die Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung zugutekommen und pflegende Angehörige entlasten sollen. Es handelt sich um niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zur Unterstützung im Alltag (§45a SGB XI). Der Verordnung liegt das Grundverständnis des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte der Menschen mit Behinderungen zugrunde. Die Zuständigkeit für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten im Alltag liegt bei der Stadt Oberhausen, Fachbereich 3-2-20 / Alt. Mensch., Pflegebed. u. beh. Menschen.

4. Soziodemografische Daten, Demografie

In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird sich die Bevölkerungsstruktur in Deutschland weiter stark verändern. Die Menschen werden älter, die geborenen Kinder weniger, so dass die Bevölkerungszahlen zurückgehen. Weiterhin wird die Gesellschaft – nicht nur durch Zuwanderung – vielfältiger. Diese Entwicklung ist auch in Oberhausen festzustellen. Wir werden grundsätzlich „älter, (weniger), bunter“, der Altersaufbau der Stadtgesellschaft ändert sich. Diese Strukturverschiebung in der Altersverteilung der Stadtgesellschaft wird zu starken sozio-strukturellen Veränderungen führen. Der Zuwachs in der Gesamtbevölkerung in Oberhausen von 211.888 Personen im Jahr 2015 auf 212.690 Personen im Jahr 2017 ist durch eine Zunahme von Zugewanderten bedingt. Diese Bevölkerungsgruppe ist überwiegend „jung“ und hat daher (noch) keine Auswirkungen auf die Alten- und Pflegeplanung.

Eine wesentliche Grundlage der Pflegebedarfsprognose ist die Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht. Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung hat unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit.

Alter ist hierbei nicht automatisch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, obwohl mit zunehmendem Alter gesundheitliche Probleme und Unterstützungsbedarfe zunehmen. Die Alterskohorte der über 60 Jährigen besteht vielmehr aus verschiedenen Gruppierungen, die sich in materieller, gesundheitlicher, geistiger und sozialer Hinsicht deutlich unterscheiden.

Die individuelle Lebensführung, medizinische und soziale Betreuung können die Lebensqualität, die Führung eines selbständigen Lebens und die Lebensqualität älterer Menschen erheblich beeinflussen. Die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden und auf Pflege angewiesen zu sein, nimmt grundsätzlich jedoch im hohen Alter deutlich zu (Multimorbidität). Der steigende Anteil älterer und alter Menschen an der Bevölkerung wird daher erhebliche Auswirkungen auf den Pflegebedarf haben. Aufgrund der in den nächsten Jahren zunehmenden Alterung der Bevölkerung gehen alle Prognosen einhellig von einem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen aus.

4.1 Bevölkerungsstrukturdaten

Tabelle 1: Bevölkerungsstruktur

Oberhausener Bevölkerung am 31.12.2017 nach Altersgruppen, Geschlecht und Deutsch-Nichtdeutsch

Bevölkerung im Alter von ... Jahren	Bevölkerung am 31.12.2017						Insgesamt
	darunter Staatsangehörigkeit						
	Deutsch			Nichtdeutsch			
	nach Geschlecht		gesamt	nach Geschlecht		gesamt	
	männlich	weiblich		männlich	weiblich		
unter 18	14.689	14.182	28.871	2.457	2.144	4.601	33.472
18 bis unter 60	48.014	47.773	95.787	12.453	10.408	22.861	118.648
60 und älter	24.588	31.508	56.096	2.199	2.275	4.474	60.570
Insgesamt	87.291	93.463	180.754	17.109	14.827	31.936	212.690

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

In Oberhausen lebten am 31.12.2017 insgesamt 212.690 Personen (31.12.2015 = 211.888 Personen). Davon haben 180.754 die deutsche Staatsangehörigkeit (31.12.2015 = 183.120) und 31.936 sind Nichtdeutsche (15%) (31.12.2015 = 28.768). Der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung beträgt insgesamt 50,9 %.

Tabelle 2: Altersgruppen

Bevölkerung Altersgruppen 31.12.2017

Geschlecht	männlich			weiblich			Gesamt		
	Deutsche	Nicht-deutsche	Anteil der Nicht-deutschen an ihrer Altersgruppe	Deutsche	Nicht-deutsche	Anteil der Nicht-deutschen an ihrer Altersgruppe	Deutsche	Nicht-deutsche	Anteil der Nicht-deutschen an ihrer Altersgruppe
60 bis unter 65	6.596	559	8	7.155	681	9	13.613	1.240	8
65 bis unter 70	5.583	527	9	6.110	649	10	11.596	1.176	9
70 bis unter 75	3.632	505	12	4.137	419	9	8.010	924	10
75 bis unter 80	4.128	359	8	4.487	292	5	9.628	651	6
80 bis unter 85	2.906	193	6	3.099	157	3	7.512	350	4
85 bis unter 90	1.305	44	3	1.349	57	2	3.863	101	3
90 bis unter 95	366	9	2	375	15	1	1.498	24	2
95 bis unter 100	71	3	4	74	4	1	350	7	2
100 bis unter 105	1	-	1	23	-	23	24	-	24
105 bis unter 110	-	-	-	2	1	33	2	1	33
Gesamt	24.588	2.199	8	26.787	2.275	7	56.096	4.474	7

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Aus der Sicht der Alten- und Pflegeplanung ist der Fokus auf die Altersgruppe der über 60 Jährigen zu richten, da in dieser Altersgruppe grundsätzlich das Pflegerisiko steigt.

Von der Oberhausener Gesamtbevölkerung in Höhe von 212.690 sind insgesamt 60.570 Personen in der Altersgruppe der über 60 Jährigen, was einem Anteil von 28,4 % an der Gesamtbevölkerung entspricht. Die nichtdeutsche Bevölkerung hat mit 4.474 Personen an dieser Altersgruppe einen Anteil von 7,3 %.

Bei den Hochbetagten (ab 80 Jahre) ist festzustellen, dass bei den Deutschen 4.649 Männer 8.600 Frauen gegenüberstehen (31.12.2015 = 4.216 Männer, 8.142 Frauen). Die Altersgruppe der über 80 jährigen Deutschen ist überwiegend weiblich (64,9 %).

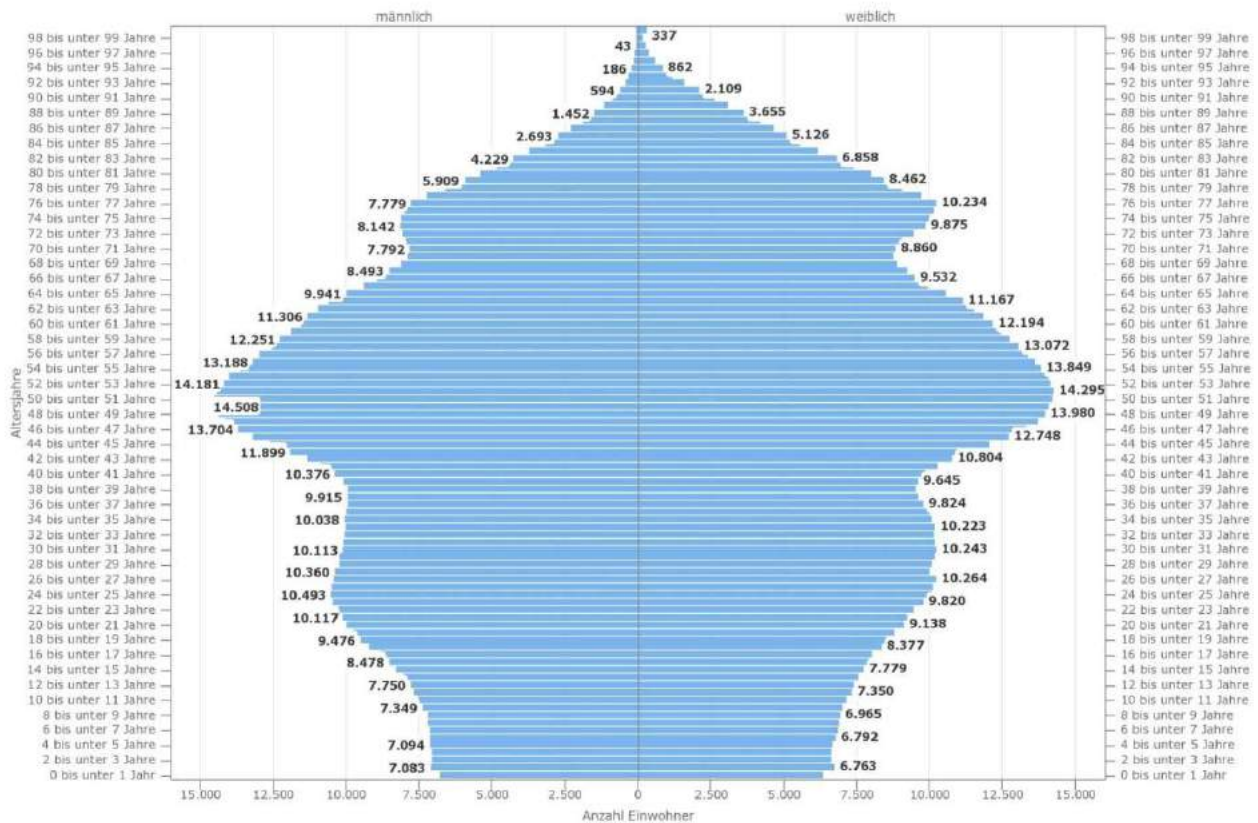
Bei den Nichtdeutschen dieser Altersgruppe der Hochbetagten ist das Verhältnis ausgeglichen (249 Männer, 234 Frauen; 31.12.2015 = 173 Männer, 182 Frauen).

Das Bundesgesundheitsministerium gibt für die Kohorte der Hochbetagten eine Pflegewahrscheinlichkeit von 31,7% an. Bei insgesamt 13.732 Hochbetagten ist damit bei 4.353 Personen der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich.

In der nachstehenden Abbildung ist die Altersverteilung der Oberhausener Bevölkerung zu erkennen. Die größten Werte liegen bei den Männern und Frauen im Altersbereich 47 bis 55 Jahre. Diese Altersgruppe wird in etwa 20 - 25 Jahren (nach dem Jahr 2030) ein Alter erreichen bei dem eine hohe Pflegewahrscheinlichkeit besteht.

Weiterhin wird die unterschiedliche Altersverteilung von Männern und Frauen in der Altersgruppe ab 75 Jahre deutlich. Der Frauenanteil überwiegt mit zunehmendem Alter erheblich.

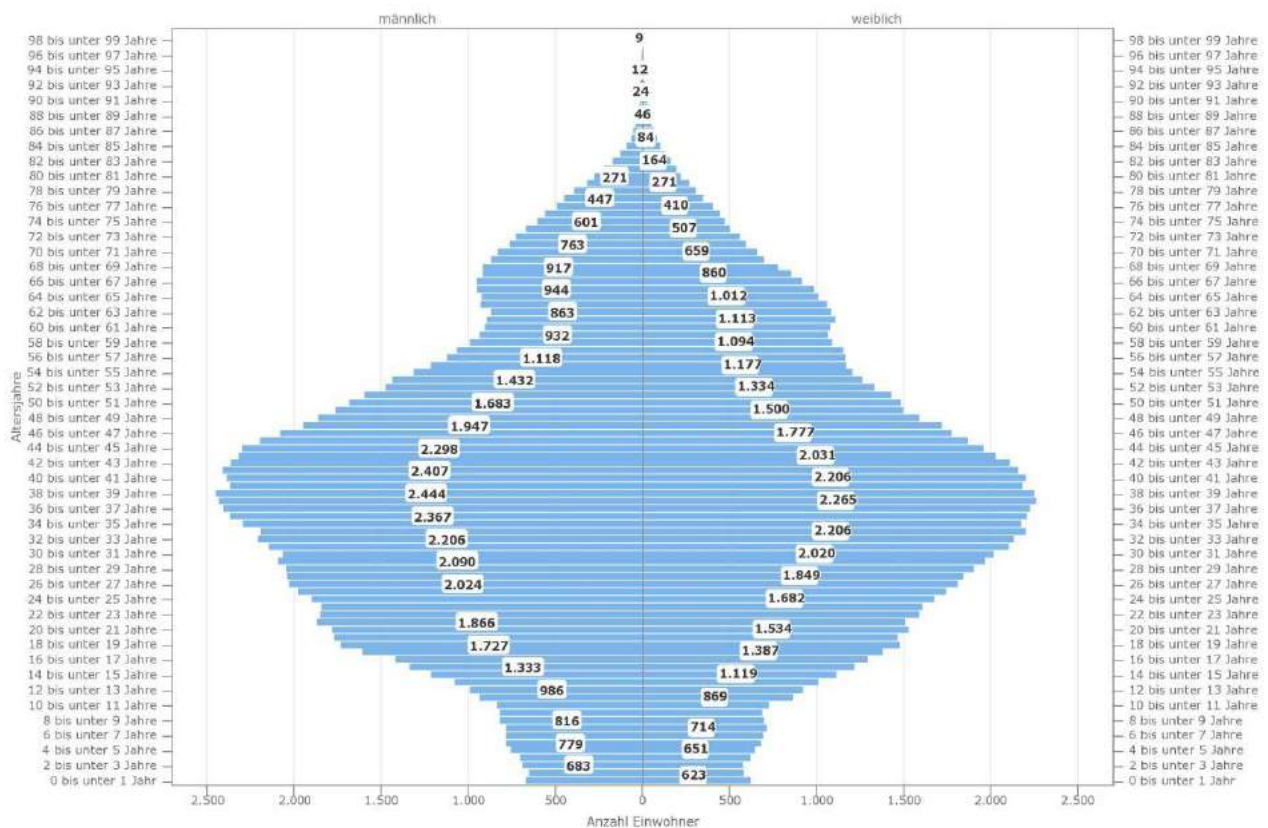
Anzahl Einwohner nach Altersjahre, Geschlecht



(Quelle: 4-5/Statistik, Stand 31.12.2017)

Aus der nachstehenden Abbildung ist ersichtlich, dass bei der ausländischen Bevölkerung die stärkste Ausprägung im Altersbereich 35 bis 45 Jahre liegt. Die absolute Personenanzahl im Altersbereich mit einer gesteigerten Pflegewahrscheinlichkeit (älter 75 Jahre) ist eher niedrig.

Anzahl Einwohner nach Altersjahre, Geschlecht



(Quelle: 4-5/Statistik; Nichtdeutsche 31.12.2017)

Tabelle 3. Altenquotient

Altenquotient - Jahr	2011	2013	2015	2017
von 0 bis unter 20 Jahren	38.461	37.212	37.533	37.855
von 20 bis unter 65 Jahren	128.991	128.726	129.279	129.118
65 Jahre und älter	44.131	44.416	45.076	45.717
Gesamt	211.583	210.354	211.888	212.690
Altenquotient	34,21	34,5	34,87	35,41

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Der Altenquotient der Oberhausener Gesamtbevölkerung steigt seit 2011 kontinuierlich. Der Anteil der Personen im Rentenalter steigt im Verhältnis zum Anteil der jüngeren Bevölkerung. Die demografischen Veränderungen in der kommunalen Bewohnerstruktur tendieren in eine zunehmende Alterung der Oberhausener Stadtgesellschaft.

Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (65 Jahre und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (von 20 bis unter 65 Jahren) ab.³ Er ist eine Rechengröße zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der älteren – im Wesentlichen nicht

³ www.destatis.de

mehr erwerbstätigen – Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter.⁴

Tabelle 4: Sozialräume - Bevölkerungsstruktur

2017	deutsch/nicht deutsch (erste Staatsangeh.)	Geschlecht		unter 65 J	von 65 bis unter 70 J	von 70 bis unter 75 J	von 75 bis unter 80 J	von 80 bis unter 85 J	von 85 bis unter 90 J	90 J und älter	Gesamt
		männlich	weiblich								
71 Oberhausen Mitte/Styrum	Deutsche	9.490	10.261	14.934	1.233	889	1.131	844	462	258	19.751
	Nichtdeutsche	3.907	3.050	6.502	180	124	80	52	15	4	6.957
	Summe	13.397	13.311	21.436	1.413	1.013	1.211	896	477	262	26.708
72 Oberhausen Ost	Deutsche	14.411	15.852	22.870	1.877	1.320	1.644	1.404	766	382	30.263
	Nichtdeutsche	2.731	2.317	4.588	175	110	95	60	16	4	5.048
	Summe	17.142	18.169	27.458	2.052	1.430	1.739	1.464	782	386	35.311
73 Alstaden/Lirich	Deutsche	12.678	13.217	20.383	1.653	1.055	1.264	892	460	188	25.895
	Nichtdeutsche	2.575	2.230	4.316	169	115	111	64	21	9	4.805
	Summe	15.253	15.447	24.699	1.822	1.170	1.375	956	481	197	30.700
74 Sterkrade-Mitte	Deutsche	20.415	21.957	32.236	2.779	1.983	2.267	1.817	870	420	42.372
	Nichtdeutsche	3.200	2.749	5.253	282	215	111	61	20	7	5.949
	Summe	23.615	24.706	37.489	3.061	2.198	2.378	1.878	890	427	48.321
75 Sterkrade-Nord	Deutsche	14.942	16.232	23.381	2.167	1.535	1.820	1.345	650	276	31.174
	Nichtdeutsche	1.177	1.128	2.103	67	62	42	22	7	2	2.305
	Summe	16.119	17.360	25.484	2.234	1.597	1.862	1.367	657	278	33.479
76 Osterfeld	Deutsche	15.355	15.944	24.467	1.887	1.228	1.502	1.210	655	350	31.299
	Nichtdeutsche	3.519	3.353	5.940	303	298	212	91	22	6	6.872
	Summe	18.874	19.297	30.407	2.190	1.526	1.714	1.301	677	356	38.171
Gesamt	Deutsche	87.291	93.463	138.271	11.596	8.010	9.628	7.512	3.863	1.874	180.754
	Nichtdeutsche	17.109	14.827	28.702	1.176	924	651	350	101	32	31.986
	Gesamt	104.400	108.290	166.973	12.772	8.934	10.279	7.862	3.964	1.906	212.660

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

In den 6 Oberhausener Sozialräumen leben insgesamt 13.732 Hochbetagte (älter 80 Jahre; 31.12.2015 = 12.713). Mit 3.195 Personen (31.12.2015 = 2.905) leben die meisten Hochbetagten in Sterkrade-Mitte, gefolgt von Oberhausen-Ost mit 2.632 Personen (31.12.2015 = 2.457). Die wenigsten Hochbetagten, 1.635 Personen (31.12.2015 = 1.507), wohnen in Oberhausen Mitte / Styrum und Alstaden / Lirich mit 1.634 Personen (31.12.2015 = 1.605).

Die Anzahl der Hochbetagten (ab 80 Jahre) ist in Oberhausen vom 31.12.2015 bis 31.12.2017 um 1.019 Personen gestiegen.

In der Altersgruppe der 65 bis unter 80 Jährigen (steigendes Pflegerisiko) leben insgesamt 31.985 Personen in allen Sozialräumen. Die meisten Personen in dieser Altersgruppe wohnen in Sterkrade-Mitte mit 7.637, danach folgt Sterkrade-Nord mit 5.693 Personen. Mit 3.637 Personen wohnen die wenigsten der Altersgruppe in Oberhausen Mitte / Styrum.

Es ist festzustellen, dass sowohl in der Altersgruppe der 65 bis unter 80 Jährigen als auch bei den Hochbetagten die meisten Personen in Sterkrade-Mitte leben. Aufgrund dieser

Altersstruktur besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit an Pflegebedürftigen in diesem Sozialraum. Der Sozialraum Oberhausen Mitte / Styrum hat in beiden Altersgruppen die kleinsten Fallzahlen.

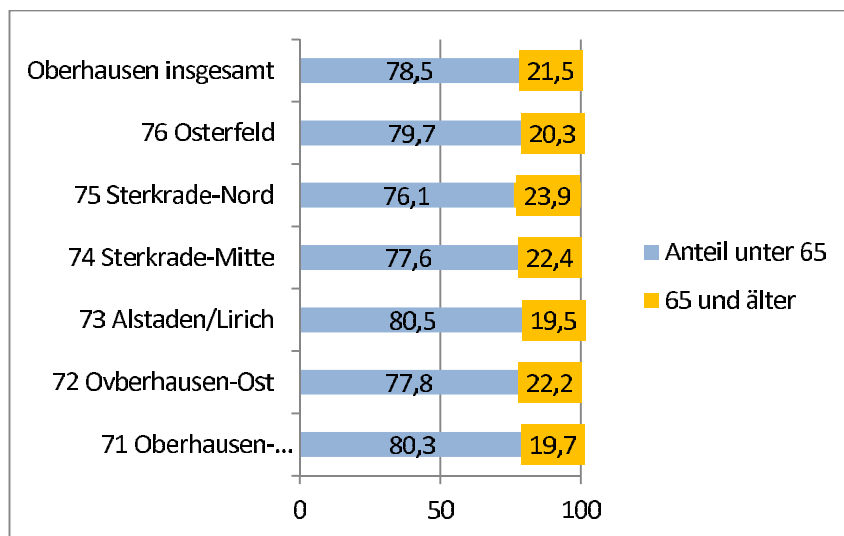
Die isolierte Betrachtung der nichtdeutschen Bevölkerung ergibt, dass in allen Oberhausener Sozialräumen insgesamt 2.751 Personen der Altersgruppe der 65 bis unter 80 Jährigen und 483 Hochbetagte leben. Die meisten nichtdeutschen Hochbetagten leben in Osterfeld (Anzahl: 119) gefolgt von 94 Personen in Alstaden / Lirich. Die wenigsten nicht deutschen Hochbetagten, 31 Personen, wohnen in Sterkrade-Nord.

In der Altersgruppe der 65 bis unter 80 Jährigen Nichtdeutschen leben die meisten Personen in Osterfeld (813 Personen), danach folgt Sterkrade-Mitte mit 608 Personen. Mit 171 Personen wohnen die wenigsten der Altersgruppe in Sterkrade-Nord.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass in der nichtdeutschen Altersgruppe der 65 bis unter 80 Jährigen und der Hochbetagten die meisten Personen in Osterfeld leben. Der Sozialraum Sterkrade-Nord hat in beiden Altersgruppen die kleinsten Fallzahlen.

Die vorstehenden Aussagen gehen nur auf die absolute Anzahl der im jeweiligen Sozialraum lebenden Personen in der jeweiligen Alterskohorte ein. Für eine vorzuhaltende pflegerische Infrastruktur ist nur die absolute Anzahl der Betroffenen entscheidend.

Anteil der Bevölkerung unter 65 Jahre sowie 65 Jahre und älter nach Sozialräumen:



(Quelle: 4-5/Statistik, Eigene Darstellung)

Die Altersverteilung der über 65 Jährigen im Stadtgebiet ist „gleichmäßig“, so dass keine Alterssegregation in Oberhausen vorliegt.

4.2 Bevölkerungsentwicklung

Tabelle 5.1: Gesamtstadt - Bevölkerungsentwicklung

Prognosejahr	Geschlecht		von 60 bis		von 70 bis	von 80	90 und älter	Gesamt > 60 Jahre
	männlich	weiblich	unter 60 Jahren	unter 70 Jahren	unter 80 Jahren	bis unter 90 Jahren		
2016	102.511	107.351	149.846	26.932	19.935	11.373	1.776	60.016
2017	102.525	107.069	148.892	27.592	19.536	11.759	1.815	60.702
2018	102.518	106.781	147.953	27.968	19.360	12.122	1.895	61.345
2019	102.489	106.484	146.932	28.327	19.200	12.541	1.974	62.042
2020	102.442	106.180	145.830	28.765	19.139	12.834	2.055	62.793
2021	102.374	105.867	144.646	29.353	19.148	13.033	2.061	63.595
2022	102.286	105.544	143.556	29.682	19.648	12.873	2.072	64.274
2023	102.178	105.209	142.331	30.176	20.139	12.653	2.088	65.056
2024	102.051	104.860	141.051	30.532	20.745	12.362	2.221	65.860
2025	101.905	104.497	139.851	30.842	21.529	11.820	2.360	66.550

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Die Oberhausener Gesamtbevölkerung wird bis ins Jahr 2022 (Betrachtungszeitraum der örtlichen Pflegeplanung) auf 207.830 sinken. Gleichzeitig wird die Altersgruppe der über 60 Jährigen auf 64.274 im Jahr 2022 steigen (+4,77% ggü. Jahr 2018).

Langfristig wird die Gesamtbevölkerung bis ins Jahr 2025 weiter auf 206.402 Personen sinken und die Altersgruppe der über 60 Jährigen (steigende Pflegewahrscheinlichkeit) weiter auf 66.550 steigen (+8,48% ggü. Jahr 2018).

Auch bei den Hochaltrigen steigt von 2018 bis ins Jahr 2022 die Anzahl der 80 bis unter 90 Jährigen von 12.122 auf 12.873 (+6,2%) und bei den 90 Jährigen und älter von 1.895 auf 2.072 (+9,3%). Bei den Hochaltrigen ist von einem verstärkten Auftreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auszugehen. Familiäre Unterstützungssysteme greifen in dieser Altersgruppe nur noch wenig und die institutionelle Pflege-, Hilfeleistung überwiegt, da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für eine deutliche Zunahme von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Langfristig werden die Hochaltrigen in der Altersgruppe der 80 bis unter 90 Jährigen von 12.873 im Jahr 2022 auf 11.820 Personen im Jahr 2025 sinken. Die Altersgruppe der 90 Jährigen und älter wird von 2.072 Personen im Jahr 2022 auf 2.360 Personen im Jahr 2025 weiter steigen.

In Oberhausen wird bei einer sinkenden Gesamtbevölkerung der Anteil der Hochaltrigen über 90 Jahre von 2018 bis ins Jahr 2025 um 24,5% (Anzahl: +465 Personen) steigen.

Tabelle 5.2: Gesamtstadt – Bevölkerungsentwicklung Männer - Frauen

Bevölkerungsentwicklung												
	von 60 bis unter 70 J			von 70 bis unter 80 J			von 80 bis unter 90 J			90 und älter		
Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2016	26.932	13.022	13.910	19.985	8.919	11.016	11.373	4.276	7.097	1.776	415	1.361
2017	27.592	13.294	14.299	19.536	8.803	10.733	11.759	4.466	7.293	1.815	457	1.358
2018	27.968	13.492	14.477	19.360	8.746	10.614	12.122	4.659	7.463	1.895	520	1.376
2019	28.327	13.635	14.692	19.200	8.729	10.471	12.541	4.898	7.643	1.974	565	1.408
2020	28.765	13.836	14.930	19.139	8.766	10.373	12.884	5.028	7.806	2.055	620	1.435
2021	29.353	14.128	15.226	19.148	8.806	10.341	13.033	5.153	7.880	2.061	639	1.421
2022	29.682	14.315	15.366	19.648	9.020	10.628	12.873	5.132	7.740	2.072	661	1.411
2023	30.176	14.613	15.564	20.139	9.262	10.877	12.653	5.058	7.595	2.088	686	1.402
2024	30.532	14.806	15.725	20.745	9.578	11.167	12.362	4.974	7.389	2.221	747	1.474
2025	30.842	14.993	15.848	21.529	9.929	11.600	11.820	4.795	7.025	2.360	807	1.553

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Wird die Bevölkerungsentwicklung in Oberhausen differenziert nach der getrennten Entwicklung der männlichen und weiblichen Alterskohorten betrachtet, so wird deutlich, dass bei dem Verhältnis Männer zu Frauen bei den Hochbetagten (ab 80 Jahre) der Frauenanteil sehr stark überwiegt.

Grundsätzlich haben Frauen in Deutschland eine höhere Lebenserwartung als Männer. Dieser Sachverhalt führt zu einem höheren Anteil von Frauen im hohen Alter. Im Alter von 80 Jahren und älter kommen auf einen Mann in Deutschland etwa drei Frauen und im Alter von 100 Jahren und älter 7,5. Ursache dafür ist die unterschiedliche Sterblichkeit durch verschiedene biologische und soziale Risiken im Lebensverlauf.⁵

Bei der Altersgruppe von 80 bis unter 90 Jahre beträgt der Frauenanteil in Oberhausen im Jahr 2018 = 61,5% und sinkt im Jahr 2022 auf 60,1%.

In der Altersgruppe 90 Jahre und älter verschiebt sich das Verhältnis weiter; der Frauenanteil im Jahr 2018 beträgt 72,5% und sinkt im Jahr 2022 auf 68,0%.

Hochaltrigkeit ist überwiegend weiblich.

Hochaltrige Pflegebedürftige werden verstärkt durch institutionelle Pflege- / Hilfeleistungen unterstützt, die familiäre Pflege tritt aufgrund des schwerwiegenden Betreuungsaufwandes zurück.

⁵ <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/225395/sterblichkeit-und-hochaltrigkeit>

Tabelle 6: Sozialräume - Bevölkerungsentwicklung

Prognosejahr	2016	2018	2020	2022	2025	Trend 2022 zu 2018 in %
Sozialraum	Einwohner 60 bis unter 70 Jahre					
71 Oberh. Mitte / Styrum	3.023	3.153	3.239	3.307	3.452	+ 4,9%
72 Oberhausen Ost	4.355	4.551	4.733	4.882	5.074	+ 7,3%
73 Alstaden/Lirich	3.858	4.022	4.111	4.295	4.432	+ 6,8%
74 Sterkrade-Mitte	6.378	6.583	6.710	6.956	7.238	+ 5,7%
75 Sterkrade-Nord	4.645	4.828	4.933	5.009	5.180	+ 3,7%
76 Osterfeld	4.672	4.832	5.040	5.232	5.465	+ 8,3%
Gesamt	26.932	27.968	28.765	29.682	30.842	+ 6,1%
	Einwohner 70 bis unter 80 Jahre					
71 Oberh. Mitte / Styrum	2.314	2.196	2.153	2.215	2.431	+ 0,9%
72 Oberhausen Ost	3.327	3.195	3.130	3.245	3.541	+ 1,6%
73 Alstaden/Lirich	2.646	2.574	2.569	2.651	2.945	+ 3,0%
74 Sterkrade-Mitte	4.757	4.662	4.669	4.751	5.143	+ 1,9%
75 Sterkrade-Nord	3.531	3.420	3.352	3.411	3.746	- 0,3%
76 Osterfeld	3.360	3.313	3.266	3.374	3.723	+ 1,8%
Gesamt	19.935	19.360	19.139	19.648	21.529	+ 1,5%
	Einwohner 80 bis unter 90 Jahre					
71 Oberh. Mitte / Styrum	1.275	1.350	1.419	1.410	1.294	+ 4,4%
72 Oberhausen Ost	2.147	2.278	2.355	2.309	2.077	+ 1,4%
73 Alstaden/Lirich	1.437	1.488	1.570	1.566	1.431	+ 5,3%
74 Sterkrade-Mitte	2.670	2.879	3.057	3.101	2.889	+ 7,7%
75 Sterkrade-Nord	1.910	2.117	2.315	2.368	2.185	+ 11,9%
76 Osterfeld	1.933	2.009	2.117	2.118	1.944	+ 5,4%
Gesamt	11.373	12.122	12.834	12.873	11.820	+ 6,2%
	Einwohner 90 Jahre und älter					
71 Oberh. Mitte / Styrum	213	213	215	201	219	- 5,7%
72 Oberhausen Ost	355	372	408	410	468	+ 10,1%
73 Alstaden/Lirich	185	207	214	211	240	+ 2,2%
74 Sterkrade-Mitte	416	445	495	511	593	+ 14,9%
75 Sterkrade-Nord	275	314	369	397	469	+ 26,4%
76 Osterfeld	332	344	354	342	371	- 0,7%
Gesamt	1.776	1.895	2.055	2.072	2.360	+ 9,3%

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Für die 6 Sozialräume werden in allen Alterskohorten grundsätzlich steigende Fallzahlen prognostiziert, mit Ausnahme der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre im Sozialraum Sterkrade-Nord und in der Altersgruppe 90 Jahre und älter im Sozialraum Oberhausen Mitte/Styrum sowie Osterfeld.

In der Altersgruppe 70 bis unter 80 Jahre liegt insgesamt nur eine kleine Steigerungsrate vor. Dies wird als Folge der Kriegsjahre 1940 – 1945 interpretiert, da in dieser Zeit weniger Kinder geboren wurden.

In der Altersgruppe von 80 bis unter 90 Jahre steigen die Zahlen im Prognosezeitraum von 12.122 auf 12.873 Personen (+6,2%) und bei den Einwohnern 90 Jahre und älter von 1.895 auf 2.072 Personen (+9,3%).

In den Altersgruppen der 80 bis unter 90 Jährigen und der über 90 Jährigen sind überdurchschnittliche Alterungszuwächse im Sozialraum Sterkrade-Nord mit +11,9% (Gesamtstadt: +6,2%) bzw. +26,4% (Gesamtstadt: +9,3%) zu beachten.

Der Sozialraum Sterkrade-Mitte hat im Jahr 2022 in sämtlichen Altersgruppierungen die (absolut) höchste Anzahl an Bewohnern. Im Sozialraum Sterkrade-Mitte werden im Jahr 2022 viele Hochbetagte, mit gesteigerten Anforderungen an Hilfs- und Pflegeleistungen, leben.

Für das Jahr 2025 wird langfristig prognostiziert, dass die Zahl der 80 bis unter 90 Jährigen für die Gesamtstadt gegenüber dem Jahr 2022 um (absolut) ca. 1.000 Personen sinken wird. Damit dürfte ein Absinken des Anteils der hochgradig Pflegebedürftigen verbunden sein.

Der Sozialraum Oberhausen Mitte/Styrum hat in allen Altersgruppierungen die (absolut) kleinste Bewohneranzahl im Jahr 2022.

5. Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit - Bestand und Entwicklung

Steigende Lebenserwartungen des Einzelnen und alternde Gesellschaftsstrukturen führen zu steigenden Pflegewahrscheinlichkeiten und verstärkter Inanspruchnahme der Pflegeversicherung. Ab dem 80. Lebensjahr steigt die statistische Wahrscheinlichkeit, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, rapide an – auf 33 Prozent. Das heißt: Je älter die Bevölkerung, desto höher die Zahl der pflegebedürftigen Menschen. Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große physische, psychische und finanzielle Belastung, zumal sich die Familienstrukturen verändert haben. In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war.

Seit dem 01.01.2017, der Einführung des Pflegestärkungsgesetz II, greift ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Hier wird der Fokus auf den tatsächlichen Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen, auf den Grad der Selbständigkeit (Orientierung in Zeit und Raum, situatives Anpassen, Tag-, Nachtrhythmus-Störung, Wahrnehmung-Denken) sowie den Umfang der Defizite gerichtet. Die bisherige Zuordnung der Pflegebedürftigen in 3 Pflegestufen wurde durch 5 Pflegegrade ersetzt. Soweit Pflegestatistiken ab 01.01.2017 die 5 Pflegegrade abbilden können sie nicht mehr mit zurückliegenden Pflegestatistiken (31.12.2015) direkt verglichen werden, da hier Daten zu den 3 Pflegestufen dargestellt werden.

Für die Anerkennung eines Pflegegrades wurde ein neues Begutachtungsverfahren entwickelt, das an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst wurde.

Bei der Analyse des Bestandes und der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und der Pflegestufen ist die demografische (Altersgruppen-) Entwicklung und damit die altersbedingte Pflegewahrscheinlichkeit (Prävalenzrate) entscheidend.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie zukünftige Pflegearrangements ausfallen werden. Wie verteilt sich die Inanspruchnahme der Pflege auf häusliche, ambulante und stationäre Angebote? Hier werden demografische und gesellschaftspolitische Änderungen spürbar, wenn steigende Pflegezahlen auf geänderte familiäre Strukturen und ein geändertes Frauenbild (gesteigerte Frauenerwerbstätigkeit) treffen. Die häusliche Pflege ist überwiegend „weiblich“, so dass mit der gesellschaftlichen Veränderung der Frauenerwerbstätigkeit, einer zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit, u. a. ein sinkendes „informelles Pflegepotenzial“ (Pflege durch Angehörige) bei der häuslichen Pflege verbunden ist.

Bei Annahmen zur Pflegewahrscheinlichkeit werden zwei grundsätzliche Ansätze vertreten. Der erste Ansatz (Trendvariante, TV, optimistische Szenario) geht davon aus, dass eine Verbesserung der Lebensqualität sowie die medizinische Weiterentwicklung zu einer höheren Lebenserwartung und damit zu zusätzlichen Lebensjahren führen, die in Gesundheit verbracht werden. Dies würde zu einem Absinken der altersbedingten Pflegewahrscheinlichkeit führen. Bei dem zweiten Ansatz (konstante Variante, KV, Basisszenario) wird von einem gleichbleibenden Pflegerisiko ausgegangen, welches ausschließlich auf die prognostizierten demografischen Veränderungen gerichtet ist, so dass sich das altersspezifische Pflegefallrisiko nicht verändert. Die zusätzlichen Lebensjahre werden in Pflegebedürftigkeit verbracht.

Die Stiftung Bertelsmann bewertet in dem Themenreport „Pflege 2030“ die beiden Annahmen zur Pflegewahrscheinlichkeit und geht von einer Konstanz der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten auch in den nächsten 20 Jahren aus. Diese Bewertung wird bei Gewichtung der Prognoseempfehlungen - verstärkt berücksichtigt.

Tabelle 7: Pflegefallszenarien

Pflegefallszenarien			
Annahmen zur Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung			
Konstante Variante (Basisszenario)		Trendvariante (Optimistisches Szenario)	
Zusätzliche Lebensjahre werden vollständig in Pflegebedürftigkeit verbracht.		Zusätzliche Lebensjahre werden frei von Pflegebedürftigkeit verbracht.	
Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt im Durchschnitt aller Pflegefälle zu.		Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt im Durchschnitt aller Pflegefälle konstant.	
Altersspezifische Prävalenz bleibt konstant.		Altersspezifische Prävalenz wird entsprechend gestiegener Lebenserwartung in höhere Altersgrenzen verschoben.	
Verlust guter Jahre		Gewinn guter Jahre	

(Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft, IW-Trends 3.2015; Eigene Darstellung)

Bei den Prognosen zur Entwicklung im stationären Pflegebereich ist zu beachten, dass ein Vergleich von vorzuhaltenden Platzzahlen mit der Anzahl der zum Stichtag prognostizierten Anzahl der stationären Pflegebedürftigen erfolgt. Hierbei wird (kann) nicht berücksichtigt werden, dass aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der verbesserten

Lebensbedingungen das Einzugsalter in eine stationäre Pflegeeinrichtung steigt und mit einer kürzeren Verweildauer in der Pflegeeinrichtung verbunden ist. Hierdurch werden stationäre Pflegeplätze einer Einrichtung teilweise mehrfach innerhalb eines Jahres belegt.

Ab dem 60. Lebensjahr steigt mit weiter fortschreitendem Alter die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden. Nach der neuesten Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes „Ältere Menschen in Deutschland und der EU 2016“ steigt der Pflegebedarf in Deutschland erst bei Hochbetagten merklich an. Zwischen 75 und 79 Jahren ist jeder Zehnte pflegebedürftig, zwischen 80 und 85 Jahren etwa jeder Fünfte. In der Altersgruppe ab 90 Jahren steigt der Anteil auf rund zwei Drittel, die Hälfte von ihnen wird stationär versorgt.

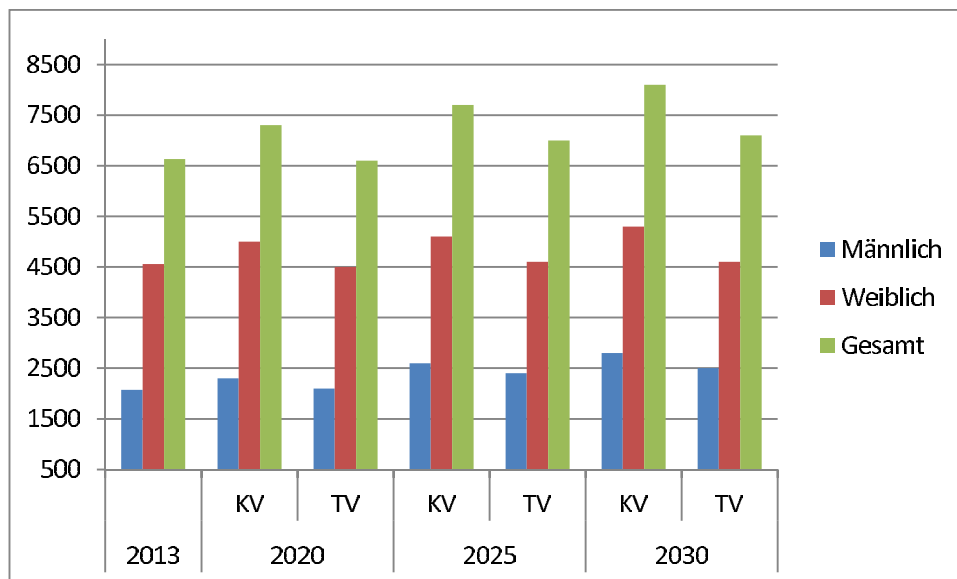
Die nachfolgenden Prognosen unterscheiden zwischen einer Vorausberechnung der Pflegebedürftigen als Gesamtheit und der Betrachtung einzelner Pflegesettings (ambulant, stationär, Pflegegeld). Bei diesen Prognosen handelt es sich um Annahmen, die von einer bestimmten Entwicklung der Pflegequoten und der Bevölkerungszahlen ausgehen. Je weiter der Blick in die Zukunft gerichtet ist (Jahr 2030: langfristige Prognose), desto eher können Prognosen von der Realität abweichen, da heute nicht absehbare Entwicklungen eintreten können.

Tabelle 8: Pflegebedürftige nach Geschlecht und Alter (Trend-, konstante Variante)

Pflegebedürftige: nach Geschlecht und Altersgruppen - konstante und Trendvariante

Geschlecht - Alter	Pflegebedürftige						
	2013	2020		2025		2030	
	Anzahl						
	Ist	KV	TV	KV	TV	KV	TV
Männlich							
60 bis unter 70	344	400	400	400	400	500	400
70 bis unter 80	809	700	600	800	700	900	800
80 bis unter 90	773	1.000	900	1.100	1.000	1.000	900
90 und mehr	145	200	200	300	300	400	400
Gesamt:	2.071	2.300	2.100	2.600	2.400	2.800	2.500
Weiblich							
60 bis unter 70	402	500	400	500	400	500	400
70 bis unter 80	1.154	1.000	800	1.000	900	1.200	900
80 bis unter 90	2.125	2.500	2.300	2.500	2.300	2.200	2.000
90 und mehr	877	1.000	1.000	1.100	1.000	1.400	1.300
Gesamt:	4.558	5.000	4.500	5.100	4.600	5.300	4.600
Zusammen	6.629	7.300	6.600	7.700	7.000	8.100	7.100

KV: konstante Variante - TV: Trendvariante

Grafik: Pflegebedürftige: nach Geschlecht, ab 60 Jahre (KV und TV)

(Quelle: Eigene Darstellung, ohne unter 60 Jährige.)

Ausgehend von insgesamt 6.629 Pflegebedürftigen (60 Jahre und älter) im Jahr 2013, davon 4.558 Frauen (68,8%) und 2.071 Männern (31,2%) wird folgende Entwicklung erwartet:

Bis ins Jahr 2020:

Männer (Ausgangswert 2.071 im Jahr 2013):

Konstante Variante: Steigerung auf 2.300 - Trendvariante: Gleichbleibend 2.100

Frauen (Ausgangswert 4.558 im Jahr 2013):

Konstante Variante: Steigerung auf 5.000 - Trendvariante: Gleichbleibend 4.500

Gesamt (Ausgangswert 6.629 im Jahr 2013):

Konstante Variante: Steigerung auf 7.300 (+10,1%)

Trendvariante: Gleichbleibend 6.600 (-0,5%)

Auffällig ist in der Betrachtung bis 2020 der Zuwachs der männlichen (Jahr 2013 = 918 Männer) und weiblichen (Jahr 2013 = 3.002 Frauen) Pflegebedürftigen in den Altersgruppen 80 Jahre und älter (Hochaltrige) bei beiden Annahmevarianten. Bei der konstanten Variante stehen 3.500 Frauen 1.200 Männern gegenüber; bei der Trendvariante sind es 3.300 Frauen und 1.100 Männer. Die Anzahl der pflegebedürftigen Frauen ist in der Altersgruppe der Hochaltrigen ca. dreimal höher als die Anzahl der Männer.

Die örtliche Planung nach § 7 APG NRW wird sich an der Prognose bis zum Jahr 2020 / 2025 orientieren, da so ein überschaubarer Planungszeitraum mit einer größeren Eintrittswahrscheinlichkeit vorliegt. Zum 31.12.2019 ist nach § 7 IV APG NRW die örtliche Planung fortzuschreiben und zu aktualisieren. Die langfristige Prognose wird bei der tendenziellen Bewertung berücksichtigt.

Frauen sind wahrscheinlich aufgrund der höheren Lebenserwartung und evtl. infolge der Folgen des Zweiten Weltkrieges bei den Hochaltrigen und damit auch bei den Hochaltrig-Pflegebedürftigen stärker vertreten. Diese Aussage wird durch die konkrete, aktuelle Belegung der stationären Pflegeeinrichtungen bestätigt.

Weiterhin machen die Prognosen deutlich, dass nach dem Jahr 2025 /2030 eine erhebliche Dynamik in der Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen zu erwarten ist. Dies wird auch durch die Grafik zur Altersverteilung (Seite 16-17, Kohortenstärke der Altersjahrgänge) nachvollziehbar. Die geburtenstarken Jahrgänge 1950 – Mitte 1960 wachsen in die Alterskohorte der Hochaltrigen (80 Jahre) hinein und damit in ein Lebensalter mit steigender Wahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit.

Tabelle 9: Pflegebedürftige nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung (Trend-, konstante Variante)

Pflegebedürftige nach Geschlecht und Art der Pflegeleistung

Geschlecht Art der Pflegeleistung	Pflegebedürftige						
	2013	2020		2025		2030	
	Anzahl						
	IST	KV	TV	KV	TV	KV	TV
Männlich							
ambulante Pflege	506	600	500	600	500	700	600
stationäre Pflege	514	600	500	600	500	700	600
Pflegegeldempfänger	1.669	1.800	1.700	1.900	1.700	2.000	1.800
Gesamt:	2.689	3.000	2.700	3.100	2.700	3.400	3.000
Weiblich							
ambulante Pflege	1.192	1.300	1.200	1.300	1.200	1.300	1.200
stationäre Pflege	1.475	1.700	1.500	1.700	1.500	1.800	1.500
Pflegegeldempfängerinnen	2.441	2.600	2.400	2.600	2.400	2.600	2.400
Gesamt:	5.108	5.600	5.100	5.600	5.100	5.700	5.100
Zusammen	7.797	8.600	7.800	8.700	7.800	9.100	8.100

Summen nach Art der Pflegeleistung

ambulante Pflege	1.698	1.900	1.700	1.900	1.700	2.000	1.800
stationäre Pflege	1.989	2.300	2.000	2.300	2.000	2.500	2.100
Pflegegeld	4.110	4.400	4.100	4.500	4.100	4.600	4.200

KV: konstante Variante - TV: Trendvariante

(Quelle: IT:NRW; Eigene Darstellung, inkl. unter 60 Jährige)

Im Jahr 2013 wurden von insgesamt 7.797 Pflegebedürftigen 1.698 Personen (21,8%) ambulant, 1.989 Personen (25,5%) stationär betreut und 4.110 Personen (52,7%) bezogen Pflegegeld.⁶ Pflegegeld ist und bleibt auch langfristig die häufigste Art der Pflegeleistung.

Bis in das Jahr 2020 wird nach der konstanten Variante die ambulante Betreuung auf 1.900 Personen (+150), die stationäre Versorgung auf 2.300 Personen (+360) und der Pflegegeldbezug auf 4.400 Personen steigen. In der Trendvariante stagniert die Anzahl der ambulant Betreuten bei 1.700 Personen, die Anzahl der stationär versorgten Personen bei ca. 2.000 und der Pflegegeldbezug bei ca. 4.100 Personen. Langfristig bis in Jahr 2030 werden die Pflegebedürftigen von 7.797 Personen im Jahr 2013 auf 9.100 (konstante Variante) bzw. 8.100 (Trendvariante) steigen.

Beide Annahmevarianten gehen von einer Stagnation der Werte bei den Pflegeleistungen der ambulanten und stationären Versorgung für den Zeitraum vom Jahr 2020 bis ins Jahr 2025 aus.

Erst ab dem Jahr 2025 bis ins Jahr 2030 sind bei diesen Pflegearten maßgebende Zuwächse zu erwarten.

Im Jahr 2030 beträgt der Frauenanteil in der stationären Pflege 72% (konstante Variante).

Die Prognoseaussage von IT.NRW ist nicht belastbar (Basisjahr 2013!), da die Auswirkungen des PSG II (01.01.2017) nicht berücksichtigt werden konnten. Dies wird bei der Prognose zur „ambulanten Pflege“ deutlich. Insgesamt können allenfalls Trends berücksichtigt werden.

In der ambulanten Pflege wurden z. B. am 31.12.2015 schon 2.242 Personen in Oberhausen betreut. IT.NRW prognostiziert für das Jahr 2020 in der ambulanten Pflege einen Wert von 1.900 Pflegebedürftigen (konstante Variante). Damit wird der prognostizierte Wert für das Jahr 2020 bereits am 31.12.2015 tatsächlich um 18% überschritten.

Tabelle 10: Pflegebedürftige nach Pflegestufen

Pflegebedürftige nach Pflegestufen			
Pflegestufe	2013	2015	Trend
Pflegestufe I	4 804	5 408	+ 12,6 %
Pflegestufe II	2 221	2 519	+ 13,4 %
Pflegestufe III	761	820	+ 7,8 %
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	11	6	– 45,5 %
Insgesamt	7 797	8 753	+ 12,3 %

(Quelle: IT:NRW; Eigene Darstellung, inkl. unter 60 Jährige)

⁶ Häusliche Pflege ist sichergestellt durch Angehörige oder ehrenamtlich tätige Person. Über die Verwendung des Pflegegeldes kann frei verfügt werden.(DeStatis)

Ab dem 01.01.2017 wird keine Vergleichbarkeit der neuen Werte mit den Pflegestufen der zurückliegenden Jahre möglich sein, da aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II eine Überführung der 3 Pflegestufen in 5 Pflegegrade stattfindet.

Aktuelle Studie (08.08.2018) und Zahlen des Instituts Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen (UDE):

„Einen steilen Zuwachs von 20 Prozent gab es im Jahr 2017, verursacht durch die gesetzliche Neuregelung (Pflegestärkungsgesetz II) mit fünf Pflegegraden statt der bisherigen drei Pflegestufen. Damit gibt es auch neue Leistungsempfänger, insbesondere Menschen mit demenziellen Einschränkungen....“

Tabelle 11: Leistungsempfänger nach Pflegestufen und Pflegesettings

Leistungsempfänger nach Pflegestufen und						
			vollstationäre Pflege			
Pflegestufen	insgesamt*	ambulante Pflege	zusammen	Dauer- pflege	Kurzzeit- pflege	Pflege- geld 1)
15.12.2011						
Pflegestufe I	4539	1028	680	645	35	2831
Pflegestufe II	2313	479	818	804	14	1016
Pflegestufe III	789	143	436	436	.	210
Insgesamt	7.641	1.650	1.934	1.885	49	4.057
15.12.2013						
Pflegestufe I	4804	1.131	765	732	33	2.908
Pflegestufe II	2221	434	796	787	9	991
Pflegestufe III	761	133	417	417	.	211
Insgesamt	7.786	1.698	1.978	1.936	42	4.110
15.12.2015						
Pflegestufe I	5 408	1 421	773	742	31	3 214
Pflegestufe II	2 519	649	821	811	10	1 049
Pflegestufe III	820	172	427	424	3	221
Insgesamt	8.753	2.242	2.027	1.983	44	4.484

* In der Gesamtzahl von 8753 und in der Gesamtzahl der vollstationären Pflege sind 6 Personen, die noch keine Pflegestufe haben, enthalten

1) Ohne Empfänger/-innen von Pflegegeld, die zusätzlich auch ambulante Pflege erhalten. Diese werden bei der ambulanten Pflege berücksichtigt. Stichtag: 31.12.2015. Zudem ohne Empfänger/-innen von Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Diese werden bereits bei der vollstationären bzw. ambulanten Pflege erfasst.

Empfänger/-innen von Tages- und Nachtpflege erhalten in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege. Sie sind dadurch bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst

(Quelle: IT:NRW; Eigene Darstellung)

Die Tabelle 11 lässt erkennen, dass bei den Pflegesettings in der Pflegestufe I und Stufe II der (private) Pflegegeldbezug überwiegt.⁷ In der Stufe III, mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, wird die vollstationäre Pflege – wie erwartet – überwiegend genutzt, da familiäre Pflegesettings oft überfordert sind. Erstaunlich ist, dass selbst in der Pflegestufe III mehr Pflegebedürftige privat betreut werden - Bezug von Pflegegeld - als durch professionelle ambulante Pflegedienste.

⁷ Häusliche Pflege ist sichergestellt durch Angehörige oder ehrenamtlich tätige Person. Über die Verwendung des Pflegegeldes kann frei verfügt werden. (DeStatis)

Dabei werden von den Pflegebedürftigen das Pflegegeld und Pflegesachleistungen (z.B. „ambulanter Pflegedienst“) wie folgt kombiniert:

Tabelle 12: Kombination von Geld- und Sachleistungen

Kombination von Geld- und Sachleistungen

Pflegestufe	2009	2013	2015
I	279	492	486
II	189	269	273
III	70	78	79
insgesamt	538	839	838

(Quelle: IT:NRW; Eigene Darstellung)

Mit steigender Pflegestufe sinkt die Inanspruchnahme der Kombinationsmöglichkeit.

5.1 Besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit

Menschen mit Pflegebedarf sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen, sondern ebenso vielfältig wie unsere Gesellschaft insgesamt. Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen. Jeder hat eigene Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf seine Lebensumstände. Bedürfnisse werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Pflege sollte sich auf diese unterschiedlichen Bedürfnisse einstellen. Bedürfnisse sind individuell, geschlechtlich, generational, sozial, kulturell, religiös etc. geprägt. Diese Unterschiedlichkeit sollte Pflege nach Möglichkeit berücksichtigen. Es muss gelingen, Individualität, Autonomie, Teilhabe und Privatheit auch für Menschen mit Pflegebedarf möglichst umfassend zu gewährleisten.⁸ Diese Aspekte werden auch in § 1 II WTG NRW dokumentiert.

Gendersensible Pflege:

Eine an Individualität und biografisch geprägten Vorstellungen der Menschen orientierte Pflege und Betreuung erfordert unter anderem Sensibilität für geschlechtsspezifische Bedürfnisse. Denn es ist davon auszugehen, dass Pflege und Pflegebedürftigkeit geschlechtsdifferenziert bzw. vor dem Hintergrund des sozialen Geschlechts („gender“), unterschiedlich erlebt wird. Dies betrifft beispielsweise den Umgang mit Krankheit, mit Scham, den Beratungs- und Unterstützungsbedarf oder das Bedürfnis nach Alltagsgestaltung.⁹

In den Prognosen zur Pflegebedürftigkeit wurde deutlich, dass der überwiegende Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen weiblich ist (Tabelle 8). Die Anzahl der pflegebedürftigen Frauen ist in der Altersgruppe der Hochaltrigen fast dreimal höher als die Anzahl der Männer. Auch in Zukunft werden Frauen absolut und relativ am stärksten unter den Menschen mit Pflegebedarf vertreten sein.

⁸ Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten

⁹ Zentrum für Qualität in der Pflege „Bedürfnisgerechte Pflege und Genderaspekte“

Weiterhin wird die häusliche, ehrenamtliche und auch professionelle Pflege überwiegend von Frauen geleistet. In der häuslichen Pflege ist zusätzlich oftmals eine Reduzierung der eigenen Berufstätigkeit bzw. der Verzicht notwendig. Die gleichzeitige häusliche Pflege und Ausübung eines Berufes stellen besonders hohe Anforderungen an die pflegenden Frauen. Aufgrund des Verzichts auf eine eigene Berufstätigkeit sind Rentennachteile und ein größeres Altersarmutsrisiko wahrscheinlich, so dass Frauen häufiger als Männer auf Grundsicherung im Alter angewiesen sind.

Grundsicherung im Alter außerhalb von Einrichtungen
- Gesamtstadt

Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
Jahr			
2014	617	1.107	1.724
2015	645	1.123	1.768
2016	675	1.094	1.769

((Quelle: 4-5 / Statistik; Obis; Eigene Darstellung))

Die Pflege von Angehörigen wird erst seit Einführung der Pflegeversicherung ab 1. April 1995 bei der Rente berücksichtigt. Die Absicherung der überwiegend weiblichen Pflegepersonen ist jedoch nicht ausreichend, da oftmals zusätzlich noch eine unterbrochene Erwerbsbiografie (Kindererziehung, Haushaltsführung, Teilzeiterwerbstätigkeit) vorhanden ist, so dass Frauen erheblich von Altersarmut bedroht sind.

Kultursensible Pflege:

Nichtdeutsche sind in der Altersklasse mit steigender Pflegewahrscheinlichkeit (Hochaltige) in kleiner Anzahl vertreten (vgl. Kapitel 4.1). Weiterhin ist (noch) ein anderes Inanspruchnahme-Verhalten bei den Pflegeversicherungsleistungen festzustellen. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund haben heute zumeist pflegerischen Rückhalt in der Familie und im Wohnumfeld. Absolut und relativ ist zu erwarten, dass die Zahlen steigen werden und sich die Anteile pflegebedürftiger Nichtdeutscher denen der deutschen Bevölkerung zeitversetzt annähern werden. Die Unterstützung und Versorgung älterer MigrantInnen erhält eine wachsende Bedeutung. Die klassischen Pflegesettings (ambulante Dienste und Heimunterbringung) sind im südländischen Kulturkreis keine verbreitete Alternative für die Versorgung im Alter. Der „Generationenvertrag“ - Kinder pflegen ihre Eltern - hat zwar mentalitätsbedingt immer noch seine Berechtigung. Aber es ist festzustellen, dass diese Versorgungsform in Deutschland perspektivisch nicht mehr umzusetzen ist.¹⁰

Ein Großteil der ersten Zuwanderergeneration kam als Arbeitsmigranten. Entgegen der ursprünglichen Annahme kehren immer weniger Migrantinnen und Migranten im Alter in ihre Heimatländer zurück. Damit wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund steigen. Es ist daher absehbar, dass auch ältere Migrantinnen und Migranten zunehmend auf außerfamiliäre und institutionelle Hilfen angewiesen sein werden. Die Familienkonstellationen nähern sich immer mehr denen deutscher Familien an: die Kinderzahl sinkt, familiäre Großstrukturen lösen sich auf und immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten leben in Ein- Personen-Haushalten.

¹⁰ www.oberhausen.de „pro wohnen“

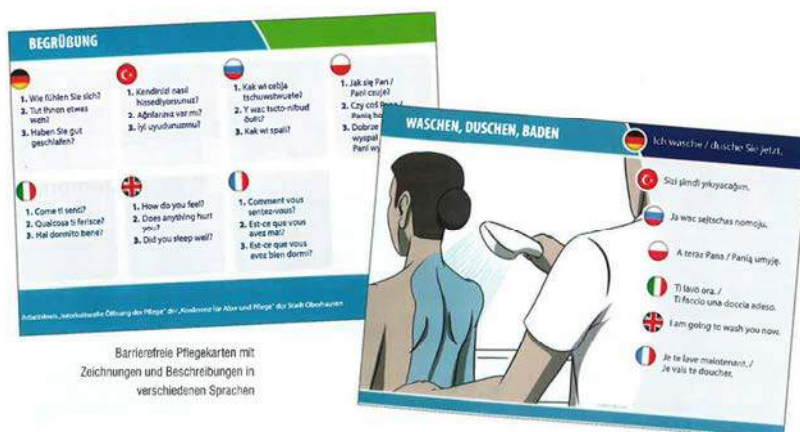
Sprachbarrieren und Wissensdefizite über das Angebot der Altenhilfe und Pflege und dessen Finanzierung sind auf Seiten der Nichtdeutschen nach wie vor der größte Hemmschuh bei der Inanspruchnahme notwendiger Leistungen.

Der Verein „Pro Wohnen“ bietet in diesem Themenfeld bereits eine niederschwellige „Wegweiserberatung“ in der Muttersprache und einen häuslichen Unterstützungsdienst an. Weiterhin wird das Kooperationsprojekt (Stadt Oberhausen, Pro Wohnen International e.V.) „Senioren im Mittelpunkt – SiM“ durchgeführt, welches sich zur Aufgabe gemacht hat, Menschen mit Zuwanderungshintergrund niederschwellig, kultursensibel und quartiersbezogen über die Angebote der Gesundheitsvorsorge, des Alters und der Pflege zu informieren und zu beraten.

In der Sitzung der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege am 02.12.2015 wurde die Gründung des Arbeitskreises „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ beschlossen, der die o.g. Thematik analysiert und Vorschläge erarbeitet.

Der Arbeitskreis initiierte am 21.06.2017 den erfolgreichen „Kongress Interkulturelle Öffnung der Pflege“. Relevante Akteure wie Pflegeheime, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Fachleute aus dem Pflege- und Gesundheitswesen wurden zu dieser Veranstaltung eingeladen. Neben Fachvorträgen (Interkulturelle Vielfalt im altengerechten Quartier, Interkulturelle Öffnung der Pflege - Was ist das? Kultursensible Pflege für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte) wurden drei Workshops durchgeführt (Sensibilisierung der Pflegeeinrichtungen, Personalgewinnung und Qualifizierung, Wie können Menschen mit Zuwanderungsgeschichte erreicht werden, damit die Dienstleistungen genutzt werden können?). Die Ergebnisse der Workshops wurden vom Arbeitskreis „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ aufgegriffen.

Seit Mai 2018 werden „Pflegekarten“ getestet. Mit den Pflegekarten werden Situationen der täglichen Pflege durch Zeichnungen bildlich dargestellt: Begrüßung, Aufstehen, Toilettengang, Waschen, Ankleiden, Aufräumen. Zusätzlich werden die Abbildungen durch einfache Sätze in verschiedenen Landessprachen erläutert: Türkisch, Russisch, Polnisch, Italienisch, Englisch, Französisch. Pflegebedürftige, die kein Deutsch sprechen, altersbedingt oder durch eine leichte Demenz Probleme mit der Sprachwahrnehmung haben, sollen so leichter in die Pflegesituation eingebunden werden und können sich auf die konkrete Pflegehandlung einstellen. Auch bei einem eingeschränkten Sprachverständnis ist die Wahrnehmung bildhafter Darstellungen möglich.



Zusätzlich findet eine Bustour für Nichtdeutsche / Personen mit Migrationshintergrund zu Oberhausener Pflegeeinrichtungen (stationäre Einrichtungen, Tagespflege, Junge Pflege, Hospiz) statt, damit die Kenntnisse über die lokale Pflegeinfrastruktur und Pflegemöglichkeiten verbessert und evtl. bestehende Berührungsgänge abgebaut werden.

Weiterhin wird ein Konzept zur Schulung der Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen entwickelt, das praktische Inhalte zur interkulturellen Öffnung im Pflegealltag vermitteln soll.

Demenz Erkrankte:

Tabelle 13: Demenz Prognose Oberhausen 2017 bis 2025

Prävalenzrate Demenz - Prognose Oberhausen 2017 bis 2025 - Mittlere Prävalenzrate												
Anzahl in:	2017				2020				2025			
Altersgruppe	männl	weibl	insgesamt	Demenz	männl	weibl	insgesamt	Demenz	männl	weibl	insgesamt	Demenz
65-69	6.110	6.662	12.772	204	6.369	6.887	13.256	212	6.868	7.566	14.434	231
70-74	4.137	4.797	8.934	313	5.088	5.729	10.768	377	5.660	6.440	12.100	424
75-79	4.487	5.792	10.279	751	3.727	4.642	8.370	612	4.268	5.159	9.428	689
80-84	3.099	4.763	7.862	1.226	3.446	5.022	8.468	1.321	2.744	3.747	6.492	1.013
85-89	1.349	2.615	3.964	1.035	1.582	2.783	4.365	1.140	2.049	3.277	5.327	1.391
90 und älter	450	1.456	1.906	781	620	1.434	2.054	841	807	1.552	2.359	966
65 und älter	19.632	26.085	45.717	4.567	20.784	26.500	47.284	4.724	22.399	27.744	50.143	5.009
(Berechnung nach Dr. Horst Bickel (GPV e.V.) European Collaboration on Dementia (EuroCoDe); Eigene Darstellung)												

Ausgehend von der Bevölkerungsprognose für die Altersgruppen der über 65 Jährigen kann mit einer mittleren Prävalenzrate¹¹ nach EuroCoDe / Dr. Bickel eine Prognose-Berechnung der Demenzentwicklung in den Altersgruppen bis ins Jahr 2025 erfolgen. Die Anzahl der Demenzerkrankten älter 65 Jahre im Jahr 2017 wird von 4.567 Personen bis ins Jahr 2025 auf 5.009 Personen (+9,7%) steigen (statistische Annahme). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist mit zunehmenden demenziellen Erkrankungen (Alzheimer, vaskuläre Demenz) zu rechnen (Prävalenzrate: 85 – 89 Jahre = 26,1%, 90 Jahre und älter = 40,95%), da Demenz in höherem Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit darstellt. Demenz ist eines der Hauptkrankheitsbilder möglicher gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Aufgrund der Krankheitserscheinungen (u.a. Verlust von Wissen und Denken sowie Urteils- und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Gedächtnisstörungen, Orientierungsprobleme, (Weg)Lauffendenzen, aggressives Verhalten) werden besondere Anforderungen an die pflegerische Unterstützung und Betreuung gestellt, die mit Grenz- und Risikosituationen einhergehen. Der Frauenanteil beträgt aufgrund der höheren Lebenserwartung 70% bei den Betroffenen¹². Gesicherte Diagnosen sind oftmals nicht vorhanden, eine hohe Dunkelziffer kann unterstellt werden.

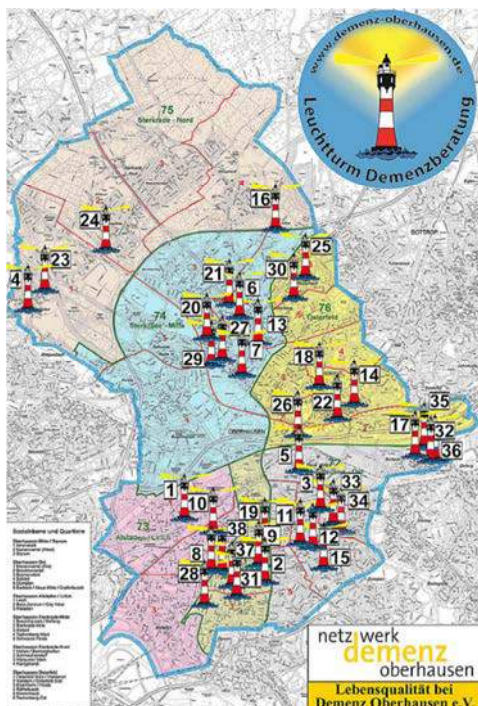
Der Gesetzgeber hat die besondere Bedeutung dieses Krankheitsbildes erkannt und Regelungen für Demenzerkrankte ausdrücklich in das Pflegestärkungsgesetz II aufgenommen. Aufgrund des geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist ab 01.01.2017 die Anzahl der berechtigten, pflegebedürftigen Leistungsempfänger mit demenziellen Erkrankungen erheblich gestiegen.

¹¹ Anzahl der Erkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Vorkommenshäufigkeit)

¹² Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Berlin)

An dieser Stelle sei auf das „Netzwerk Demenz Oberhausen“ und den Verein „Lebensqualität bei Demenz Oberhausen“ hingewiesen (www.demenz-oberhausen.de). Das Netzwerk ist ein Verbund zur Förderung und Weiterentwicklung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen, Freunde und Nachbarn in Oberhausen. Das Netzwerk setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Oberhausener Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Ärzten in Krankenhäusern, Akteuren im Gesundheitswesen, Organisationen, Verbänden, Vereinen, Stiftungen, der öffentlichen Verwaltung Oberhausens sowie engagierten Bürgerinnen und Bürgern zusammen.

Das Netzwerk Demenz hat zusätzlich das Projekt Leuchttürme entwickelt und Demenzberater geschult, die Betroffenen eine persönliche Beratung in ihrem Stadtviertel anbieten:



Die gerontopsychiatrische Beratungsstelle Oberhausen (vgl. auch Vorlage M/16/3222-01 vom 28.02.2018) bietet ebenfalls Unterstützung bei demenziellen Erkrankungen an.

Die Stadtbibliothek in Oberhausen bietet mit dem Medienprojekt "Vergiss mein nicht" Unterstützung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an. Eine Medienkiste enthält vor allem Materialien, die sich stark an der Vergangenheit orientieren. Die Medienkisten können kostenlos – auch von Pflegeheimen und anderen Einrichtungen ausgeliehen werden.

Der Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V. führt in Kooperation mit der AOK in Oberhausen kostenlose Kurse „Leben mit Demenz“ für pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und Interessierte durch.

Das Katholische Klinikum Oberhausen bietet ebenfalls Kurse zur Pflege an.

Pro wohnen international e.V. bietet Beratung und einen häuslichen Unterstützungsdienst für demenziell erkrankte Menschen und Hilfen für Angehörige an.

Über die Datenbank der Landesinitiative Demenz-Service NRW besteht die Möglichkeit zur Recherche nach Unterstützungsangeboten in Oberhausen:

<https://www.demenz-service-nrw.de/angebotsverzeichnis.html?q=Oberhausen>

Pflegebedürftige Behinderte:

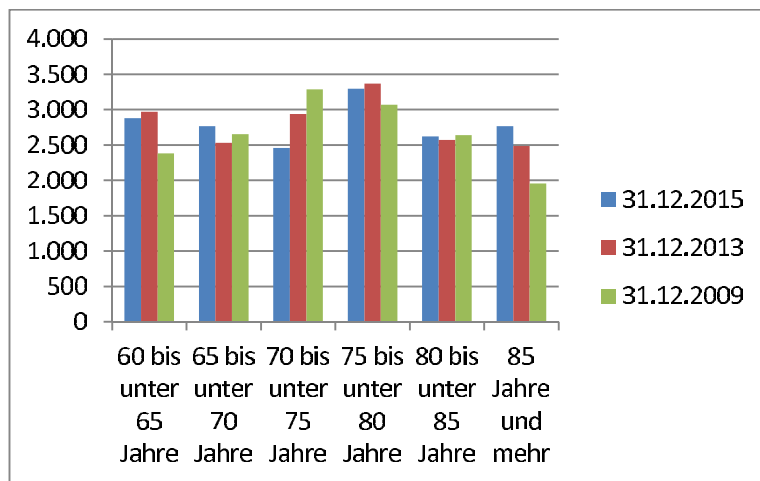
Tabelle 14: Schwerbehinderte Menschen nach Altersgruppen und Geschlecht

Schwerbehinderte Menschen nach Altersgruppen und Geschlecht						
	60 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	80 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und mehr
31.12.2015						
männlich	1.556	1.563	1.353	1.639	1.128	930
weiblich	1.323	1.203	1.106	1.657	1.495	1.836
Insgesamt	2.879	2.766	2.459	3.296	2.623	2.766
31.12.2013						
männlich	1.666	1.460	1.566	1.647	1.116	799
weiblich	1.306	1.073	1.371	1.723	1.456	1.689
Insgesamt	2.972	2.533	2.937	3.370	2.572	2.488
31.12.2009						
männlich	1.381	1.526	1.789	1.481	1.109	586
weiblich	1.000	1.126	1.498	1.589	1.530	1.372
Insgesamt	2.381	2.652	3.287	3.070	2.639	1.958

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

Die Anzahl der schwerbehinderten Menschen ist in der Altersgruppe der 70 bis unter 75 Jährigen erheblich von 3.287 auf 2.459 Personen (-25%) gesunken, in der Altersgruppe der 80 bis unter 85 Jährigen leicht gesunken und bei den 85 Jährigen und älter von 1.958 auf 2.766 Personen (+41,2%) erheblich gestiegen. Deutlich wird, dass auch Schwerbehinderte grundsätzlich ein hohes Alter erreichen können.

Schwerbehinderte Menschen – Entwicklung nach Altersgruppen



(Quelle: Eigene Darstellung)

Daher ist zu erwarten, dass altersbedingter Pflegebedarf – zusätzlich zu einer teilweise seit vielen Jahren bestehenden Behinderung (geistig, körperlich) – entsteht. Hier schließt sich die Frage an, in welchen Einrichtungen die Betroffenen optimal versorgt und betreut werden. Ist ein weiterer Verbleib in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe richtig? Dort befindet sich für viele Betroffene bereits seit vielen Jahren ihre „häusliche Umgebung“, ihr vertrauter Lebensmittelpunkt. Ein Umzug in eine „Alten-Pflegeeinrichtung“ würde einen massiven Eingriff in die vertraute Lebenswelt darstellen. Ist nach einem Umzug eine bessere Versorgungs- und Betreuungssituation möglich? Was fehlt älteren Menschen mit Behinderung in „Alten-Pflegeeinrichtungen“? Ist das Personal ausreichend geschult?

„Eine lebenslange Behinderung wirkt sich oft weichenstellend auf den gesamten Lebenslauf einer Person und nachhaltig auf die Lebenssituation im Alter aus. Menschen mit lebenslanger Behinderung sind in unterschiedlichem Ausmaß erhöht anfällig für viele alterskorrelierte Erkrankungen (z. B. Verschlechterung des Sehens und Hörens, Immobilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau (Demenz), iatrogene Störungen (Nebenwirkungen von Diagnostik und Therapien), degenerative Erkrankungen, Krebserkrankungen und Epilepsien).¹³

Die Anzahl und der relative Anteil der Seniorinnen und Senioren mit lebenslanger Behinderung an der Bevölkerungsgruppe der alten wie der behinderten Menschen werden in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen. Dabei handelt es sich um eine „Normalisierung“ der Altersstruktur von Menschen mit lebenslanger Behinderung, eine nachholende Entwicklung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Dabei ist es in Deutschland ein vergleichsweise neues, erfreuliches Phänomen, dass Menschen mit lebenslanger Behinderung jenseits des 60. Lebensjahrs das Alter erleben und gestalten. Eine zukünftige Kernaufgabe moderner Sozialpolitik besteht somit darin, Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung auch für ältere Menschen mit Behinderungen sicherzustellen.“¹⁴ In Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden inzwischen auch „Altenpfleger“ eingesetzt, damit den zusätzlichen, altersbedingten Anforderungen entsprochen werden kann. Zusätzlich zur Betreuung im Rahmen einer bestehenden Behinderung ist eine altersbedingte Pflege notwendig.

Junge Pflege:

Tabelle 15: Junge Pflegebedürftige (unter 60 Jahre) nach Geschlecht bis 2030

**Junge Pflegebedürftige (unter 60 Jahre) nach Geschlecht
(konstante Variante und Trendvariante)**

		2015		2020		2025		2030	
		x1000							
Geschlecht	Alter	kV	TV	kV	TV	kV	TV	kV	TV
Männlich	unter 60	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
Weiblich	unter 60	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Zusammen		1	1	1,1	1,1	1,1	1	1	0,9

KV: konstante Variante wird ein gleichbleibendes Pflegerisiko unterstellt.

TV: Trendvariante wird ein Absinken des Pflegerisikos angenommen.

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

¹³ KatHO, Handout Prof. Dr. Diekmann, 25.11.2015

¹⁴ MAIS NRW; Bd. 2 – Expertise zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in NRW (2016)

In Oberhausen gab es im Jahr 2015 ca. 1.000 junge Pflegebedürftige. Die prognostizierten Fallzahlen werden sich bis ins Jahr 2030 nach der Prognose von IT.NRW kaum verändern.

Auch in der Altersgruppe der unter 60 Jährigen werden jährlich Menschen pflegebedürftig. Ein Teil von ihnen (Erfahrungswert: ca. 3 Prozent) muss langfristig stationär betreut werden. Die Ansprüche junger Pflegebedürftiger zwischen 20 und 60 Jahren unterscheiden sich deutlich von denen alternder Menschen, die aufgrund ihrer nachlassenden Fähigkeiten pflegebedürftig werden. Die Pflegebedürftigkeit junger Menschen kann z. B. neurologische Ursachen haben bzw. die körperliche oder psychische Folge eines schweren Unfalls sein. Die Möglichkeit zur Selbstversorgung, Mobilität und auch die Kommunikationsfähigkeit sind oft stark eingeschränkt und machen eine spezielle Betreuung und Pflege notwendig. Diese besonderen Ansprüche machen eine Spezialisierung auf pflegerische Versorgungsformen für die Zielgruppe „junge Pflegebedürftige“ notwendig.

In Oberhausen werden im Haus Katharina (Curanum) 14 Plätze für „Junge Pflege“ angeboten. Der ASB bietet in seinem Pflegezentrum-Junge Pflege 18 Plätze an.¹⁵

Damit besteht in Oberhausen weiterhin erheblicher Bedarf an Einrichtungen, welche die besonderen Bedürfnisse der jüngeren Pflegebedürftigen hinsichtlich Betreuung, Pflege und Therapie berücksichtigen, auch wenn die prognostizierten Fallzahlen bis zum Jahr 2025 stagnieren.

Gleichgeschlechtliche Lebensweisen:

In der Sitzung des Seniorenbeirats am 18.11.2015 stellte Rubicon e.V., Köln die Arbeit zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen in der offenen Senioren- und Seniorinnenarbeit in NRW vor. Für die lesbisch-schwule Senior_innenarbeit bietet das Rubicon Köln kommunale Netzwerke und eine landesweite Fachberatung an.

Über das Beratungsangebot von Rubicon können Fortbildungsveranstaltungen für Beschäftigte in der Senioren- / Altenpflege in Oberhausen genutzt werden.

Für Oberhausen sind keine interpretierbaren Daten zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen im Alter vorhanden.

Am 30. November 2017 fand in Oberhausen in Kooperation mit dem Büro für Chancengleichheit und dem Rubicon eine landesweite Fachtagung mit dem Titel „Kommunale Verantwortung und Vielfalt in der Senior_innenarbeit“ statt. Rein rechnerisch wären in Oberhausen ca. 4.000 Menschen betroffen. Daher sind weitere Veranstaltungen in Oberhausen geplant.

5.2 Bewertung und Handlungsempfehlung

Aufgrund der Datenanalyse in Kapitel 5 „Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit – Bestand und Entwicklung“ ist zusammenfassend festzustellen, dass der hauptsächliche Erklärungsfaktor für die Pflegebedürftigkeit das Alter ist. Die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit je Alter ist für Frauen und Männer fast gleich. Unterschiedliche Pflegeprävalenzen¹⁶ zwischen den Geschlechtern entstehen durch unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliche

¹⁵ Quelle: Pflege in Oberhausen; Vergütungsvereinbarungen

¹⁶ Anzahl der Erkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Vorkommenshäufigkeit)

Überlebenszeiten in Pflegebedürftigkeit zwischen Männern und Frauen. Die Verweildauer von Männern in stationären Pflegeheimen ist im Verhältnis zu Frauen stark verkürzt. Trotz dieser Unterschiede zwischen Frauen und Männern bleibt das Alter der hauptsächliche Bestimmungsfaktor für die Höhe der Pflegeprävalenz.

In Abhängigkeit vom Alter treten unterschiedliche Versorgungsarten/Pflegesettings (Angehörigenpflege, ambulante professionelle Pflege, stationäre Einrichtung) in den Vordergrund. So sind in jungen Jahren (Alter der Pflegebedürftigen unter 75 Jahre) fast keine stationären Leistungen zu finden, sondern fast nur Angehörigenpflege. Die Pflege im höheren Lebensalter (Hochaltrige, ab 80 Jahre) wird dann aber mit steigendem Alter immer mehr durch stationäre Pflege erbracht, die Angehörigenpflege nimmt fast linear mit dem Alter (des Pflegebedürftigen) ab.¹⁷

Bei den Wünschen der Bevölkerung an die eigene Pflege wird der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit favorisiert. Bevorzugte Versorgungsformen sind „zu Hause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste“ (40%), „in betreutem Wohnen/Servicewohnen (18%), „zu Hause durch ambulanten Pflegedienst“ (16%) und „zu Hause durch Angehörige (8 %).¹⁸

Die Daten zur Pflegebedürftigkeit verdeutlichen, dass im zu berücksichtigenden Zeitraum der örtlichen Planung bis ins Jahr 2022 keine wesentlichen Änderungen in der Gruppe der Pflegebedürftigen auftreten (vgl. Tabelle 6), welche nicht durch die vorhandene Pflegeinfrastruktur und Versorgungsangebote abgedeckt werden. Besonders die Auswirkungen der ab 01.08.2018 einzuhaltenden Einzelzimmerquote (Platzreduktion) werden durch die Inbetriebnahme von neuen stationären Pflegeeinrichtungen (Ende 2018 – 2019) und Ersatzneubauten kompensiert. Hier wirkt auch der erfreuliche Ausbau der Tagespflegeplätze, der den Eintritt in eine stationäre Versorgung hinauszögert, Angehörige unterstützt und den selbstständigen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht.

Erstrebenswert ist allerdings bereits jetzt ein **Ausbau des Angebotes für „Junge Pflegebedürftige“ und für Demenzerkrankte**, da hier Bedarfe bestehen. Hier ist es wünschenswert, dass Leistungsanbieter des Pflegesektors bzw. Investoren entsprechende Versorgungsangebote schaffen, welche die speziellen Pflegeanforderungen berücksichtigen. Die Unterbringung „Junger Pflegebedürftiger“ in Seniorenheimen gilt es zu verhindern. Bei „Jungen Pflegebedürftigen“ basiert die Pflegebedürftigkeit überwiegend auf einer erheblichen Grunderkrankung bzw. ein Unfallereignis (andere Krankheitsbilder). Altersbedingte körperliche und geistige Abbauprozesse sind nicht gegeben, so dass andere, aktive Ansprüche an die Tagesgestaltung und Betreuung gestellt werden. „Tendenziell wollen junge Pflegebedürftige individueller und selbstbestimmter leben, als es ihnen bisher möglich ist.“¹⁹

Im Rahmen der Beratung durch die Fachverwaltung werden Anbieter bzw. Investoren auf diese Bedarfe besonders hingewiesen.

Aus den vorliegenden Daten sind Tendenzen erkennbar, die darauf hinweisen, dass nach dem Jahr 2025 Entwicklungen eintreten, die langfristig - mit Blick auf das Jahr 2030 – erheblichen Handlungsbedarf erzeugen.

¹⁷ Stiftung Bertelsmann, Themenreport „Pflege 2030“

¹⁸ Bertelsmann Stiftung, Themenreport „Pflege 2030“

¹⁹ BARMER Pressemitteilung vom 11. Januar 2018 (<https://www.barmer.de/presse/pflege-jung-beduerfnisse-140816>)

Hierzu gehört beispielhaft die erhebliche Steigerung der Anzahl der über 90 Jährigen, woraus die Notwendigkeit resultieren wird ein höheres stationäres Pflegeplatzangebot bzw. alternative Pflegesettings zu schaffen. Auch die demografische Entwicklung der ausländischen Bevölkerung lässt langfristig Fallzahlen erwarten, die **Fragestellungen der kultursensiblen Pflege stärker in den Fokus rücken**. Die Ergebnisse des Arbeitskreises „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ werden daher wichtige Hinweise für etwaige Anpassungen bei Pflegeleistungen bzw. bei Pflegesettings bieten.

Auch die steigende Anzahl hochaltriger Behinderter mit zusätzlichem altersbedingtem Pflegebedarf ist zu berücksichtigen. **Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Alter und Behinderung“ sowie eine Sensibilisierung für dieses Handlungsfeld sind wichtig**, ggfls. auch zeitnah die Schaffung geeigneter Überleitungsstrukturen bzw. Betreuungsformen.

5.3 Pflegepersonal

Eine gute pflegerische Versorgung Pflegebedürftiger wird in einer älter werdenden Gesellschaft immer wichtiger, so dass qualifiziertes Personal eine wesentliche Voraussetzung für eine gute und gelingende Pflege ist. Zusätzlich führen der demografische Wandel und die Zunahme der Anzahl Hochbetagter zwangsläufig zu einem wachsenden Bedarf an qualifiziertem Personal in der (Alten-)Pflege (Fachkräftemangel). Nachstehend werden daher die Beschäftigungszahlen zum Pflegepersonal dargestellt, da eine qualitativ wie quantitativ angemessene Anzahl ausgebildeter Fachkräfte zwingende Voraussetzung für eine gute Pflegequalität ist.

Tabelle 17: Pflegepersonal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegepersonal - ambulante, stationäre Pflegeeinrichtungen						
Jahr	ambulant			stationär		
	Pflege- dienste	Personal	Versorgte Personen	Pflege- heime	Personal	Verfügbare Plätze
	Anzahl					
2011	28	715	1.650	21	1.474	2.124
2013	31	843	1.698	23	1.671	2.237
2015	37	1.034	2.242	23	1.748	2.147
Trend Jahr 2015 zu 2013	+ 19,4 %	+ 22,7 %	+ 32,0 %	–	+ 4,6 %	– 4,0 %

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

Der Zuwachs von Personal im ambulanten Sektor um 22,7% relativiert sich durch die gleichzeitige Steigerung der versorgten Personen um 32%: Im Personalschlüssel ergibt sich dadurch eine minimale Verschlechterung (1 Beschäftigter auf 2,16 statt 2,01 Personen).

Im stationären Bereich waren im Jahr 2015 insgesamt 1.748 Beschäftigte für 2.147 Pflegeplätze und im Jahr 2013 insgesamt 1.671 Beschäftigte für 2.237 Pflegeplätze verantwortlich, so dass hier eine minimale Verbesserung im Personalschlüssel vorliegt (1 Beschäftigter auf 1,22 statt 1,33 Personen). Im stationären Bereich stieg der Personalanteil um 4,6 %. Bei den Zahlen zum Pflegepersonal ist zu berücksichtigen, dass IT.NRW nicht nur

Pflegepersonal sondern auch Personal aus den weiteren Bereichen wie z. B. Verwaltung und Hauswirtschaft erfasst. Weiterhin werden bei dieser Statistik „Beschäftigte“ gezählt, dies können auch Teilzeitbeschäftigte sein (keine Vollzeitäquivalente).

Tabelle 18: Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (ambulante Dienste)

Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (ambulante Dienste)

	2011	2013	2015
weiblich (Anteil)	617	727	883
Überw. PDL	39	41	40
Überw. Grundpflege	518	557	569
häusliche Betreuung *	-	17	39
Hauswirt. Versorgung	98	111	151
Verwaltung, Geschäftsführung	37	39	34
Sonstiger Bereich	23	78	50
Insgesamt:	715	843	1034

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung) (PDL = Pflegedienstleitung)

Die obigen Zahlen verdeutlichen, dass bei den ambulanten Diensten überwiegend Frauen beschäftigt sind (Jahr 2015: 1.034 Beschäftigte, davon 883 Frauen = 85,4%).

Weiterhin ist bei den ambulanten Diensten zu beachten, dass Daten am jeweiligen Sitz des ambulanten Dienstes erhoben werden. Im Ballungsraum der Städte Oberhausen, Essen, Mülheim, Duisburg ist es üblich, dass sowohl Oberhausener Pflegedienste Kunden in unmittelbar angrenzenden Städten betreuen als auch von „auswärtigen“ Pflegediensten“ Pflegebedürftige in Oberhausen betreut werden.

Tabelle 19: Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (stationäre Einrichtungen)

Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (ambulante Dienste)

	2011	2013	2015
weiblich (Anteil)	617	727	883
Überw. PDL	39	41	40
Überw. Grundpflege	518	557	569
häusliche Betreuung *	-	17	39
Hauswirt. Versorgung	98	111	151
Verwaltung, Geschäftsführung	37	39	34
Sonstiger Bereich	23	78	50
Insgesamt:	715	843	1034

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

In den stationären Einrichtungen sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil im Jahr 2015 beträgt 83% (1.748 Beschäftigte, davon 1.449 Frauen). Stationäre Einrichtungen sind komplexe Funktionseinheiten, in denen neben dem pflegenden Personal auch Beschäftigte aus anderen Bereichen (Küche, Reinigung, Haustechnik) eingesetzt werden, damit die Pflegeeinrichtung erfolgreich betrieben werden kann. Erfreulich ist der verstärkte Personaleinsatz im Arbeitsgebiet „zusätzliche Betreuung, § 87b SGB XI“ festzustellen.

Die Abbruchquote in den dreijährigen Ausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege liegt durchschnittlich bei rd. 7 Prozent. Demgegenüber liegen die Abbruchquoten sowohl in der einjährigen Altenpflegehilfesausbildung als auch in der einjährigen Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten bei rd. 20 Prozent. Gesicherte Indikatoren oder Hinweise, welche Gründe zum Abbruch der Ausbildung führen, liegen nicht vor. Allerdings ist ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen dem allgemeinbildenden Schulabschluss und der Abbruchquote erkennbar.

Die durchschnittliche Verweildauer von Altenpflegekräften in ihrem Beruf liegt derzeit bei lediglich etwa 8,4 Jahren, wobei examinierte Kräfte mit 12,7 Jahren eine deutlich höhere Verweildauer aufweisen als nicht examinierte mit 7,9 Jahren. Je besser die Ausbildung der Pflegekräfte, desto höher die Verweildauer.²⁰ Unkonventionelle und praktizierte Lösungen schlagen vor, dass auf dem Gelände der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls eine Kindertageseinrichtung (ggfls. Betriebskindergarten) betrieben wird. Damit ist für die überwiegend im Pflegebereich tätigen Frauen die Betreuung der eigenen Kinder geregelt und zusätzliche Hemmnisse aufgrund einer Kinderbetreuung entfallen bei der Berufsausübung.

Mit dem stetigen Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland steigt auch die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen. Zugleich wächst der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal in der Altenpflege. Demografisch bedingt stehen jedoch immer weniger junge Menschen dem Ausbildungsmarkt zur Verfügung. Die Ausbildung im Bereich der Altenpflege und das Berufsfeld müssen daher noch attraktiver werden. Eine qualifizierte Ausbildung und die Deckung des Fachkräftebedarfs sind entscheidend für eine gute Betreuung und Pflege älterer Menschen.²¹

„Mit dem Pflegeberufegesetz wurden die Ausbildungen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege einerseits und Altenpflege andererseits zusammengelegt. Ziel der Reform ist es, allen Menschen, die sich für den Pflegeberuf interessieren, eine hochwertige und zeitgemäße Ausbildung anzubieten, die den breiten beruflichen Einsatzmöglichkeiten und den Entwicklungen in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Rechnung trägt. Das Pflegeberufegesetz gilt für alle Ausbildungen, die ab dem 1. Januar 2020 begonnen werden.“²²

In den Sitzungen der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege wird durch die Mitglieder des Gremiums regelmäßig auch auf den Fachkräftemangel in Oberhausen im ambulanten und stationären Bereich hingewiesen und Lösungsansätze diskutiert.

²⁰ Quelle: Prognos Studie: Pflegelandschaft 2030

²¹ <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/ausbildung-in-der-altenpflege>

²² www.bundesgesundheitsministerium.de

Indizien für bestehende Engpässe können aus der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (Stand: Dezember 2017) entnommen werden. Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten sind demnach im Bundesdurchschnitt 171 Tage unbesetzt. Die Vakanzzeit hat sich gegenüber dem Vorjahr um 9 Tage erhöht. Auf 100 gemeldete Stellen (außerhalb der Zeitarbeit) kommen rechnerisch lediglich 29 Arbeitslose.

Die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit spiegelt die gegenwärtige Situation wider. Ein Bedarf an Pflege-Fachkräften besteht – eine konkrete Prognose der Entwicklung lässt sich daraus nicht ableiten. Der künftige Personalbedarf in den Pflegeberufen hängt von unterschiedlichen Faktoren ab wie der Bevölkerungsentwicklung und der tatsächlichen Pflegefallhäufigkeit, dem zukünftigen Anteil von ambulanter und stationärer Versorgung in der Pflege, dem Verhältnis von Fachkräften zu Hilfskräften, Ersatzbedarf durch Ausscheiden aus Altersgründen, Unterbrechungszeiten bzw. Verweildauer im Beruf, Entwicklung der Arbeitszeit, aber auch von der Existenz alternativer Unterstützungsangebote sowie möglicher Entlastungen durch den medizinischen und technischen Fortschritt oder durch die Digitalisierung. Verschiedene Studien lassen darauf schließen, dass die genannten Faktoren eine große Auswirkung auf die tatsächlich zu erwartende Personallücke besitzen können.²³

Erfreulich ist festzustellen, dass in Oberhausen die „Initiative Pflegeberufe Oberhausen“ (IPO) aktiv ist, welche sich „für die Zukunft verpflichtet fühlt, die Nachwuchsfrage zu optimieren und zu sichern, die Vorbehalte der Gesellschaft aufzuheben, gezielt über diesen wichtigen zukunftsweisenden Beruf zu informieren und die breit gefächerten Karrieremöglichkeiten aufzuzeigen. Zu den IPO Mitgliedern gehört auch das Fachseminar für Altenpflege Oberhausen (AWO), hier werden bis zu 336 Teilnehmer/-innen in den Berufen „Altenpfleger/-in“ und „Altenpflegehelfer/-in ausgebildet sowie die Krankenpflegeschule Duisburg. In den letzten Jahren konnte die Anzahl der Auszubildenden um 25% gesteigert werden. Berufsfelderkunden werden für Schüler ab der 8. Klasse angeboten.

Sollten in Zukunft z. B. durch eine Kombination von Pflegesettings (Angehörigenpflege, ambulante Pflege, stationäre Pflege) mit komplementären Angebote keine weniger personalintensiven Versorgungsformen gefunden werden, so wird eine angemessene Pflege aufgrund der zukünftig steigenden Zahl hochbetagter Pflegebedürftiger angesichts der zu erwartenden Personalknappheit in der beruflichen Pflege kaum sicherzustellen sein. Damit würde ein „Pflegenotstand“ eintreten, da der zukünftige Mangel an Pflege(fach-)kräften keine angemessene pflegerische Betreuung ermöglichen würde. In der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege ist der regelmäßige fachliche Austausch der Akteure der Oberhausener Pflegelandschaft sichergestellt, so dass die Auswirkungen der Maßnahmen zur Fachkräftesicherung bewertet werden können.

In der Sitzung des Gremiums am 08.10.2018 wurden folgende Maßnahmen für Oberhausen favorisiert:

- IPO Netzwerk stärken
- Technikeinsatz in der Pflege als Ausbildungsinhalt zur Steigerung der Berufsattraktivität aufnehmen und Technikeinsatz im Pflegealltag stärker nutzen
- Angehörige in der familialen Pflege stärken

²³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646>

Pflegebedürftige in der stationären Pflege sind erheblich älter und damit einhergehend auch meist morbider als Pflegebedürftige, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, welches schon dadurch einen erheblich größeren Pflegeaufwand bedeutet. Zum anderen ist der Anteil der Laienpflege (Angehörigenpflege) in einem ambulanten Setting sehr viel größer als im stationären, in dem praktisch alle Pflegeleistungen durch das Einrichtungspersonal erbracht werden müssen.²⁴ Auch diese Überlegungen unterstreichen den pflegepolitischen Ansatz „ambulant vor stationär“.

6. Pflegerische Infrastruktur – Bestand und Entwicklung

Im Rahmen der örtlichen Planung gem. § 7 Abs. 1 APG NRW wird auf folgende Angebote eingegangen:

- Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot
- Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen
- Angebote des Servicewohnens
- Ambulante Dienste
- Gasteinrichtungen
- Komplementäre ambulante Dienste
- Pflegende Angehörige / häusliche Pflege
- Pflegeberatung

Daten zur Pflegestatistik und zur pflegerischen Infrastruktur stehen nur über die Landesbehörde IT.NRW mit dem Stand 15.12./31.12.2015 zur Verfügung. Weitere statistische Datenquellen sind die Heimaufsicht (WTG-Behörde) und der Fachbereich 3-2-20 / Ältere Menschen, Pflegebedürftige und behinderte Menschen sowie Sekundärquellen.

Innerhalb der Darstellung der einzelnen Angebote wird gleichzeitig auf die zukünftige, prognostizierte Entwicklung und etwaigen Handlungsbedarf eingegangen. Qualitative Aussagen zu den einzelnen Angeboten werden nicht getroffen, da aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Regelungen umfangreiche qualitative Prüfpflichten u. a. für die Heimaufsicht (WTG Behörde), den Medizinischen der Krankenversicherung, Gesundheitsämter und weitere Stellen bestehen.

²⁴ Bertelsmann Stiftung, Themenreport „Pflege 2030“

6.1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Pflegeeinrichtungen)²⁵

In § 18 WTG befindet sich die Legaldefinition einer „Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot“. Entscheidend ist der objektiv zum Ausdruck kommende Zweck, Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung anzubieten. Über das nunmehr ergänzte Merkmal „Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ erfolgt die eindeutige Abgrenzung zu Wohngemeinschaften.²⁶

Bestand und Entwicklung:

Tabelle 20: Stationäre Pflegeeinrichtungen

	Pflegeheime	Verfügbare Plätze
	Anzahl	
31.12.2013	23	2.237
31.12.2015	23	2.146
31.12.2017	25	2.150

(Quelle: IT.NRW; FB 3-2-10; Eigene Darstellung)

Im Jahr 2017 wurde in 25 Einrichtungen (an 21 Standorten, da sich mehrere Einrichtungen in einem Gebäudekomplex befinden) in Oberhausen stationäre Pflege angeboten. Die zu Pflegenden sind ganztätig (vollstationär) untergebracht und werden gepflegt (§ 71 II SGB XI).

Zum Ende des Jahres 2018 wird die Kursana Domizil Oberhausen eine stationäre Pflegeeinrichtung mit 80 Plätzen eröffnen, so dass zum 31.12.2018 insgesamt 2.230 Plätze angeboten werden. Weiterhin beginnt der DRK mit dem Bauvorhaben einer stationären Einrichtung (80 Plätze) „Duisburger/Werner Str.“. Aktuell werden Gespräche mit einem Investor geführt, der eine stationäre Einrichtung mit 80 Plätzen im Bereich Sterkrade Mitte/Nord errichten will. In einer weiteren Ausbauphase sind zusätzlich Seniorenwohnungen und eine Demenz-WG vorgesehen. Die Eröffnung könnte im 1. Halbjahr 2020 sein.

In § 20 WTG NRW werden Anforderungen an die Wohnqualität in den Einrichtungen festgelegt. Danach musste nach einer Übergangsfrist bis zum 31.07.2018 innerhalb eines Gebäudes eine Einzelzimmerquote von mindestens 80% gewährleistet werden. Aktuell haben 2 stationäre Einrichtungen in Oberhausen die Einzelzimmerquote noch nicht erfüllt. Es wurden ordnungsbehördliche Maßnahmen erlassen. Teilweise wurden bereits Ersatzneubauten realisiert. In Neubauten und Ersatzneubauten sind nur noch Einzelzimmer zulässig.²⁷ Die Umsetzung der Einzelzimmerquote hat zunächst zu einem Rückgang bei den stationären Plätzen geführt, da die Bestandseinrichtungen teilweise keine Möglichkeit für einen äußeren Anbau an das Gebäude bzw. einen Umbau innerhalb des Gebäudes hatten. Der Rückgang bei den stationären Plätzen wurde jedoch durch Ersatzneubauten und neue

²⁵ Begriffsbestimmung § 18 WTG; § 71 Abs. 2 SGB XI

²⁶ Gesetzesbegründung zu § 18 WTG

²⁷ § 20 WTG

stationäre Pflegeeinrichtungen (teilweise noch in Bau befindlich) kompensiert, so dass insgesamt eine leichte Erhöhung bei der Anzahl der verfügbaren stationären Pflegeplätze eintreten wird. Die Betreiber der Einrichtungen haben aus betriebswirtschaftlichen Gründen ein erhebliches Interesse, dass der Betrieb mit einer hohen Pflegeplatzanzahl und hohen Auslastungsquote erfolgt. Unter einer Auslastungsquote von mindestens 90% ist kein wirtschaftlicher Betrieb möglich. IT.NRW gibt zum Stichtag 31.12.2015 eine Auslastungsquote der Dauerpflege in den stationären Einrichtungen von 95,4% an.

Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem Link:

https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen/pflegeheime/anbieterliste.php

eine aktuelle Übersicht der Pflegeheime in Oberhausen aufgerufen werden.

Tabelle 21: Stationäre Pflegeeinrichtungen – Liste Gesamtstadt

Altenzentrum St. Clemens Altbau
Hedwigstr. 22, 46145 Oberhausen
Internet: www.kk-ob.de

Altenzentrum St. Clemens Neubau
Hedwigstr. 22, 46145 Oberhausen
Internet: www.kk-ob.de

ASB Seniorenzentrum - Allg. u. Demente
Annemarie-Renger-Weg 20, 46047 Oberhausen
Internet: <http://oberhausen-duisburg.asbnrw.de>

ASB Seniorenzentrum - Junge Pflege
Annemarie-Renger-Weg 20, 46047 Oberhausen
Internet: <http://oberhausen-duisburg.asbnrw.de>

ASB Seniorenzentrum Holten
Holtener Mühlenweg 11-13, 46147 Oberhausen
Internet: <http://oberhausen-duisburg.asbnrw.de>

ASB Seniorenzentrum Holten - Haus für Menschen mit Demenz
Holtener Mühlenweg 13, 46147 Oberhausen
Internet: <http://oberhausen-duisburg.asbnrw.de>

August-Wieshoff-Seniorenzentrum
Saarstr. 20-22, 46045 Oberhausen
Internet: www.drk-ob.de

Bischof-Ketteler-Haus
Ketteler-Str. 10-14, 46117 Oberhausen
Internet: www.kk-ob.de

DRK Seniorenresidenz Grenzstraße

Grenzstraße 32, 46049 Oberhausen
Internet: www.drk-ob.de

Gute Hoffnung leben
An der Guten Hoffnung 9, 46145 Oberhausen
Internet: www.gute-hoffnung.de

Haus Abendfrieden
Dieckerstraße 65, 46047 Oberhausen
Internet: www.haus-abendfrieden.de

Haus Am Buschkämpen
Buschkämpen 2, 46117 Oberhausen
Internet: www.haus-am-buschaempen.de

Haus Bronkhorstfeld
Elly-Heuss-Knapp-Str. 11, 46145 Oberhausen
Internet: www.aso-ggmbh.de

Haus Gottesdank
Kirchhellener Str. 190, 46145 Oberhausen
Internet: www.hausgottesdank.de

Haus Gottesdank - Hausgemeinschaft
Kirchhellener Str. 190, 46145 Oberhausen
Internet: www.hausgottesdank.de

Haus Isabel
Klaumer Bruch 2b, 46117 Oberhausen
Internet: www.careaktiv-pflegeheime.de

Haus Katharina
Otto-Weddigen Straße 22, 46145 Oberhausen
Internet: www.curanum-seniorenpflegezentrum-oberhausen.de

Haus Katharina - Junge Sonderpflege
Otto-Weddigen Straße 22, 46145 Oberhausen
Internet: www.curanum-seniorenpflegezentrum-oberhausen.de

Haus Marienburg
Marienburgstr. 5a, 46047 Oberhausen
Internet: www.haus-marienburg.de

Johanniter Haus Sterkrade
Steinbrinkstraße 96a, 46145 Oberhausen
Internet: www.evklm.de

Louise-Schroeder-Heim

Siepenstr. 30, 46047 Oberhausen
Internet: www.aso-ggmbh.de

Martha-Grillo-Seniorenzentrum
Gustavstr. 98-100, 46049 Oberhausen
Internet: www.drk-ob.de

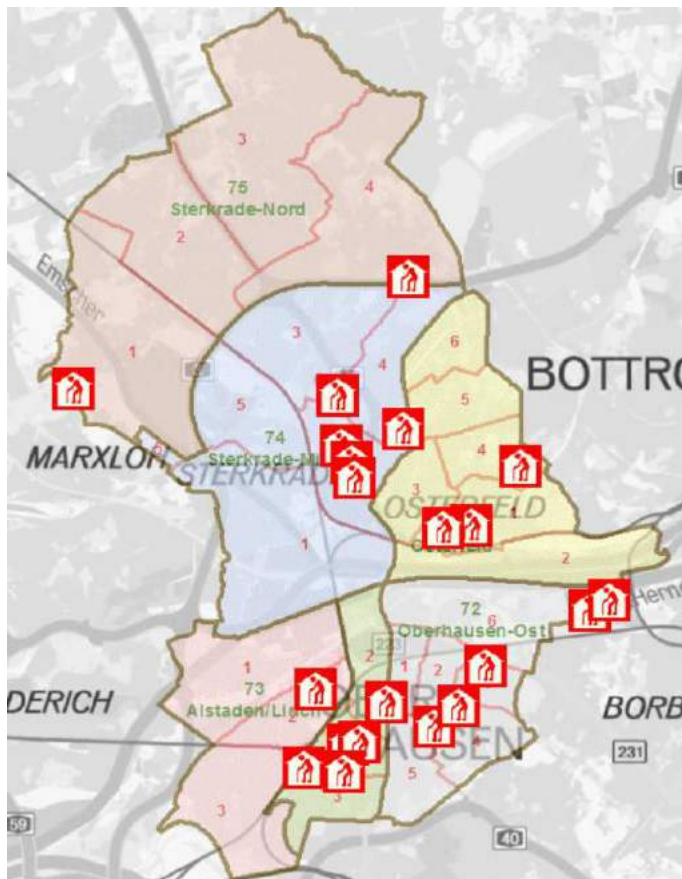
Pflegezentrum Josefinum
Mülheimerstr. 89, 46045 Oberhausen
Internet: www.kk-ob.de

Seniorenresidenz am OLGA-Park
Zum Steigerhaus 2, 46047 Oberhausen
Internet: www.aso-ggmbh.de

Senioren-Wohnpark Oberhausen
Havensteinstr. 47, 46045 Oberhausen
Internet: www.senioren-wohnpark-oberhausen.de

Vincenzhaus Oberhausen
Wörthstr. 61, 46045 Oberhausen
Internet: www.vincenzhaus-oberhausen.de
(Quelle: FB 3-2-20; Eigene Darstellung)

Karte – Verteilung der stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet



(Quelle: GIS Portal; Eigene Darstellung, Stand: 01.08.2018)

In sämtlichen Oberhausener Sozialräumen werden stationäre Pflegeeinrichtungen angeboten.

Aus der Verteilung der stationären Einrichtungen im Stadtgebiet können keine belastbaren Überlegungen zu einem Über- oder Unterangebot im einzelnen Sozialraum abgeleitet werden, da bei einer notwendigen Heimaufnahme die Unterbringung meist in einer stationären Pflegeeinrichtung in der Nähe des Wohnortes nahestehender Bezugspersonen, Angehöriger bzw. der eigenen Kinder erfolgt und nicht zwingend im Quartier. Unbenommen bleibt die grundsätzliche Empfehlung, dass bei einer stationären Pflege der Verbleib im vertrauten Lebensraum / Quartier angestrebt werden soll, damit auch bestehende Sozialkontakte weiter gelebt werden können (Quartiersansatz).

Tabelle 22: Vollstationär versorgte Personen in stationären Einrichtungen

Vollstationär versorgte Personen nach Anzahl und Geschlecht									
Altersgruppen	2011			2013			2015		
	Insge.	m	w	Insge.	m	w	Insge.	m	w
60-64	39	24	15	56	33	23	43	25	18
65-69	66	34	32	77	40	37	82	37	45
70-74	162	73	89	144	62	82	123	51	72
75-79	264	82	182	284	94	190	265	108	157
80-84	426	107	319	404	93	311	413	104	309
85-89	509	87	422	499	101	398	536	101	435
90 -94	276	22	254	339	41	298	393	63	330
95 und älter	125	7	118	96	-	96	103	5	98
Summe "60 - 94 und älter"	1.867	436	1.431	1.899	464	1.435	1.958	494	1.464

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung) (m=männl, w=weibl.)

In Oberhausen hat sich von 2011 bis 2015 die Anzahl der vollstationär versorgten Personen über 60 Jahre von 1.867 auf 1.958 nur unwesentlich geändert (+4,9%). Weiterhin wird deutlich, dass bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) überwiegend Frauen (1.172) in den stationären Einrichtungen betreut werden. Nur knapp 20% der Hochaltrigen sind Männer (273).

Bedarfsprognose:

Bei Aussagen zum zukünftigen Bedarf an stationären Pflegeheimen (Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot) ist die Entwicklung der stationär Pflegebedürftigen entscheidend. In Kapitel 5 wurden hierzu ausführlich die Annahmevarianten (Trendvariante, konstante Variante) der Landesbehörde IT.NRW vorgestellt.

Danach wird zusammenfassend folgende Entwicklung prognostiziert:

Tabelle 23: Prognose stationär Pflegebedürftige

Stationär Pflegebedürftige - Anzahl					
2015	2020		2025		2030
IST	KV	TV	KV	TV	KV TV
1958	2300	2000	2300	2000	2500 2100

(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung)

Jahr	Ist-Zahlen stationäre Plätze	Prognose IT-NRW: Jahr 2020 / 2025
31.12.2018	2.230	2.000 (TV) – 2.300 (KV)

(TV: Trendvariante – KV: Konstante Variante)

Am 31.12.2018 werden in Oberhausen 2.230 stationäre Pflegeplätze in 25 Einrichtungen zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 20). **Damit ist im Rahmen dieser örtlichen Planung nach § 7 APG NRW, welche den Zeitraum bis zum 31.12.2022 prüft, von einer Bedarfsdeckung im stationären Bereich auszugehen.** Weiterhin werden zukünftig (Ende 2019/Anfang 2020) durch die Baumaßnahme des DRK an der Duisburger / Werner Str. 80 weitere Plätze in einer stationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen (2.310).

Die stationären Pflegeeinrichtungen unterschreiten mit ihrem Pflegeplatzangebot nur minimal die Prognosewerte der konstanten Variante, bei Annahme der Trendvariante würde ein Überangebot von ca. 230 stationären Pflegeplätzen bestehen. Die Bertelsmann Stiftung präferiert in ihrem Themenreport „Pflege 2030“ die konstante Variante, weil diese Prognosevariante die bisherige Entwicklung des stationären Pflegebedarfes annähernd abgebildet hat (Konstanz der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten).

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des steigenden Eintrittsalters der zu Pflegenden in die stationären Einrichtungen die Verweildauer in den Einrichtungen sinkt, so dass es zu Mehrfachnutzungen eines Pflegeplatzes innerhalb eines Jahres kommt.

Weiterhin ist über die Annahmen von IT.NRW hinaus davon auszugehen, dass in Oberhausen ca. 10 – 15 % der stationären Pflegebedürftigen (FB 3-2-20: Erfahrungswerte) eine Pflegeeinrichtung außerhalb Oberhausens (am Wohnort der nahestehenden Bezugsperson) wählen. Um diesen Wert wäre der Prognosekorridor von IT.NRW zu reduzieren. Allerdings liegen auch keine Daten darüber vor, wie viele auswärtige Pflegebedürftige von umliegenden Städten (außerhalb von Oberhausen) das stationäre Angebot in Oberhausen nutzen.

Über eine Berechnung der Pflegeplatzdichte, d.h. die Anzahl der pro 1.000 Einwohner ab 65 Jahre angebotenen stationären Pflegeplätze, kann die Ausprägung der stationären Versorgung festgestellt werden. Es kann damit überprüft werden, ob ein ausreichendes stationäres Versorgungsangebot vorhanden ist.

Pflegeplatzdichte über 65 Jahre	2015	2017	2020	2025
Anzahl stationärer Plätze	2.146	2.292	2.310	2.310
Einwohner ab 65 Jahre	45.076	45.717	47.284	50.143
Pflegeplatzdichte	47,61	50,13	48,85	46,07

Bei Fortschreibung der am 31.12.2018 angebotenen 2.230 stationären Pflegeplätze zzgl. 80 Plätze (DRK Duisburger/Werner Str. = 2.310 stationären Pflegeplätze) – ohne eine weitere Ausweitung des Angebotes – und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung der über 65 Jährigen, beträgt im Jahr 2020 die Pflegeplatzdichte 48,85 und liegt damit über dem Wert aus dem Jahr 2015, so dass die prognostizierte Bedarfsdeckung im stationären Bereich bis ins Jahr 2020 / 2022 (Prognose IT.NRW konstant) bestätigt wird. Bis ins Jahr 2025 sinkt die Pflegeplatzdichte auf einen Wert von 46,07 (niedrigste Pflegeplatzdichte seit dem Jahr 2011). Dies kann ein Hinweis auf einen weiteren Bedarf an stationären Plätzen sein. Die konkrete Bevölkerungsentwicklung und der Pflegebedürftigkeitsfallzahlen (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff ab 01.01.2017, PSG II) sind zu beobachten. Weiterhin sind Auswirkungen durch ggfls. geänderte Pflegesettings (z. B. stärkere Koppelung private häusliche Versorgung mit ambulanter Unterstützung und Tagespflege) zu prüfen.

Sollten die Gespräche mit dem Investor zur Errichtung einer stationären Einrichtung im Bereich Sterkrade Mitte / Nord erfolgreich verlaufen, so würden im Jahr 2020 = 80 weitere Plätze zur Verfügung stehen. Dann würde die Pflegeplatzdichte im Jahr 2020 = 50,55 und im Jahr 2025 = 47,66 betragen und für eine Deckung des stationären Bedarfs sprechen.

Kurzzeitpflegeplätze:

Die stationären Pflegeeinrichtungen in Oberhausen bieten eingestreute Kurzzeitpflegeplätze an. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) kommt als stationäre Pflege für Menschen in Betracht, welche nur für eine kurze Zeit stationäre Betreuung benötigen. Oft dient sie der schnellen Überbrückung von Versorgungsengpässen. Anders als bei der stationären Dauerpflege geht es bei der Kurzzeitpflege um eine kurze Verweildauer in den Einrichtungen.

„Man spricht von Kurzzeitpflege, wenn eine pflegebedürftige Person für eine begrenzte Zeit einer vollstationären Pflege bedarf. Häufig ist das nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall oder wenn die häusliche Pflege für eine bestimmte Zeit ausgesetzt werden muss oder soll. Die Kurzzeitpflege ist auf eine bestimmte Dauer im Jahr beschränkt, für diese Zeit übernehmen die Pflegekassen die Kosten einer stationären Unterbringung. Die Kurzzeitpflege kann zusätzlich mit der Verhinderungspflege kombiniert werden. Im Gegensatz zur Verhinderungspflege ist eine Kurzzeitpflege zu Hause nicht möglich.“²⁸ Kurzzeitpflege wird in Anspruch genommen, wenn die Pflegenden zum Beispiel wegen einer berufsbedingten Abwesenheit, Krankheit oder Urlaub nicht zur Verfügung stehen. Kurzzeitpflege entlastet pflegende Angehörige und schafft Zeit für die dringend benötigte Regeneration. Sie unterstützt häusliche Pflege und kann helfen, dauerhafte stationäre Unterbringung zu vermeiden. Nach medizinischer Krisenintervention im Krankenhaus bietet sich oft eine Entlassung des Menschen in eine Kurzzeitpflege an. Hier kann in Ruhe abgeklärt werden, ob die Rückkehr in die eigene Wohnung möglich und sinnvoll ist (ggfls. Vorstufe zur stationären Aufnahme). Bei den angebotenen Kurzzeitpflegeplätzen ist zu unterscheiden zwischen ausgewiesenen (solitären) und sogenannten eingestreuten Plätzen für die Kurzzeitpflege. Bei letzteren handelt es sich um Dauerpflegeplätze, die flexibel auch für die Kurzzeitpflege genutzt werden. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze stehen bei einer hohen Auslastung der Einrichtung nicht immer zur Verfügung. Aus Sicht der Einrichtungen sind solitär ausgewiesene Kurzzeitpflegeplätze ein wirtschaftliches Risiko, da mit

²⁸ www.pflege.de

Ausfallzeiten gerechnet werden muss. Andererseits bringt der häufige Wechsel durch die Belegung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze in den Wohngruppen für die Bewohner und auch das Personal zusätzliche Belastungen, da immer wieder Anpassungsleistungen an fremde Personen erbracht werden müssen.²⁹

Tabelle 24: Kurzzeitpflegeplätze - Anbieter

Stationäre Einrichtungen am 31.12.2017	Plätze
Altenzentrum St. Clemens Hospitale	6
Arbeiter-Samariter-Bund	3
Arbeiter-Samariter-Bund Junge Pflege	3
ASB Pflegezentrum Dementenwohngruppe	3
ASB Seniorenzentrum Holten	5
ASB Wohngruppeneinrichtung Holten	3
August-Wieshoff-Seniorenzentrum	7
Bischof-Ketteler-Haus	13
DRK Seniorenresidenz Grenzstraße	5
Gute Hoffnung leben	8
Haus Abendfrieden	5
Haus am Buschkämpfern	9
Haus Bronkhorstfeld	10
Haus Gottesdank	8
Haus Isabel	5
Haus Katharina	8
Haus Marienburg	8
Johanniter-Haus	2
Louise-Schröder-Heim	25
Martha-Grillo-Seniorenzentrum- <u>solitär</u>	14
Pflegezentrum Josefinum	9
Seniorenresidenz am OLGA-Park	3
Senioren-Wohnpark Oberhausen GmbH	5
Vincenzhaus	5
	172

(Quelle: FB 3-2-20; Eigene Darstellung)

In Oberhausen werden 158 eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in den stationären Einrichtungen angeboten. Zusätzlich bietet eine Einrichtung (Martha-Grillo-Kurzzeitpflege, DRK) 14 solitäre Kurzzeitpflegeplätze an³⁰.

Konkrete Auslastungszahlen liegen für Oberhausen nicht vor. Hier wären besonders Tagesbelegungsübersichten wünschenswert. Die Erfahrungswerte zeigen, dass es Zeiten mit besonders hohem Bedarf (Urlaubszeiten, Feiertage) an Kurzzeitpflegeplätzen gibt, wo das vorhandene Angebot nicht ausreicht, so dass Engpässe entstehen. Die Einrichtungen berichten von einer gesteigerten Nachfrage.

Die in Oberhausen angebotenen 172 Kurzzeitpflegeplätze (158 eingestreute sowie 14 solitäre Plätze) überschreiten die in der Tabelle 25 dargestellte tatsächliche jährliche

²⁹ Alten- und Pflegeplan 2009-2010

³⁰ § 36 WTG NRW - Gasteinrichtungen

Nutzung, so dass statistisch von einem ausreichenden Kurzzeitpflegeangebot ausgegangen werden muss.

Tabelle 25: Personenanzahl und Altersgruppen in der Kurzzeitpflege

Anzahl der versorgten Personen nach Altersgruppen in der Kurzzeitpflege

Altersgruppen	2011				2013				2015		
	insges.	m	w		insges.	m	w		insges.	m	w
60-64	1	1	-		-	-	-		.	.	-
65-69	2	1	1		-	-	.		5	5	.
70-74	6	1	5		6	.	6		.	-	.
75-79	9	2	7		6	3	3		5	5	.
80-84	12	4	8		15	3	12		12	3	9
85-89	11	3	8		11	5	6		12	4	8
90 -94	4	1	3		4	-	4		9	2	7
95 und älter	3	1	2		-	-	.		.	-	.
Summe "60-95 und älter"	48	14	34		42	11	31		43	19	24

. aus Geheinhaltungsgründen nicht ausgewiesen

(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung)

Aus der Tabelle 25 ist ersichtlich, dass die Anzahl der in der Kurzzeitpflege betreuten Personen von 2011 bis 2015 insgesamt weitgehend konstant geblieben ist. Erfreulich ist die Angleichung der Fallzahlen Männer – Frauen. Die Kurzzeitpflege wird verstärkt von Personen über 80 Jahre genutzt.

Prognose:

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Infrastruktur. Sie ermöglicht die vorübergehende Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder die befristete Entlastung pflegender Angehöriger. Die Pflegebereitschaft und Leistungsfähigkeit der Angehörigen kann aufrechterhalten werden und somit dem Pflegebedürftigen den Verbleib in seiner vertrauten, häuslichen Umgebung ermöglichen. Sie ist daher auch ein Instrument zur Vermeidung bzw. dem verzögerten Eintritt von dauerhafter stationärer Unterbringung. Eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende, wirtschaftliche Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen ist daher ein wichtiges Versorgungsziel. Die Berechnung eines zukünftigen Bedarfs ist aufgrund der nicht vorliegenden Daten (Auslastungszahlen, Pflegetage) nicht möglich. Aufgrund der demografischen Altersentwicklung ist zukünftig davon auszugehen, dass die Zahl der zu Hause lebenden hochbetagten Pflegebedürftigen weiter zunehmen wird, so dass sich auch der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen erhöht. Die Behandlungsdauer in Krankenhäusern wird voraussichtlich weiter sinken, so dass auch deshalb Auswirkungen auf das Kurzzeitpflegeangebot eintreten können (Krankenhaus Entlassungs- / Überleitungsmanagement). Den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen muss durch entsprechende Beratung dieses Pflegeangebot näher gebracht werden.

Rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege:

Zur optimalen Nutzung des Potenzials der Kurzzeitpflege und der Realisierung des gesetzlichen Grundsatzes „ambulanter vor stationärer“ Pflege, sollte die Kurzzeitpflege konsequent als rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege ausgestaltet werden. Die Nutzung der Kurzzeitpflege nur als „Unterbringungsmöglichkeit“ während der Urlaubszeit von Angehörigen oder als „Wartestation“ nach einem Klinikaufenthalt, bis eine stationäre Pflegeeinrichtung zur Verfügung steht, verkennt das Potenzial der Kurzzeitpflege.

„Pflegebedürftige, denen nach Krankenhausaufenthalt eine Heimaufnahme droht, sollen im Anschluss an die Klinik eine Kurzzeitpflege mit rehabilitativem Charakter wahrnehmen können, um eine sinnvolle und angemessene Versorgung zu erhalten, deren Zielsetzung das Postulat „ambulant vor stationär“ in konsequenter und realistischer Form ist. Schwerpunkt der rehabilitativen Versorgung in der Einrichtung soll die Erweiterung des Teams (Multiprofessionelles Team: Pflege und Therapie) durch einen Ergotherapeuten darstellen, der an sechs Tagen der Woche intensive Einzel – und Gruppentherapie bei den Modellpatienten durchführt; Krankengymnastik in poststationärer Form soll das therapeutische Angebot ergänzen, um im Anschluss durch Heilmittelverordnungen fortgesetzt zu werden.“³¹

Zusätzlich sind Maßnahmen der aktivierenden Grundpflege, Mobilisation / Gymnastik / Bewegungstraining, Motivation und aktive Pflegemaßnahmen (Ess-, Wasch-, Anziehtraining) sowie Gedächtnis-, Sprachtraining / Spiele, Nutzung von Pflegehilfsmitteln u.a. möglich, so dass geistige und körperliche Defizite durch Übung ausgeglichen werden.

Ziel ist es die Kräfte zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu mobilisieren und zu stützen. Pflegebedürftigkeit ist (oft) kein unveränderbarer Zustand, sondern (oft) durch aktivierende Pflege und motivierende ganzheitliche Unterstützung positiv beeinflussbar. Es wird Hilfe zur Selbsthilfe geleistet mit dem Ziel der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in vielen Bereichen seines Alltags (vgl. auch Kap. 6.5.2).

Empfehlung:

Es sollte stärker der Intention des Gesetzgebers gefolgt werden: „Die Kurzzeitpflege sollte im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt als Beobachtungs- und Abklärungsphase dienen, in der Aktivierungspotentiale des Pflegebedürftigen ausgeschöpft und die Nachsorge adäquat vorbereitet wird. ... ist es eminent wichtig, dass der Kommunikationsfluss zwischen Klinik und Kurzzeitpflege klappt. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss wissen, was mit dem Pflegebedürftigen im Krankenhaus mit welchem Ziel und mit welchem Ergebnis gemacht wurde; die Kurzzeitpflegeeinrichtung muss auch wissen, welche Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Anschluss an die Kurzzeitpflege möglich sind. Diese umfängliche Informationserhebung sollte vom Krankenhaus durchgeführt werden und Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Basis ihres Konzeptes im Rahmen einer Überleitung zur Verfügung stehen. Der Kurzzeitpflegeeinrichtung muss es dann auch kurzfristig möglich sein, ein individuelles Aktivierungskonzept für den aus dem Krankenhaus kommenden

³¹ Modellprogramm der Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 SGB XI; ASB

Kurzzeitpflegegast zu erstellen.“³² Das Überleitungsmanagement erfüllt hierbei eine wichtige Rolle.

6.2 Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen³³

Kennzeichnend für Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen ist das Zusammenleben mehrerer auf professionelle Unterstützung und / oder Pflege angewiesene Menschen in einer Wohnung mit gemeinsamem Hausstand, in der zugleich Betreuungsleistungen erbracht werden (§ 24 WTG). Abgrenzungskriterium zu Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot ist das gemeinschaftliche Leben in einer gemeinsamen „Wohnung“ und die gemeinsame Führung des Haushaltes / Hausstandes (gemeinsame Versorgung, Küche, Einkaufsplanung, Haushaltskasse usw.). Zweck der Wohngemeinschaft mit Betreuungsleistungen ist es, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern ein weitgehend selbstorganisiertes Leben mit unmittelbarem Anschluss an den Sozialraum unter Führung eines eigenen Haushaltes ermöglicht wird.³⁴ Die individuelle Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohnerinnen – abhängig vom jeweiligen Pflege- bzw. Unterstützungsbedarf - und das gemeinschaftliche Handeln als Wohngemeinschaft im Tagesablauf sind eng miteinander verbunden.

Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen können sowohl selbstverantwortet als auch anbieterverantwortet geführt werden. Wesentliche Voraussetzung für das Vorliegen einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft ist, dass die Überlassung des Wohnraumes unabhängig von der Inanspruchnahme entgeltlicher Betreuungsleistungen erfolgt, d.h. die Bewohner können Art und Umfang der Betreuungs- und Pflegeleistungen frei wählen. Wohngemeinschaften können auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert sein wie etwa demenziell erkrankte Menschen, Patientinnen und Patienten im Wachkoma oder langzeitbeatmete Personen.

Der Internetauftritt „Pflege in Oberhausen“³⁵ führt bei den Wohngemeinschaften auf:

Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: „In Oberhausen gibt es zwei Wohngemeinschaften der RUHRWERKSTATT für jeweils 8 Personen. Alle Mieter verfügen über ein eigenes Zimmer. Großzügige Gemeinschaftsräume sind vorhanden. Die Erbringung der Pflege- und Betreuungsleistungen in der Gemeinschaft ermöglicht eine 24-Stunden-Präsenz.“

Unter Berücksichtigung der Anzahl der Demenz-Erkrankten (vgl. Tabelle 13) in Oberhausen ist ein erheblicher Ausbau des Angebotes an Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz erstrebenswert.

Für „intensiv- und beatmungspflichtige Pflegebedürftige“ gibt es insgesamt drei anbieterverantwortete Wohngemeinschaften (Osterfeld und Sterkrade) mit 31 Plätzen.

³² Modellprogramm des Spitzenverbandes und der gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI“, ISO

³³ Als „neue Angebotsform“ nunmehr vom WTG erfasst, Gesetzesbegründung zu § 24 WTG NRW

³⁴ Gesetzesbegründung zu § 24 WTG

³⁵ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen.php

Für Leistungsanbieter nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG NRW) besteht eine Anzeigepflicht ihres Angebotes.³⁶ Dies gilt für Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot, Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen, Angebote des Servicewohnens, ambulante Dienste und Gasteinrichtungen (www.pfadwtg.mgepa.nrw.de)

Aufgrund der Datenlage sind keine weiteren Aussagen möglich.

6.3 Angebote des Servicewohnens

§ 31 WTG NRW enthält eine Begriffsbestimmung: „Angebote des Servicewohnens sind Angebote, in denen die Überlassung einer Wohnung rechtlich verpflichtend mit der Zahlung eines Entgelts für allgemeine Unterstützungsleistungen wie Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, die Vermittlung von Betreuungsleistungen oder Notrufdienste (Grundleistungen) verbunden ist, die über die Grundleistungen hinausgehenden Leistungen von den Nutzerinnen und Nutzern hinsichtlich des Umfangs und der Person der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters aber frei wählbar sind.“

Trotz dieser Begriffsbestimmung werden unterschiedliche Wohn- und Betreuungsformen unter dem Begriff „Servicewohnen“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 WTG NRW) erfasst, oft erfolgt eine sprachliche Gleichsetzung mit dem „Betreuten Wohnen“. Beispielhaft werden unter diesem Begriff, der eine vertragliche Kombination von Wohnen mit unterschiedlichen, frei wählbaren Betreuungs-, Pflegeleistungen erfasst, auch folgende Wohnformen angeboten: „Seniorenwohnen“, „Unterstütztes Wohnen“ und „Wohnen im Verbund“.

Der Begriff „Betreutes Wohnen“ ist weder gesetzlich normiert noch geschützt. Sämtlichen Angeboten ist gemeinsam, dass in sehr unterschiedlicher Form altersgerechte Wohnangebote und Betreuungsleistungen miteinander gekoppelt werden. Im Idealfall mietet der Bewohner eine zentral gelegene barrierefreie und altengerechte Wohnung, meist in einer speziellen Wohnanlage. Darüber hinaus muss er ein Paket von Grundleistungen des Betreuungsservices abnehmen, für die monatlich eine sog. Betreuungspauschale zu entrichten ist. Diese Grundbetreuung umfasst i. d. R. Beratungs- und Informationsleistungen sowie ggfls. die Notrufsicherung. Zusätzlich werden Wahlleistungen – wie Mahlzeiten, Reinigungs- und Pflegeleistungen – angeboten, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können und zusätzlich bezahlt werden müssen. Die Bewohner schließen einen Miet- und einen Betreuungsvertrag.³⁷ Ein besonderer Vorteil dieser optionalen Dienstleistungen ist, dass sie relativ flexibel an die sich verändernde gesundheitliche Situation angepasst werden können und die Selbständigkeit der Bewohner lange und entsprechend der individuellen Bedarfslage erhalten bleibt.

Trägern von Angeboten des Servicewohnens unterliegen nach dem WTG NRW nur einer Meldepflicht (Internetplattform www.pfadwtg.mgepa.nrw.de). Die Angebote werden von der WTG-Behörde („Heimaufsicht“) nicht geprüft.

Eine Entscheidungs- und Planungshilfe für interessierte Bewohner schafft hier das „Qualitätssiegel Betreutes Wohnen“ des Kuratoriums Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW, da dieses Siegel nur bei Erfüllung notwendiger Anforderungen

³⁶ Anzeigepflicht § 9 Abs. 2 WTG NRW

³⁷ BMFSJ, Neue Wohn- und Betreuungsformen (Crößmann, Börner)

vergeben wird. Diese Siegel stellt eine außergesetzliche und bewährte Form der Qualitätssicherung aus Verbraucherschutzsicht dar.³⁸

Der Internetauftritt „Pflege in Oberhausen“³⁹ nennt beim „Betreuten Wohnen / Wohnen mit Service“ folgende Einrichtungen:

- Betreutes Wohnen der ASO Alteinrichtungen der Stadt Oberhausen gGmbH
Elly-Heuss-Knapp-Str. 3, 46145 Oberhausen
- Betreutes Wohnen des Ev. Vereins für Alterspflege e. V. am Haus Abendfrieden
gGmbH
Dieckerstraße 65, 46047 Oberhausen
- Seniorenwohnpark Einbleckstraße
Einbleckstr. 18, 46117 Oberhausen
- Seniorenwohnpark Klaumer Bruch
Klaumer Bruch 10, 46117 Oberhausen
- Seniorenwohnpark Unterbruch
Unterbruch 32-32a und Ripshorsterstr.126- 126, 46117 Oberhausen

6.4 Ambulante Dienste

Nach § 33 WTG NRW sind ambulante Dienste mobile Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die entgeltlich Betreuungsleistungen nach dem WTG NRW anbieten. Ambulante Dienste wurden neu in den Prüf- und Geltungsbereich des WTG NRW aufgenommen. Das Statistische Bundesamt definiert ambulante Dienste als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Zusätzlich gehört üblicherweise die medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der Einrichtungen. Durch Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI werden die ambulante Pflegedienste zur Pflege zugelassen.

Durch ambulante Pflegedienste wird vielen Pflegebedürftigen der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht und der Eintritt in eine stationäre Betreuung verzögert bzw. verhindert. Die Pflegedienste helfen beim Alltag, erhalten die Selbständigkeit der Betroffenen und sichern im Bedarfsfall die Versorgung. Die ambulanten Dienste leisten einen wichtigen Beitrag zur sozialpolitischen Forderung der „ambulanten vor stationären“ Betreuung in der eigenen Häuslichkeit, welche sonst in vielen Fällen nicht aufrechterhalten werden könnte. Zusätzlich können pflegende Angehörige durch die Organisation der Pflege und Betreuung unter Zuhilfenahme eines Pflegedienstes Beruf und Pflege besser miteinander vereinbaren.

³⁸ Gesetzesbegründung zu § 32 I WTG NRW.

³⁹ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen.php

Bestand und Entwicklung:

Tabelle 26: Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste				
Jahr	Anzahl Pflege- dienste	Personal Pflegedienste	Versorgte Personen	Pflegebedürftige je Pflegedienst
31.12.2011	28	715	1.650	58,93
31.12.2013	31	843	1.698	54,77
31.12.2015	37	1.034	2.242	60,59

(Quelle: IT-NRW, Eigene Darstellung)

In Oberhausen hatten am 31.12.2015 insgesamt 37 Pflegedienste ihren Sitz und beschäftigten 1.034 Mitarbeiter, die 2.242 Personen versorgten. Damit ist die Anzahl der Pflegedienste von 2011 bis 2015 um 32% und das beschäftigte Personal um ca. 44% gestiegen. Im Durchschnitt wurden am 31.12.2015 ca. 60 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut.

Aus Daten des Fachbereiches 3-2-20 ist ersichtlich, dass nach dem 31.12.2015 weitere Pflegedienste in Oberhausen gegründet wurden, so dass im August 2018 insgesamt 47 ambulante Dienste ihren Sitz in Oberhausen hatten. Dies entspricht einer beachtlichen Steigerungsrate seit dem Jahr 2011 von 67%.

Seit dem 31.12.2015 haben 2 ambulante Pflegedienste ihren Betrieb eingestellt. Ein ambulanter Pflegedienst davon war auf die Zielgruppe der Nichtdeutschen-Pflegebedürftigen ausgerichtet. Gründung und Einstellung des Betriebes von ambulanten Pflegediensten erfolgen marktreguliert (freier Pflegemarkt).

Tabelle 27: Ambulant versorgte Personen nach Pflegestufen

Ambulant versorgte Personen nach Pflegestufen					
Jahr	Personal	Versorgte insgesamt	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
15.12.2011	715	1.650	1.028	479	143
15.12.2013	843	1.698	1.131	434	133
15.12.2015	1.034	2.242	1.421	649	127

(Quelle: IT-NRW, Eigene Darstellung)

Von ambulanten Pflegediensten werden überwiegend Personen der Pflegestufe I gepflegt.

Im Jahr 2015 befanden sich von den versorgten Personen insgesamt 1.421 Personen (63%) in der Pflegestufe I, 649 Personen (29%) in der Pflegestufe II und 127 Personen (6%) in der Pflegestufe III.

Die Anzahl der von den ambulanten Pflegediensten betreuten Personen ist in den Pflegestufen I und II über den Beobachtungszeitraum gestiegen, in der Pflegestufe III (damit bei steigender Pflegebedürftigkeit) weiter gesunken. In diesem Zusammenhang ist auch der

Blick auf die „Tabelle 11: Leistungsempfänger nach Pflegestufen und Pflegesettings“ interessant, wo der ausschließliche Pflegegeld-Bezug (ohne zusätzliche ambulante Pflege) in allen Pflegestufen die Betreuungsquote der ambulanten Pflegedienste übersteigt. Es werden in allen Pflegestufen mehr Personen von Angehörigen gepflegt.

Bedarfsprognose:

Ambulante Pflegedienste versorgen Pflegebedürftige im gesamten Stadtgebiet und sind auch über die Stadtgrenzen hinaus tätig. Daten zu den ambulanten Pflegediensten, z. B. die Anzahl der versorgten Personen, werden am Sitz des Pflegedienstes erhoben, so dass aufgrund einer Tätigkeit über die Stadtgrenzen hinaus keine Aussagen zu einer Unter- oder Überversorgung möglich sind. Ambulante Pflegedienste sind wirtschaftliche Unternehmen, die auf dem freien Pflegemarkt tätig sind. Es ist daher davon auszugehen, dass Angebot und Nachfrage entscheidenden Einfluss auf die Gründung eines Pflegedienstes und seinen Standort haben (Marktregulierung).

Aufgrund der prognostizierten demografische Entwicklung der Oberhausener Bevölkerung – am 31.12.2018 werden 33.377 Personen älter als 70 Jahre sein, diese Alterskohorte steigt bis zum 31.12.2022 auf 34.593 Personen (absolut + 1.216 Personen) – und der gesetzlichen Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes (Pflegestärkungsgesetz II, ab 01.01.2017), welche zusätzliche Grundleistungen im Bereich der ambulanten Pflege vorsieht, ist zu erwarten, dass die Anzahl der in der eigenen Häuslichkeit (Wohnung, Seniorenwohnung, Wohngemeinschaft) ambulant zu betreuenden Pflegebedürftigen absolut weiter steigen wird.

Die Landesbehörde IT.NRW kommt zu folgender Prognose, die noch nicht die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes durch das Pflegestärkungsgesetz II berücksichtigt:

Tabelle 28: Prognose ambulanter Pflegebedarf

	Pflegebedürftige						
	2013	2020		2025		2030	
	Anzahl						
	IST	KV	TV	KV	TV	KV	TV
ambulante Pflege	1.689	1.900	1.700	1.900	1.700	2.000	1.800
(Quelle: IT-NRW, Eigene Darstellung; KV=konstante Variante, TV=Trendvariante)							

Danach würde die Anzahl der ambulanten Pflegebedürftigen vom Jahr 2020 bis ins Jahr 2025 bei beiden Prognosevarianten stagnieren und erst ab 2025 bis zum Jahr 2030 ansteigen.

Die Prognoseaussage von IT.NRW ist nicht belastbar (Basisjahr 2013!), da die Auswirkungen des PSG II (01.01.2017) nicht berücksichtigt werden konnten. Insgesamt können allenfalls Trends berücksichtigt werden.

In der ambulanten Pflege wurden z. B. am 31.12.2015 schon 2.242 Personen in Oberhausen betreut. IT.NRW prognostiziert für das Jahr 2020 in der ambulanten Pflege einen Wert von 1.900 Pflegebedürftigen (konstante Variante). Damit wird der prognostizierte Wert für das Jahr 2020 bereits am 31.12.2015 tatsächlich um 18% überschritten.

Aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II und der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist eine steigende Entwicklung des ambulanten Pflegebedarfes wahrscheinlich. Ein zusätzlicher Personenkreis wird als pflegebedürftig beurteilt (Pflegegrade) und erhält Pflegeleistungen.

Vgl. hierzu die Ausführungen zur Tabelle 10:

„Aktuelle Studie (08.08.2018) und Zahlen des Instituts Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen (UDE):

„Einen steilen Zuwachs von 20 Prozent gab es im Jahr 2017, verursacht durch die gesetzliche Neuregelung mit fünf Pflegegraden statt der bisherigen drei Pflegestufen. Damit gibt es auch neue Leistungsempfänger, insbesondere Menschen mit demenziellen Einschränkungen. dass mit rund 240.000 Pflegebedürftigen der allergrößte Teil in den neugeschaffenen Pflegegrad 1 eingestuft worden sei.“

Unter Berücksichtigung der „grundsätzlichen“ Trendaussagen von IT.NRW sollte daher die Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2020 steigen und dann bis ins Jahr 2025 stagnieren.

6.5 Gasteinrichtungen

Nach § 36 WTG NRW sind Gasteinrichtungen entgeltlich betriebene Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere oder pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderungen nur vorübergehend aufzunehmen und ihnen Betreuungsleistungen anzubieten. Gasteinrichtungen sind Hospize, Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

6.5.1 Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück (§ 41 SGB XI). Die Tagespflege kann die Lücke zwischen der ambulanten Pflege zu Hause und der stationären Versorgung schließen. Der Pflegebedürftige erhält während des Aufenthaltes alle notwendigen Leistungen der Grundpflege, Versorgung mit Speisen und Getränken, der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden Leistungen der Tagespflege als eigenständiger Anspruch definiert.

Bestand und Entwicklung:

Tabelle 29: Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege

Anbieterliste Tagespflege und Nachtpflege	Plätze
1 ASB Seniorenzentrum Holten Holtener Mühlenweg 11, 46147 Oberhausen	12
2 ASB Tagespflegezentrum Essener Str. 259, 46047 Oberhausen	12
3 Care Aktiv Tagespflege Mülheimer Straße 243/245, 46045 Oberhausen	20
4 Senioren-Tagespflege "Von Mensch zu Mensch" Goethestraße 65, 46047 Oberhausen	14
5 Seniorentreff Am Barchembach Klaumer Bruch 10, 46117 Oberhausen	15
6 Seniorentreff Am Buschkämpen - Nachtpflege Buschkämpen 2, 46117 Oberhausen	5
7 Seniorentreff Am Buschkämpen - Tagespflege Buschkämpen 2, 46117 Oberhausen	24
8 Tagespflege carpe diem Wilhelmstr. 10, 46145 Oberhausen	14
9 Tagespflege Schwarze Heide Neumühler Str. 83, 46149 Oberhausen	16
10 Tagespflege Sterkrade Steinbrinkstraße 96a, 46145 Oberhausen	12
11 Tagespflegezentrum am Steigerhaus Zum Steigerhaus 2, 46045 Oberhausen	12
12 Tagespflegezentrum im Louise-Schroeder-Heim Siepenstr. 30, 46119 Oberhausen	14
Tagespflege	165
Nachtpflege	5

(Quelle: FB 3-2-20, Eigene Darstellung)

Von IT.NRW stehen keine Daten zur Auslastung und Entwicklung der Fallzahlen in der Nachtpflege wegen „zu geringer Werte“ zur Verfügung. Solitäre Einrichtungen der Nachtpflege werden (auch auf Landesebene) grundsätzlich kaum angeboten. Nachtpflegeplätze werden fast ausschließlich angeschlossen an stationäre Dauerpflegeeinrichtungen eingerichtet.⁴⁰ In Oberhausen sind 5 Nachtpflegeplätze vorhanden, die nicht ausgelastet werden.

Tabelle 30: Auslastung der Tagespflegeplätze

⁴⁰ Bericht BMFSJ „Situation der Heime“, 2006

Auslastung Tagespflegeplätze in Prozent

Jahr	2011	2013	2015
in %	200	172,7	173,1

(Quelle: IT-NRW, Eigene Darstellung)

Bei den genannten Prozentsätzen zur Auslastung ist zu beachten, dass alle versorgten Personen erfasst werden mit denen am 15.12. des Jahres ein Vertrag besteht. Nutzen Personen die Tagespflege nur an einzelnen Tagen in der Woche, so kommt es zu Mehrfachnutzungen des Tagespflegeplatzes innerhalb der Woche. Erfahrungswerte gehen von durchschnittlich 3 Nutzungstagen pro Woche je Tagespflegegast aus. Insgesamt ist von einer sehr guten Nutzung und Auslastung der Tagespflegeplätze auszugehen. Die Betreiber der Tagespflegeeinrichtungen bestätigen dies.

Bedarfsprognose:

Aufgrund der genannten Auslastungszahlen hatten im Jahr 2016 bereits mit mehreren Akteuren / Investoren Beratungsgespräche der Fachverwaltung zur Einrichtung von weiteren Tagespflegeplätzen stattgefunden. Inzwischen wurden zusätzliche Tagespflegeeinrichtungen eröffnet, so dass seit Ende 2016 die Anzahl der Tagespflegeplätze erfreulicherweise von 102 auf 165 erhöht werden konnte. Aktuell werden mit mehreren potenziellen Interessenten Beratungsgespräche zur weiteren Eröffnung von Tagespflegeeinrichtungen geführt. Ende 2018 / Anfang 2019 werden daher weitere Tagespflegen eröffnet. Damit dürften ca. 40 zusätzliche Tagespflegeplätze entstehen. Das Tagespflegeangebot verteilt sich auf die Sozialräume im Stadtgebiet, so dass das wohnortnahe Angebot an Tagespflegeplätzen erheblich verbessert wurde (§ 2 APG NRW, wohnortnahe / quartierbezogene Versorgung). Sämtliche Tagespflegeeinrichtungen bieten einen Fahrdienst an.

Das Tagespflegeangebot ist eine wichtige Entlastungsmöglichkeit für pflegende Angehörige. Für viele Angehörige wird neben einer eigenen (Teil-) Berufstätigkeit so erst eine häusliche Pflege möglich und Überlastungssituationen können entzerrt werden. Tagespflege sichert aber auch dem Pflegebedürftigen eine stabile Lebensqualität. Er kann bei weitgehender Unabhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin in der eigenen, privaten Häuslichkeit leben, so dass eine vollstationäre Pflege vermieden wird.

Aufgrund sich ändernder gesellschaftlicher Familienbilder, zunehmender Frauenerwerbstätigkeit und der fortschreitenden Alterung der Stadtgesellschaft werden sich der Bedarf an Tagespflegeplätzen und die Nachfrage weiterentwickeln.

Tagespflege stellt im Vergleich zur vollstationären Versorgungsform eine kostengünstigere Alternative dar und folgt dem Primat „ambulant vor stationär“. Das Interesse des Gesetzgebers am Ausbau der Tagespflege wird dadurch verdeutlicht, dass der Neubau mit einer jährlichen Refinanzierung von 4 statt 2% gefördert wird.

6.5.2 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

In Oberhausen werden überwiegend eingestreute Kurzzeitpflegeplätze von stationären Einrichtungen angeboten, so dass die „Kurzzeitpflege“ als stationäre Versorgungsform im Kapitel 6.1 „Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot“ dargestellt wurde.

Nur eine Einrichtung, die „Martha-Grillo-Kurzzeitpflege“, angeschlossen an das Martha-Grillo-Seniorenzentrum (DRK), bietet 14 solitäre Kurzzeitpflegeplätze an.

Der grundsätzliche Ausbau von solitären Kurzzeitpflegeplätzen mit einer verstärkt rehabilitativen, aktivierenden Pflege ist erstrebenswert, da auch ein qualitativer Unterschied zu eingestreuten Plätzen gesehen wird (vgl. Kap. 6.1). In einer rehabilitativen, aktivierenden Kurzzeitpflege liegt erhebliches Potenzial zur „Hilfe zur Selbsthilfe“ für den Pflegebedürftigen, so dass ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wird (Grundsatz „ambulant vor stationär“ sowie Kostenreduzierung ggü. einer stationären Pflege).

6.5.3 Hospize

Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben auch in ihrer letzten Lebensphase zu ermöglichen.⁴¹ Sie unterstützt die Familie, Angehörige und Freunde bei der Betreuung und Begleitung des sterbenden Menschen. Die Veränderung der Familienstrukturen führt dazu, dass immer weniger Menschen zu Hause sterben können, weil keine Angehörigen für die Pflege zur Verfügung stehen. Die Hospizbewegung in Deutschland gründet sich auf ehrenamtlichem Engagement.

Bestand und Entwicklung:

Stationär:

In Oberhausen gibt es das stationäre St. Vinzenz Pallotti Hospiz mit 10 Gästezimmern. Im Jahr 2017 wurden 109 Gäste betreut, welches einer Auslastung von 92,52% entspricht. Bei den Neuaufnahmen wurden auch Gäste aus Nachbarstädten berücksichtigt. Die hauptamtlichen Mitarbeiter werden von ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt.

Tabelle 31: Stationäres Hospiz – Gästeanzahl, Auslastung

Zahl der Gäste – Auslastung in Prozent			
Jahr	2015	2016	2017
Aus Vorjahr	5	10	10
Neuaufnahmen	163	106	99
Gesamt	172	116	109
Auslastung	98,19%	96,56%	92,52%

(Quelle: St. Vinzenz Pallotti, Eigene Darstellung)

⁴¹ www.bmg.bund.de

Weiterhin wird durch das stationäre St. Vinzenz Pallotti Hospiz wichtige Beratungsarbeit geleistet. Auch Angehörige müssen in dieser schwierigen psychischen Situation begleitet werden.

Tabelle 32: Stationäres Hospiz – Beratungsarbeit

Beratungsarbeit (tel./pers. Vorsprache ohne Aufnahme)			
Jahr	2015	2016	2017
Anzahl Anfragen	355	476	519
Stunden	177,5	238	255,5

(Quelle: St. Vinzenz Pallotti, Eigene Darstellung)

Ambulant:

Bei der ambulanten Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen ist das bürgerschaftliche Engagement zentrales Element der Hospizarbeit. In ambulanten Hospizen organisierte Ehrenamtler suchen schwerstkranke und sterbende Menschen und ihre Familien auf und leisten Sterbebegleitung in der eigenen Häuslichkeit und zunehmend auch in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Die Form der Begleitung richtet sich nach den Bedürfnissen der Sterbenden oder deren Angehörigen. Die ehrenamtlichen Helfer sind für ihre Aufgaben speziell geschult. Ambulante Hospizdienste erbringen für Menschen in der letzten Lebensphase qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung.

In Oberhausen gibt es zwei ambulante Hospize. Das ambulante „Hospiz St. Vinzenz Pallotti“ sowie das „Ambulante Hospiz Oberhausen e. V.“, welches zu den größeren Einrichtungen in NRW zählt, mit ca. 650 Mitgliedern, ca. 180 Ehrenamtlichen, qualifizierten Sterbebegleitern, Helfenden Händen und einem ehrenamtlichen Vorstand.⁴²

Die beiden ambulanten Hospize haben eine Vielzahl an Begleitungen geleistet.

Tabelle 33: Ambulante Hospize – Anzahl der Begleitungen

Ambulante Hospize - Anzahl der Begleitungen

Ort	2015	2016	2017
Zuhause	157	122	137
Alteneinrichtungen	93	85	112
Behinderteneinrichtungen	2	2	3
Krankenhäuser	10	29	19
Stationäre Hospize	12	5	4
Trauerbegleitungen	30	40	54
Begleitungen insgesamt	304	283	329

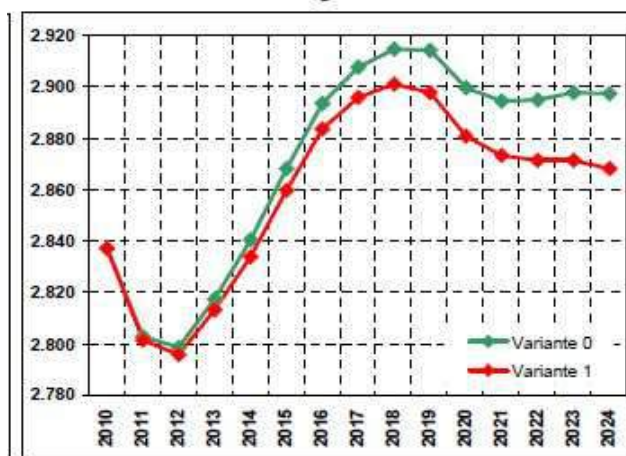
(Quelle: Ambulante Hospize, Eigene Darstellung)

⁴² www.hospiz-oberhausen.de

Bedarfsprognose:

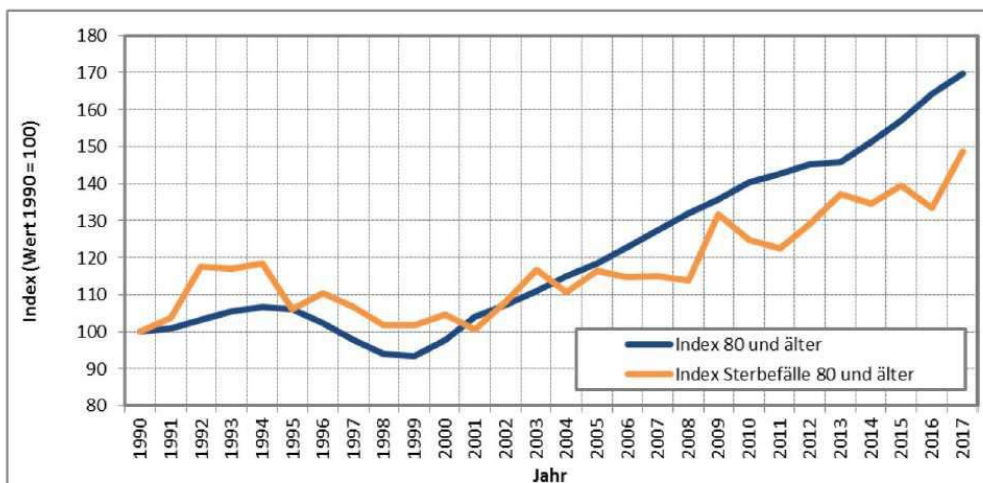
Die genannten Zahlen geben nur einen geringen und unzureichenden Einblick in die tatsächlich geleistete Hospizarbeit. Das Arbeitsvolumen und die Energie, welche für diese Arbeit erforderlich sind, können nicht dargestellt werden. **Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme der Altersgruppe der Hochbetagten ist von steigenden Sterbefallzahlen auszugehen.** Der Bereich 4-5/Statistik kommt im Band 98 „Beiträge zur Stadtentwicklung“ zu der Aussage „... steigt die Zahl der Sterbefälle über den vorausgerechneten Zeitraum nach einem kurzfristigen Rückgang an und verbleibt einigermaßen konstant auf hohem Niveau...“.

Abbildung 4: Vorausberechnete Entwicklung der Sterbefälle



Auch in der Ausgabe Profile – Oberhausener Datenspiegel „Abseits des Geburtenbooms – die Entwicklung der Sterbefälle in Oberhausen“ (Ausgabe II / 2018) wird diese Aussage bestätigt:

Grafik 4: Entwicklung der 80-jährigen und älter und deren Sterbefälle im Vergleich (Index 1990 = 100)



⁴ Dieser Trend wird mit einiger Sicherheit bis zum Jahr 2021 anhalten. Anschließend ist vorübergehend von einer Stagnation oder leichten Abnahme der 80-jährigen und älter infolge des Geburtenausfalls des II. Weltkriegs auszugehen. Ab 2026 wird dann deren Zahl wieder ansteigen. Abzulesen ist diese zukünftige Entwicklung in wesentlichen Teilen schon jetzt anhand der Kohortenstärke der betreffenden Altersjahrgänge der Oberhausener Bevölkerung (vgl. Stadt Oberhausen, Der Oberbürgermeister, Bereich Statistik (Hrsg.) (2017): „Statistisches Jahrbuch der Stadt Oberhausen“, S. 33f).

Die steigenden Sterbefallzahlen bis zum Jahr 2019/2020 könnten zu einem gesteigerten Betreuungsbedarf bei der Hospiz- und Palliativversorgung führen. Eindeutige Rückschlüsse auf einen ggfls. steigenden Bedarf zur Hospizbetreuung sind nicht möglich. Die ambulanten Hospizdienste in Oberhausen sind eine hervorragende Ergänzung des stationären Angebotes und bieten zusätzlich eine Betreuungs-Alternative.

Die zukünftige Entwicklung ist zu beobachten.

Weiterhin wurde in Oberhausen das Palliativnetzwerk Oberhausen gegründet, welches „ein kooperativer Zusammenschluss verschiedener palliativtätiger Berufsgruppen ist, die sich im Rahmen einer engen und professionellen Zusammenarbeit für Schwerstkranke und Sterbende sowie deren Angehörige einsetzen.“⁴³ In einigen Oberhausener Kliniken wurden spezielle Palliativstationen / -abteilungen eingerichtet.

Ergänzt wird die Hospiz- und Palliativversorgung durch das Projekt „Interkulturelle Hospizversorgung IKHO“. Träger des Projekts ist das BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen in Essen gemeinsam mit dem Büro für Chancengleichheit der Stadt Oberhausen / pro wohnen international e. V. und dem ambulanten Pflegedienst „die pflegezentrale Duisburg GmbH“. Das Projekt wird finanziert aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfond AMIF der Europäischen Union. In Oberhausen versuchen die Projektpartner gemeinsam mit dem Ambulanten Hospiz Oberhausen e. V., wie vorhandene Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung für Migranten erreichbar gestaltet werden können. Mit IKHO soll erreicht werden, dass die Zusammenarbeit zwischen Palliativversorgung, Migrantenselbstorganisationen und Hospizdiensten gestärkt und ausgebaut wird.

Insgesamt gesehen ist die Hospiz- und Palliativversorgung in Oberhausen gut aufgestellt.

6.6 Komplementäre ambulante Dienste

§ 16 APG NRW definiert, dass zu den komplementären ambulanten Diensten insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen, Beratungsdienste zur Wohnraumanpassung, Hausbetreuungsdienste, Hausnotrufdienste und andere ergänzende ambulante Hilfen wie persönliche Assistenz für ältere und pflegebedürftige Menschen und Angehörige gehören. Die zur Umsetzung des Vorranges der häuslichen Versorgung erforderlichen komplementären ambulanten Dienste sind durch die kreisfreien Städte sicherzustellen.

Personen, die nicht pflegebedürftig jedoch hilfebedürftig geworden sind, wird durch ein vielfältiges komplementäres Angebot bedarfsgerechter Hilfen eine weitgehend selbständige und selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit, in der vertrauten Umgebung, ermöglicht. Soziale Kontakte bleiben erhalten. Durch komplementäre ambulante Dienste kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. bei eingetretener Pflegebedürftigkeit eine stationäre Versorgung verzögert und damit der Vorrang der häuslichen Versorgung ermöglicht werden. Daher kann bei einer sich entwickelnden Pflegebedürftigkeit die

⁴³ www.palliativnetz-oberhausen.de

Kombination von komplementären Diensten und eine ergänzende Betreuung durch ambulante Dienste ein geeignetes Pflegesetting sein.

Komplementäre Dienste sind geeignete vorsorgende Leistungen, die im vorpflegerischen Bereich genutzt werden können. Die Betroffenen sind für eine Entlastung und Hilfe im Haushalt, Garten, beim Winterdienst, der Treppenreinigung, beim Fensterputzen, beim Einkauf aber auch für Begleitsdienste bei Behördengängen und Arztbesuchen dankbar. Bei der Bewältigung dieser Alltagsaufgaben werden erste altersbedingte Probleme deutlich. **Im gesamten Stadtgebiet existieren Angebote von professionellen Dienstleistungsanbietern. Die Leistungen werden auch von einigen ambulanten Pflegediensten angeboten.**

Bestand und Entwicklung:

Eine aktuelle Übersicht der Angebote findet sich beim Internetauftritt der Pflegeberatung der Stadt Oberhausen „Entlastung und Hilfen im Alltag“.⁴⁴

- Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen einschl. Wäschepflege
- Persönliche Hilfen
- Zeitweilige Betreuung
- Hilfen im Bereich der Kommunikation
- Kurzbesuch
- Begleitsdienste bei Arztbesuchen, Einkaufen, Behördengängen und Spaziergänge

Zusätzlich werden „Essen auf Rädern“, ein „gemeinsamer Mittagstisch“ und ein Hausnotrufdienst (bei Bedarf verbunden mit Rauchmeldern) angeboten.

Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen bietet ein Merkblatt mit den „Mindestanforderungen an haushaltsnahe Dienstleistungen für ältere Menschen in NRW“ an. Hier finden sich wertvolle und hilfreiche Hinweise, welche bei der Auswahl eines Dienstleistungsanbieters berücksichtigt werden sollten (Anforderungsprofil).⁴⁵

Die Taschengeldbörse Oberhausen bietet ebenfalls haushaltsnahe Unterstützungsleistungen an. Taschengeldbörsen werden als Servicebrücken zwischen Jugend und Alter verstanden. Vordergründig leisten Taschengeldbörsen eine „einfache“ Vermittlungstätigkeit, indem sie Jugendliche, die haushaltsbezogene Unterstützungsleistungen gegen ein kleines Taschengeld anbieten, und Haushalte älterer oder mobilitätseingeschränkter Menschen zusammenbringen. Darüber hinaus vermitteln sie aber auch Interaktionen zwischen Jung und Alt und leisten somit einen Beitrag zur intergenerativen Begegnung.“⁴⁶

Bedarfsprognose:

Statistische Daten zur Inanspruchnahme komplementärer ambulanter Dienste liegen nicht vor. Die demografische Entwicklung, verbunden mit zunehmender Hochaltrigkeit und sich verändernden Familienstrukturen (Singularisierung des Alters⁴⁷), lässt vermuten, dass der

⁴⁴ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen/entlastung_und_hilfen_im_alltag.php

⁴⁵ http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/Qualit__tskriterienpdf.pdf

⁴⁶ <https://www.taschengeldboerse-oberhausen.de/>

⁴⁷ Immer mehr Menschen leben im Alter allein. Dies trifft bundesweit auf etwa 40 % der Bevölkerung ab 65 Jahre zu, in Großstädten liegt der Anteil noch höher. Davon sind 85 % Frauen.

Bedarf an komplementären ambulanten Diensten steigen wird, da das private Unterstützungspotenzial sinkt. Die Angebote tragen zusätzlich zur Entlastung der Pflegepersonen bei und unterstützen den Wunsch der meisten Menschen auch im Alter in der eigenen Wohnung zu leben.

Das Angebot der komplementären Dienste wird über den freien Markt durch Angebot und Nachfrage geregelt. Wichtig ist hierbei, dass aufgrund der „Altersarmuts-Problematik“ ein bezahlbares Angebot existiert. Komplementäre Dienste sollten weiterentwickelt und gefördert werden, da sie bei häuslicher Pflege eine wichtige flankierende Unterstützung leisten können.

Die Kombination von seniorengerechten Wohnungen und komplementären Leistungen bei steigender Hilfebedürftigkeit sowie eine spätere Ergänzung um ambulante Pflegedienstleistungen bei beginnender Pflegebedürftigkeit kann ein Pflegesetting darstellen, welches eine weitgehend selbständige und selbstbestimmte Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit bis ins hohe Alter ermöglicht.

In diesem Zusammenhang ist ein Ausbau des Angebotes an (auch stundenweiser) Seniorenbetreuung erstrebenswert; zur Unterstützung beim Einkaufen, Kochen, Putzen, Aufräumen oder auch Begleitung zum Arzt. Diverse Gespräche mit den Anbietern ambulanter Dienste haben ergeben, dass die Anfragen nach „haushaltsnahen Hilfen“ zunehmen.

Hier sollte durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit darauf hingewiesen werden, dass bereits ab 01.01.2017 (Zweites Pflegestärkungsgesetz) alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 monatlich einen Betrag von 125 Euro für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (§ 45b SGB XI) erhalten können. Nur wenige Anbieter sind in diesem Segment tätig.

6.7 Häusliches Pflegepotenzial – informelle Pflege

§ 3 SGB XI bestimmt, dass die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen soll, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

Die häusliche Pflege wird überwiegend von pflegenden Angehörigen erbracht. Sie sorgen sich um die Hilfe- / Pflegebedürftigen meist schon sehr früh, bevor es andere tun und auch dann noch, wenn das Hilfesystem (ambulante Dienste, komplementäre Leistungen) aktiviert ist. Sie tragen als Pflegepersonen maßgeblich dazu bei, den Verbleib von pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit stabilisierend zu ermöglichen. Dabei geraten sie in vielen Fällen an die Grenzen ihrer körperlichen, seelischen, organisatorischen und finanziellen Belastbarkeit.⁴⁸

⁴⁸ APG NRW Gesetzesbegründung

Bestand und Entwicklung:

Tabelle 34: Pflegesettings (vollstationär, ambulant, Pflegegeld)

Jahr	Pflege			Pflegegeld
	Insgesamt	vollstationär	ambulant	
2011	7.641	1.934	1.650	4.057
2013	7.797	1.989	1.698	4.110
2015	8.753	2.027	2.242	4.484

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

In Oberhausen wurden im Jahr 2015 insgesamt 76,8% der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit betreut (6.726 Personen) und 23% wurden vollstationär versorgt (2.027 Personen). Von den in der eigenen Häuslichkeit betreuten 6.726 Personen bezogen 66,7% Pflegegeld (§ 37 SGB XI).⁴⁹ Der Bezug von Pflegegeld (Angehörigenpflege) stellt seit Jahren das am häufigste genutzte Pflegesetting dar.

Bedarfsprognose:

Die weit überwiegende Zahl aller Menschen wünscht ihr Leben bis ins hohe Alter in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbringen. Mit diesem Wunsch ist die Hoffnung verbunden, sich Autonomie und Selbstbestimmung zu erhalten und ein hohes Maß an Kontinuität im Leben mit vertrauten Personen im Wohnumfeld bewahren zu können. Die starke Inanspruchnahme von „Pflegegeld“ – sogar noch in Pflegestufe 3 (vgl. Tabelle 11) – verdeutlicht dies. Es stellt sich die Frage, ob diese Vorstellungen auch zukünftig, bei sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen, durch ein entsprechendes pflegerisches „häusliches“ Angebot / familiäre Pflege realisiert werden können.

Die Pflege von Angehörigen im häuslichen Umfeld erfolgt überwiegend durch Frauen (Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter). Der demografische und soziale Wandel führt langfristig dazu, dass das Pflegepotenzial durch weibliche Angehörige abnimmt. Steigende Frauenerwerbstätigkeit, veränderte Familienstrukturen und die Zunahme von Singlehaushalten, welches kinderlose ältere Menschen bedeutet, führen zu einem Rückgang des sog. „informellen Pflegepotenzials“ (Pflege durch Angehörige), nicht nur durch weibliche Angehörige. Der Rückgang des informellen Pflegepotenzials bedeutet gleichzeitig eine steigende Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste sowie eine Zunahme der stationär versorgten Pflegebedürftigen, da weniger Angehörige eine familiäre Pflege aufrechterhalten können. Um einer solchen (möglichen) Entwicklung entgegenzuwirken, kommt z. B. ein Pflegesetting aus einer Kombination von Betreuungs- / Entlastungsangeboten mit ambulanten Diensten und unterstützender Tages- / Kurzzeitpflege, ergänzt um ehrenamtliche Begleitung, in Betracht.

Angehörige leisten einen sehr wichtigen Beitrag bei der Betreuung Pflegebedürftiger. Ihr Einsatz ist mit Mehrfachbelastungen und zeitlichen Beschränkungen verbunden, da die Angehörigen-Pflege oft neben einer (Teil-) Berufstätigkeit und der Versorgung der eigenen Familie erfolgt. Teilweise muss die Pflege kurzfristig und unvorbereitet aufgenommen

⁴⁹ Häusliche Pflege ist sichergestellt durch Angehörige oder ehrenamtlich tätige Person. Über die Verwendung des Pflegegeldes kann frei verfügt werden. (DeStatis)

werden. Kenntnisse über das Pflegeunterstützungssystem (Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tagespflege) sind kaum vorhanden, so dass die Grenzen der eigenen Belastbarkeit erreicht werden können. Zu begrüßen sind daher die von Oberhausener Krankenhäusern und Krankenkassen durchgeführten Informationsveranstaltungen und Schulungen für pflegende Angehörige, sowie das Beratungsangebot der Oberhausener Pflegeberatung. **Die Beratungs- und Qualifizierungsangebote für pflegende Angehörige sollten daher niedrigschwellig ausgebaut werden, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials und des häuslichen Pflegearrangements erreicht werden kann.**⁵⁰

6.8. Pflegeberatung

Nach den §§ 7a SGB XI, 6 APG NRW besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung. Im Rahmen der Pflegeberatung wird der individuelle Hilfebedarf systematisch erfasst und analysiert, entsprechende Versorgungspläne erstellt und auf deren Umsetzung hingewirkt. Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Versicherten sowie auch pflegenden Angehörigen und nahestehenden Personen eine individuelle Pflegeberatung anzubieten.

Weiterhin bietet die Stadt Oberhausen eine Pflegeberatung an. Die Pflegeberatungsstelle der Stadt Oberhausen leistet eine trägerunabhängige Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Sie können sich umfassend über das Leistungsspektrum aller Oberhausener Pflegedienste informieren lassen und Hilfestellung bei der Auswahl des für Sie in Frage kommenden Pflegedienstes erhalten. Alle Finanzierungsfragen, die im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege stehen, können hier ebenfalls geklärt werden.⁵¹ Bei den Beratungen wird der Fokus auf den Grundsatz der „ambulanten vor stationären“ Betreuung und den „Vorrang des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit“ gerichtet. Informationen können auch über den Internetauftritt der Pflegeberatung aufgerufen werden. Bei der Pflegeberatungsstelle ist der Informationsbedarf zum Thema „Demenz“ deutlich gestiegen. Eine Zunahme an Nachfragen zu Hilfeangeboten für Demenzerkrankte ist zu verzeichnen.

Seit Oktober 2014 bietet die Pflegeberatungsstelle zusätzlich eine mobile Pflegeberatung an bestimmten Standorten im Stadtgebiet an.

Weiterhin wurde eine niedrigschwellige muttersprachliche Beratung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund (pro wohnen e.V.) an bestimmten Wochentagen organisiert.

Zusätzlich bieten die Pflegekassen, die Sozialstationen der großen Träger, die ambulanten Dienste und die Sozialdienste der Krankenhäuser (zum Abschluss einer stationären Behandlung) eine Pflegeberatung an.

Der Pflegeberatung kommt eine große Bedeutung bei dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu. Durch eine entsprechende Aufklärung und Hinweise auf die im konkreten Einzelfall geeigneten und angemessenen Leistungen des Pflegeunterstützungssystems können passgenaue Lösungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen gefunden werden.

⁵⁰ Bertelsmann Stiftung, Themenreport – Pflege 2030

⁵¹ www.oberhausen.de „Pflegeberatung“

In Oberhausen ist der Seniorenwegweiser „Älter werden in Oberhausen“ verfügbar. Ein Wegweiser für ältere Menschen und ihre Angehörige.

Download Link:

https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen/material_pflege_in_oberhausen/aelter_werden_in_ob_2016.pdf

7. Wohnen im Alter

Die meisten Menschen wollen auch im höheren Alter, bei eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, ihr Leben weiter in der eigenen Wohnung, selbständig und selbstbestimmt, im vertrauten Wohnumfeld verbringen. Das Wohnen ist ein zentraler Baustein für die eigene Lebensqualität. Gerade für ältere Menschen wird die persönliche Wohnsituation wichtig, da sie sich mit zunehmender Einschränkung ihrer Beweglichkeit länger zuhause aufhalten. Viele Wohnungen sind jedoch baulich nicht altengerecht. Das kann es unmöglich machen weiter in der eigenen Wohnung zu bleiben. Ein Ziel des APG NRW ist daher ausdrücklich die Förderung neuer, alternativer Wohnformen, damit das Selbstbestimmungsrecht von älteren Menschen und pflegebedürftigen Menschen in jeder Lebensphase gesichert ist.

Bestand und Entwicklung:

Servicewohnen und Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen

Auf die Angebote wurde bereits in den Kapiteln 6.2 und 6.3 eingegangen.

Wohnungsumgestaltung

Die vorhandene Wohnung ist meistens nicht barrierefrei und es existieren Sturzgefahren. Abhängig von der Schwere und Ausgestaltung der Pflegebedürftigkeit kommt eine Anpassung der Wohnung an die veränderten Bedürfnisse in Betracht. Hierzu sind oftmals nur kleinere bauliche Maßnahmen notwendig, welche einen selbstständigen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen. Die Pflegekassen zahlen bei Vorliegen einer Pflegestufe einen Zuschuss zur Wohnumfeldverbesserung. Seitens der Pflegeberatung der Stadt Oberhausen wird für Bürger ab 65 das Angebot einer kostenlosen Wohnberatung vorgehalten.

Die Wohnberatung hat hierbei eine besondere Bedeutung für den älter werdenden Menschen. Mit zunehmendem Alter werden in der eigenen Wohnungen hauswirtschaftliche Tätigkeiten und der normale Alltag aufgrund körperlicher Einschränkungen (nachlassende Beweglichkeit, Behinderung) beschwerlicher. Gleichzeitig wird immer mehr Zeit in den eigenen vier Wänden verbracht, die Wohnung wird zum wichtigsten Lebensmittelpunkt. Hier kann durch den altersgerechten Umbau der Wohnung (bodengleicher Dusch-, Balkonzugang, ausreichende Türbreiten, ggfls. Rampenlösung Eingangsbereich) – zumindest barrierearm – ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht und eine

stationäre Versorgung hinausgezögert / verhindert werden. **Durch das Versorgungssetting „altersgerechter Wohnraum mit ggfls. ergänzenden Betreuungs- / ambulanten Pflegeleistungen“ ergeben sich erhebliche Kostenvorteile (Eigenanteil Pflegebedürftiger; Rückgriff Angehörige; Sozialhilfeträger „Hilfe zur Pflege“) im Vergleich zur Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung.** Zusätzlich wird dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach „Selbstständigkeit in den eigenen vier Wänden“ gefolgt.

In diesem Zusammenhang belegt eine Reihe von Studien den Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau auf die Vermeidung eines Heimeintritts. Sie sind vor allem für die Berechnung der fiskalischen Effekte altersgerechter Wohnungsanpassung von Bedeutung. Danach ließe sich über den altersgerechten Umbau der Wohnung im Mittel für 15 % der Pflegebedürftigen der Heimeintritt verhindern.⁵²

Es ist wünschenswert, dass große Wohnungsgesellschaften verstärkt Förderangebote bzw. günstige Darlehen für den Einbau von Aufzügen oder bauliche Anpassungen bei Schwerbehinderung - zur Herstellung einer barrierefreien Wohnung - nutzen würden. Der Gebäudebestand könnte so sukzessiv grundlegend neu strukturiert werden und würde eine selbständige Lebensführung im Alter in den eigenen vier Wänden - bei hoher Wohnqualität – unterstützen.⁵³ Weiterhin sollten Wohnungsbaugesellschaften über einen Umbau im Bestand nachdenken. Bei Freizug einer Wohnung könnte diese zumindest barrierearm umgebaut werden, so dass sukzessiv in einem Gebäudekomplex mehr geeignete Wohnungen für Senioren zur Verfügung stehen würden. Auch für Familien mit kleinen Kindern und Kinderwagen sind breitere Türöffnungen sowie ebenerdige Raumübergänge vorteilhaft.

Die KFW hat aktuell das Zuschussprogramm „Altersgerecht Umbauen – Investitionszuschuss“ (Nr. „455 Zuschuss“) neu aufgelegt. Alternativ kann das weiterbestehende Darlehnsprogramm "Altersgerecht Umbauen" (Nr. 159 "Kredit") in Anspruch genommen werden.

Die nachstehende Tabelle 35 verdeutlicht, dass der überwiegende Wohnungsanteil in Oberhausen in Gebäuden vor Baujahr 1969 / 1999 existiert. Neu gebaute Mietwohnungen mussten im öffentlich geförderten Wohnungsbau seit 1998 barrierefrei sein. Daher ist davon auszugehen, dass der Wohnungsbestand in Oberhausen überwiegend nicht barrierefrei und damit nicht für den Verbleib pflegebedürftiger älterer Menschen geeignet ist.

⁵² Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung 2014; Bundesinst. für Bau-, Stadt- und Raumforschung

⁵³ Zur grundsätzlichen Wohnsituation vgl. IfS „Wohnen in Oberhausen 2012“

Tabelle 35: Wohnraum - Baualtersklassen

Wohnungen in Gebäuden mit Wohnraum am 31.12.2014 nach Baualtersklassen und Sozialräumen				
Sozialraum	Wohneinheiten in Gebäuden der			Gesamt
	vor 1969	1970 bis 1999	ab 2000	
Oberh. Mitte	10.286	3.623	549	14.458
Oberh. Ost	14.649	3.964	1.012	19.625
Alstadt/Lirich	10.246	4.245	930	15.421
Sterkr.Mitte	16.418	6.591	1.586	24.595
Sterkr.Nord	7.326	7.356	1.755	16.437
Osterfeld	13.435	4.194	1.361	18.990
Gesamt	72.360	29.973	7.193	109.526

(Quelle: Bereich 4-5 / Statistik, Eigene Darstellung)

Neue Wohnformen

Das Liricher Mehrgenerationenhaus La Casa ist seit dem Jahr 2008 bezogen. „Ein generationsübergreifendes gemeinschaftliches Wohnen im Sinne einer großen Familie, die Nähe und Distanz zulässt, war der Leitgedanke des Projektes. Dementsprechend besteht die Zielgruppe aus Familien mit Kinder, Senioren / -innen und Alleinlebenden. Das Objekt besteht aus 20 Wohnungen, bis auf zwei sind alle behindertengerecht, in der Größe zwischen 36,36 m² - 93,38 m². Das Angebot konnte vom Löwenzahn e. V. in Verbindung mit der Altentagesstätte der Paulus-Kirchengemeinde organisiert werden

Bei dem Wohnmodell Rohlandshof handelt es sich um ein Projekt des Caritasverbandes Oberhausen e. V. mit den Bestandteilen von Wohngemeinschaft, normalen Wohnungen und Mehrgenerationenwohnen, welches im April 2008 fertig gestellt wurde. Das Angebot richtet sich an ältere und behinderte Menschen, die selbstbestimmt und eigenständig leben wollen. „Das Haus bietet 21 Appartements mit Wohngemeinschaftscharakter in drei Wohngruppen und 5 normale Wohnungen. Zu den Wohngruppen gehören Gemeinschaftsräume (Küche, Essen, Wohnen), die als Bereich für gemeinsame Aktivitäten zur Verfügung stehen.“⁵⁴

Seniorenwohnungen

„Die Seniorenwohnung ist die "Idealwohnung" für ältere Menschen. Größe und Ausstattung sind den Bedürfnissen älterer Menschen angepasst. Darüber hinaus gibt es in jeder Altenwohnanlage Betreuungspersonen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern im Bedarfsfall mit Rat und Tat zur Seite stehen, sofern dies gewünscht wird.“⁵⁵ Über den Internetauftritt der Pflegeberatung der Stadt Oberhausen wird eine aktuelle Liste der Seniorenwohnungen angeboten.

⁵⁴ Alten- und Pflegeplan 2009-2010

⁵⁵ www.oberhausen.de, „Seniorenwohnungen“

Liste der Seniorenwohnungen nach Straßennamen (Stand: 01.08.2018):

Anschrift der Wohnung/en PLZ Träger

Am Förderturm 6	46049	Arbeiterwohlfahrt
Beckerstr. 40/42	46047	Ev. Markus Kirchengemeinde
Behrensstr. 44	46049	Arbeiterwohlfahrt
Danziger Str. 9b	46045	Ev. Christus-Kirchengemeinde
Elly-Heuss-Knapp-Str. 7-44	46145	ASO
Erzberger Str. 36	46145	Wehle
Falkestr. 88	46145	Ev. Heimstättenverein
Friedenstr. 58	46045	Arbeiterwohlfahrt
Friedrich-Karl-Str. 127	46045	Sahle
Graudenzner Str. 1-10	46145	Wehle
Grenzstr. 30	46045	Deutsches Rotes Kreuz
Grillostr. 48-52	46045	Peach Property Group
Hagedornstr. 79	46149	Propstei St. Clemens
Hartmannstr. 81	46145	Propstei St. Clemens
Hasenstr. 19	46119	Propstei St. Pankratius
Hausmannsfeld 5-7	46047	Ev. Luther-Kirchengemeinde
Helmholtzstr. 145	46045	Ev. Heimstättenverein
Hönnestr. 1	46049	Arbeiterwohlfahrt
Josefstr. 36	46045	Gemeinde Herz Jesu
Julius-Brecht-Anger 33 u. a.	46147	Arbeiterwohlfahrt
Kaisersfeld 46	46047	Höltgen
Katharinenstr. 50	46049	Kath. Pfarrgemeinde St. Marien
Kewerstr. 54, 58, 74	46049	Plassmeier
Klörenstr. 12	46045	Gemeinde Herz Jesu
Knappenstr. 80	46047	Kath. Pfarrgemeinde St. Marien
Markusstr. 2	46149	Propstei St. Clemens
Matzenbergstr. 132-138	46145	Immobilienverwaltung Schlicht
Nürnberger Str. 54	46117	Propstei St. Pankratius
Parallelstr. 93/94	46049	Gemeindeverband der kath. Kirchengemeinden
Pothmannsweg 25	46047	Kath. Pfarrgemeinde St. Marien
Roncallistr. 33	46045	Kath. Pfarrgemeinde St. Marien
Schillerstr. 38	46047	Heimbau
Sprockstr. 33-37	46145	Propstei St. Clemens
Tannenbergsstr. 35-39	46045	Peach Property Group
Uhlandstr. 30	46047	Ev. Luther-Kirchengemeinde
Theresenstr. 9, 11-13	46049	Deutsches Rotes Kreuz
Vennepoth 42-50	46047	A. K. Hausverwaltung
Vestische Str. 114	46117	Propstei St. Pankratius
Zum Steigerhaus 4, 6	46117	Bangel Grundstücksgemeinschaft

Barrierefreie Wohnungen

In Oberhausen werden barrierefreie bzw. seniorengerechte Wohnungen von Bauunternehmungen / Projektentwicklern errichtet. Die Gebäude verfügen über einen Aufzug und die Wohnungen sind barrierefrei / behindertengerecht ausgestattet (Türbreiten, Dusche und Balkonzugang ohne Stufen). Oftmals sind die Wohnungen bereits vor Beginn der Bauarbeiten vermietet. Dies zeigt eindeutig den großen Nachfragebedarf nach dieser Wohnform. Der Verbleib in der Wohnung ist auch bei einer eintretenden Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit möglich, da ergänzende Leistungen je nach Bedarf über den Pflegemarkt genutzt werden können.

In Beratungsgesprächen der Fachverwaltung mit Investoren wurde deutlich, dass durch die Wohnbebauungsdichte in Oberhausen nur wenig geeignete Flächen für entsprechende barrierefreie Neubauten vorhanden sind. Umbauten im Bestand sind oft dadurch problematisch, dass baurechtlich je Wohnung der Nachweis eines PKW-Stellplatzes gefordert wird (1:1) und dafür keine ausreichende Fläche zur Verfügung steht. In einigen Kommunen NRW's wird baurechtlich nur eine geringere Quote gefordert, so dass z. B. nur für 3 Wohnungen gemeinsam ein Stellplatz nachzuweisen ist. **Eine baurechtliche Anpassung (Satzung) würde in Oberhausen zusätzliche Möglichkeiten für die Schaffung von seniorengerechten Wohnungen - auch im Innenstadtbereich von Alt-Oberhausen - eröffnen.**

Pro Wohnen internationales Wohnen in Oberhausen-Tackenberg

„Die Stadt Oberhausen konnte in Kooperation mit der WohnBund-Beratung NRW über das Bundesmodellprogramm ExWoSt- Experimenteller Wohnungs- und Städtebau“ ein Projekt für „familien- und altengerechtes Wohnen im Quartier“, das Projekt „Pro Wohnen - internationales Wohnen in Oberhausen-Tackenberg“ umsetzen. Eines der Projektmodule war der Aufbau einer niederschweligen Anlauf- und Beratungsstelle vor Ort. Hier bieten sich für die StadtteilbewohnerInnen Möglichkeiten, sich über vorhandene Informations- und Beratungsangebote wie z.B. rund um die Themen Wohnen, Gesundheit und Pflege zu informieren... Mit „Pro Wohnen - internationales Wohnen in Oberhausen-Tackenberg“ konnten barrierearme und bedarfsgerechte Wohnangebote für ältere MigrantInnen und PendlerInnen in einem altersgemischten kommunalen Wohnungsbestand aus den 90'er Jahren geschaffen werden.“⁵⁶

Bustouren „Wohnformen im Alter“

Das Büro für Chancengleichheit organisiert jährlich 2 Besichtigungstouren zu verschiedenen Wohnformen, damit interessierte Bürgerinnen und Bürger sich über Modelle für das Leben im Alter informieren und vor Ort besichtigen können.

Bedarfsprognose:

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vorhandene Wohnungsbestand in Oberhausen nur beschränkt barrierefrei bzw. barrierearm und damit seniorengerecht ist. Aufgrund der langfristig (Jahr 2030) abzusehenden Entwicklung einer alternden Stadtgesellschaft sollte hier zusätzlicher barrierefreier Wohnraum geschaffen werden. Dabei ist zu beachten, **dass aufgrund der drohenden „Altersarmut“ dringend preiswerter und bezahlbarer Wohnraum notwendig ist.**

Es sind differenzierte Wohnungsangebote im Bestand insbesondere für ältere und auch pflegebedürftige Menschen zu schaffen, damit diese langfristig in ihren Wohnungen und ihrem Wohnquartier wohnen bleiben und bei Bedarf auch ambulant gepflegt werden können. In diesem Sinne werden bauliche Maßnahmen zur Reduzierung von Barrieren im Wohnungsbestand in Mietwohnungen ebenso wie in Eigenheimen und Eigentumswohnungen notwendig. Für Wohnungsbaugesellschaften bietet sich so die Chance langjährige Mieter auch im höheren Alter in ihrem Mieterbestand zu halten. Die Anpassung des Wohnungsbestands an die demografisch bedingte Alterung der Bevölkerung

⁵⁶ www.oberhausen.de „Pro Wohnen“. PendlerInnen zwischen Heimat- und Aufenthaltsland.

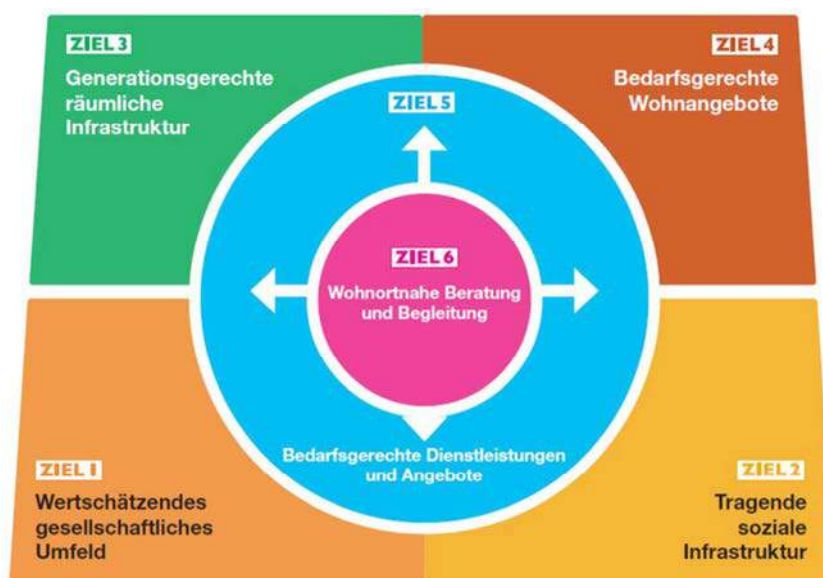
stellt die Wohnungswirtschaft sowie die Wohnungspolitik vor große Herausforderungen. In Gesprächen mit Investoren macht die Fachverwaltung auf diesen Bedarf aufmerksam.

Zur Erweiterung der Angebotspalette und zur Bewältigung der Herausforderung des demografischen Wandels bietet das Land neue innovative Förderangebote zur Errichtung von kleinen, ambulant betreuten, gemeinschaftlich orientierten, dezentralen und quartiersnahen Wohnungen zur Versorgung hilfsbedürftiger Menschen. Die Wohnungswirtschaft ist verstärkt auf diese Fördermöglichkeiten aufmerksam zu machen.

8. Altersgerechte Quartiersentwicklung

Die Planung hat gem. § 7 Abs. 1 APG NRW übergreifende Aspekte der Teilhabe, einer altengerechten Quartiersentwicklung zur Sicherung eines würdevollen, inklusiven und selbstbestimmten Lebens, bürgerschaftliches Engagement und das Gesundheitswesen einzubeziehen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat Empfehlungen für einer „altersgerechte Quartiersentwicklung“ formuliert:⁵⁷ „Quartierskonzepte zielen darauf, einen sozialen Nahraum, mit dem sich die Bewohner identifizieren, so zu gestalten, dass auch ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihrem vertrauten Wohnumfeld verbleiben können. Dafür versucht man, möglichst viele altersgerechte Wohnangebote sowie soziale Angebote und Unterstützungsangebote (Bausteine: Wohnen, Soziales, Hilfe und Pflege) kleinräumig in den Quartieren verfügbar zu machen. Die Planung und Steuerung von Leistungen und Angeboten der Kommune und anderer Akteure müssen die unterschiedlichen Strukturen von Quartieren berücksichtigen. Dabei sind die individuellen Ressourcen der dort lebenden Menschen, die nachbarschaftlichen Netzwerke und die sozialen Einrichtungen einzubinden und von den Kommunen zu nutzen.“⁵⁸ Nicht zuletzt steht ein sozialraumorientiertes Vorgehen mit dem Erfolgsfaktor des bürgerschaftlichen Engagements in einem engen Zusammenhang.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat die notwendigen sozialraumbezogenen Rahmenbedingungen bedarfsgerechter Quartiere über folgende Ziele beschrieben:



⁵⁷ KDA „Was sind altersgerechte Quartiersprojekte?“

⁵⁸ Vgl. auch <http://www.sozialraum.de> (Zugriff 02.12.2016).

Wohnen

Die Schaffung altersgerechter Wohnangebote im Quartier durch barrierefreie Neubaumaßnahmen oder barrierearme Wohnungsanpassung im Bestand sind zentrale Bausteine von Quartierskonzepten. Daneben gilt es das Wohnumfeld möglichst barrierearm zu gestalten und eine kleinräumig versorgende Infrastruktur im Wohnviertel zu erhalten. Für Zielgruppen, die im Alter in Gemeinschaft oder mit mehr Versorgungssicherheit leben wollen, sind besondere Wohnformen – wie gemeinschaftliches Wohnen oder Betreutes Wohnen – kleinteilig ins Quartier zu integrieren. Sie sollten durch eine bewusste Öffnung ins Quartier zur Quartiersentwicklung einen Beitrag leisten.

Soziales

Das Wohnen gilt es auf kleinräumiger Ebene mit sozialen Angeboten zu verbinden. Begegnungsräume und Freizeitmöglichkeiten sind in den Quartieren für Jung und Alt verfügbar zu machen, um den Austausch zwischen den Quartiersbewohnern zu ermöglichen. An Begegnungsräumen können ortsnahe und / oder zugehende Beratungsangebote angedockt werden, um Informationen kleinräumig verfügbar zu machen. Soziale Netze und lebendige Nachbarschaften sind zu stärken, um soziale Kontakte zu erhalten, Eigeninitiative zu stärken und gegenseitige Hilfe zu fördern. Sie sind eine wesentliche Grundlage, um zukünftig Hilfen durch bürgerschaftliches Engagement im Helfemix sicherstellen zu können.

Hilfe und Pflege

Quartiersprojekte müssen auch tragfähig sein für Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind. **Das umfasst zum einen Alltagshilfen** – wie hauswirtschaftliche Dienste, Fahr- und Begleitdienste, Reparatur- und Gartendienste – im Quartier verstärkt durch bürgerschaftliches Engagement verfügbar zu machen. **Zum anderen geht es um Pflegeleistungen, die in Quartiersprojekten dezentral, zugehend und kleinteilig organisiert werden.** Ziel ist auch rund-um-die-Uhr Pflegeangebote in den Quartieren zu sichern – z. B. durch ambulant betreute Pflegewohngruppen – und teilstationäre Versorgungsangebote wie Kurzzeit- und Tagespflege noch häuslicher zu organisieren. Stationäre Pflegeangebote sollen sich ins Quartier öffnen und werden Teil einer lokalen Verantwortungsgemeinschaft zur Sicherung der Quartiersversorgung. Erfreulich ist festzustellen, dass mehrere stationäre Pflegeeinrichtungen diesen Ansatz aufgegriffen haben und eigenes Personal für die Quartiersentwicklung einsetzen.

Förderprogramm - Entwicklung altengerechter Quartiere NRW

Der Bereich 0-4 / Büro für Chancengleichheit, Fachstelle Leben im Alter, hatte einen Antrag zum Förderprogramm „Entwicklung altengerechter Quartiere NRW“ gestellt.

Folgende Quartiere nehmen an diesem Programm teil:

Konzept der AWO Oberhausen für Königshardt/Schmachtendorf/Walsumermark:

„Nachbarschaft mit Anspruch und Verantwortung füreinander“

Das Projektgebiet um die Wohnanlage der AWO, des Hermann- und –Luise Albertz-Wohndorfes am Julius-Brecht-Anger und Umgebung wird in den nächsten Jahren eine attraktive Weiterentwicklung erfahren. Sie soll weit mehr als eine klassische

Wohneinrichtung werden. Neben den Modernisierungsmaßnahmen des Wohnungsbestandes bezüglich Barrierefreiheit und energetischer Maßnahmen sollen die Bewohner stark einbezogen werden. Auf der Grundlage eines intensiven gemeinsamen Wohnens von Menschen mit unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensorientierungen soll eine Entwicklung gefördert werden, die es den Menschen möglich macht, weitestgehend selbstbestimmt in einer „Nachbarschaft mit Anspruch und Verantwortung füreinander“, zu leben. Künftig sollen noch mehr Aktivitäten stattfinden und auch für die Nachbarn außerhalb des Wohndorfes geöffnet werden. Deshalb soll die Vernetzung der Wohnanlage mit Vereinen und Organisationen forciert werden. Es soll zu einem Dialog über das Zusammenleben einer solidarischen Gesellschaft kommen. Im Wohndorf soll ein lebendiges Miteinander und Füreinander initiiert werden. Gleichzeitig soll auch der Aufbau von wohnungs- und quartiersbezogenen Dienstleistungsangeboten intensiv vorangetrieben werden. Dazu soll die Vernetzung mit relevanten Einrichtungen, Vereinen und Organisationen ausgebaut und eine nachhaltige Zusammenarbeit strukturiert werden.

Konzept der Guten Hoffnung Leben für Sterkrade-Mitte:

LEO- Lebenswert Wohnen in Oberhausen

Das Projekt leistet über die Verzahnung von Politik, Sozial- und Gesundheitswesen einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung einer sozialgerechten und gesundheitsförderlichen Infrastruktur, zur Aufrechterhalten eines Generationenmixes und damit zur nachhaltigen Existenzsicherung politisch gewünschter Kommunal- und Gemeindestrukturen. Für die Bürgerinnen stellt das Konzept eine im Geh- und Komm-Modus agierende, personenzentrierte und lebensbegleitende Unterstützung vor Ort, die konkrete Bedarfe erfasst, die individuell notwendige Beratung und Unterstützung koordiniert, aktives Fallmanagement betreibt und den Zugang zu innovativen Servicetechnologien niedrigschwellig gestaltet, dar. Das Projekt basiert auf dem Aufbau eines nachhaltigen wirksamen Versorgungsnetzes für Menschen mit Hilfebedarfen unter besonderer Einbeziehung von ambulanten und stationären medizinischen, pflegerischen und sozialen Leistungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Therapie- und Hilfeangeboten der versorgenden Akteure sollen koordiniert werden. Dazu ist es erforderlich die Bedarfe im Quartier Sterkrade-Mitte konkret und unter Beteiligung der Menschen gemeinsam zu definieren. Entsprechend der Ergebnisse der Beteiligungsaktionen mit den relevanten Zielgruppen soll die soziale Infrastruktur vor Ort ausgebaut werden. Wohnortnahe Beratungs- und Begleitungsangebote sowie Stärkung vorhandener und Entwicklung von primärpräventiven Angeboten und Ressourcen sollen intensiviert werden. Die Entwicklung einer kommunalen sozialräumlichen Zielvision zur Lebensqualität bei Demenz sowie die Unterstützung eines bedarfsgerechten Wohnangebotes im Quartier sind ebenfalls Bestandteile des Konzeptes für das Quartier Sterkrade-Mitte. Die Realisierung der Konzepte erfolgt über Quartiersmanager*Innen, die vor Ort eingesetzt sind.

Konzept der Lebenshilfe Oberhausen e. V.:

Auszug Flyer „Wohnen im Pott – inklusives zuhause sein in Oberhausen-(Ost)“ -

„Die Bevölkerung in Oberhausen-Ost soll miteinander in Vielfalt leben und sich in den Nachbarschaften wohl fühlen. Jegliches „Anders-Sein“ soll als Bereicherung empfunden werden.

Ältere und alte Menschen sollen mit ihren Erfahrungen und Fähigkeiten, ihren Ressourcen und Möglichkeiten das Quartier bereichern. Die Bedürfnisse von Seniorinnen und Senioren

sollen zu einer wichtigen Grundlage des Zusammenlebens im Sozialraum werden. Ihnen soll ermöglicht werden, so lange wie möglich und wie sie es möchten in ihrem gewohnten Umfeld zu leben.

Es ist das Ziel der angedachten Quartiersmanagements, die Menschen im Sozialraum in den Bereichen Wohnen, Wohnumfeld (Umwelt/ Freizeit) und Ehrenamt zusammen zu bringen und so das gemeinsame Quartier erlebbar zu machen. Dabei soll es keine Angebote speziell nur für Seniorinnen und Senioren geben. Alle Angebote sind offen für die Menschen im Sozialraum. Allerdings sollen sie als Grundvoraussetzung durch die Deckung der Bedarfe die älteren und alten Menschen haben, geprägt sein.⁵⁹

DRK Oberhausen:

Weiterentwicklung der DRK Seniorenresidenz Grenzstraße zum Quartierszentrum in Oberhausen Alstaden „Leitsatz: Gemeinschaft begegnen, Zusammenleben und voneinander lernen“

„Demographischer Wandel, neue Lebensweisen, veränderte Infrastrukturen: Faktoren die neue Ideen, ein stärkeres Gemeinschaftsgefühl und Miteinander sowie Kooperationen und Partnerschaften erfordern. Diesen Herausforderungen stellt sich das DRK Oberhausen im Quartier Oberhausen-Alstaden.

Rund um die im Mai eröffnete DRK Seniorenresidenz auf der Grenzstraße erarbeitet Quartiersentwicklerin Vera Höger seit Anfang Juli Konzepte und gestaltet deren Umsetzung, um mit Menschen ins Gespräch zu kommen, sie miteinander zu vernetzen, vorhandene Netzwerke zu nutzen und neue Netzwerke zu erarbeiten.“⁶⁰

Büro für Chancengleichheit

Das Büro für Chancengleichheit hat in Kooperation mit _Wohnungsunternehmen das Oberhausener Modell entwickelt. Dabei geht es um den Umbau von barrierefreien Wohnungen im Bestand, gekoppelt mit Dienstleistungen, die das Wohnen komfortabler machen sollen. Durch neue Wohnformen wie Generationenwohnen, Wohn-, Hausgemeinschaften - in verschiedenen Stadtteilen soll der demografische Wandel berücksichtigt werden.

Der Rat der Stadt Oberhausen hat mit der Vorlage „Lokale Strategie zur Anwendung integrierter Handlungsansätze in der Quartiersentwicklung“ (A/15/2899-01, 15.07.2013) die Verwaltung beauftragt, qualifizierte Vorschläge für Projekte der Stadtteil- und Quartiersentwicklung modellhaft zu entwickeln.

„Hierbei sollen stadtteilrelevante Projekte mit Modellcharakter als wichtige Impulsgeber für ihr Quartiersumfeld vorgeschlagen und in ihrer Wirkung auf die Weiterentwicklung des Stadtteils und des Quartiers dargestellt werden. Um nachhaltige Wirkungen im Sinne eines verträglichen Nebeneinander von Wohnen, Freizeit, lokaler Ökonomie, Einzelhandel und Mobilität unter Berücksichtigung demographischer Aspekte zu erzielen, ist es sinnvoll, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Politikbereichen im Sinne integrierter Handlungsansätze zu gestalten und Wissen zu bündeln.“

⁵⁹ Zeitung der Lebenshilfe Oberhausen 1/2018

⁶⁰ <https://pflegeheime-oberhausen.de/informationen/aktuelles/>

Weiterhin wurde die WohnBund-Beratung NRW GmbH mit der Erstellung einer Studie „Wohn- und Versorgungsangebote für ältere Menschen in Oberhausen, Kleinräumige Bedarfs- und Handlungsanalyse“ (2008) beauftragt. Außerdem wurde das Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH, Berlin (IfS) beauftragt, ihr Gutachten „Wohnen in Oberhausen“ vom November 2006 fortzuschreiben. Mit dem Titel "Wohnen in Oberhausen 2012" liegt die aktuelle Fortschreibung vor (Vorlage M/15/2107-01, 20.06.2012): „Der Stadt Oberhausen stehen aktuell in diesem Handlungsfeld wenige Instrumente und relativ geringe Ressourcen zur Verfügung. Erhebliche Teile des Wohnungsmarktgeschehens werden hingegen durch allgemeine Rahmenbedingungen und Mechanismen des Marktes, durch Bundes- und Landespolitik sowie Entscheidungen der Immobilieneigentümer - seien es nun private Einzeleigentümer oder aber institutionalisierte Wohnungsunternehmen - ganz entscheidend bestimmt.“

Die Verschränkung der Planungs- und Steuerungsansätze zur städtebaulichen und sozialen Infrastrukturgestaltung sollte intensiviert werden. Daher ist die Einrichtung des neuen Fachbereiches "Quartiersplanung, Stadterneuerung" innerhalb des Bereiches 5-1/Stadtplanung zu begrüßen.

Um ein altengerechtes Quartier zu entwickeln sind viele Bereiche angesprochen, wie nachfolgende Grafik verdeutlicht:⁶¹



Ohne eine bürgernahe und übergreifende Verzahnung von vielfältigen Dienstleistungs-, Sozial- und Kulturangeboten sowie bezahlbarem Wohnraum, unter Einbindung und Beteiligung von Bürgern*Innen sowie zentralen Akteuren, kann kein altersgerechter Lebensraum „Quartier“ entstehen.

⁶¹ MGEPA NRW 2013

9. Seniorenpolitische Handlungsfelder (Kommunikation, Bildung, Kultur, Ehrenamt, Gesundheit, Sport, Sicherheit, Finanzen)

An dieser Stelle sollen nur skizzenhaft und beispielhaft einige seniorenpolitische Handlungsfelder dargestellt werden, welche Einfluss auf die Lebensqualität und die Lebensgestaltung älterer Menschen und damit Auswirkungen auf den übergreifenden Aspekt der Teilhabe an einem würdevollen, inklusiven, selbstbestimmten und aktiven Leben haben.

Kommunikation

Altentagesstätten und Altentreffs erfüllen eine wichtige Aufgabe für ältere Menschen in dieser Stadt. Sie bieten die Möglichkeit zur Begegnung, zur Freizeitgestaltung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Alle Stadtteile verfügen über Angebote. Es sind überwiegend die Kirchengemeinden, aber auch nichtkonfessionelle Träger, die Seniorentreffpunkte anbieten. Eine aktuelle Liste kann über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen aufgerufen werden:

https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/kulturelle_angebote/altentagesstaetten_seniorentreffs.php

Der überwiegende Teil der Altentagesstätten und -treffs öffnet nur einmal wöchentlich. Wenige Träger bieten mehrere Tage in der Woche an. Das Bürgerzentrum Alte Heid ist täglich in der Woche für ältere Bürger geöffnet. Hier gibt es Angebote von der Arbeiterwohlfahrt und der Stadt Oberhausen. In den Altentreffs geht es um geselliges Beisammensein, sich austauschen oder um sachbezogene Themen von Relevanz. Oft wird Karten gespielt, es gibt Handarbeits- und Bastelangebote sowie Singkreise und seltener gemeinsame Unternehmungen. Bei den Besuchern von Altentagesstätten und -treffs handelt sich in der Regel um Hochbetagte ab 80 Jahre. Die Frauen stellen den höchsten Anteil. Die überwiegende Anzahl der Seniorentreffs wird von Ehrenamtlichen geleitet und organisiert.⁶²

Teilweise berichten die Träger der Einrichtungen über eine sinkende Nachfrage bei den bisherigen „typischen“ Angeboten (s.o.) der Altentagesstätten. Die heutige Generation der Senioren ist gesünder und nimmt aktiver „Freizeitgestaltungsmöglichkeiten“ in der nachberuflichen Lebensphase wahr. Das „neue“ Altersbild der Rentner wird nicht durch die Attribute Lebensabend, Ruhestand und eine fürsorgende Betrachtung dominiert. Es werden vielmehr in einer Gesellschaft des langen Lebens Ansprüche nach einer aktiven Gestaltung des Alterns gestellt. Es geht um die Wahrnehmung von gemeinsamen Interessen (Ausflüge, Theater, Museum). In einer Befragung wurde deutlich, dass sich Senioren subjektiv erst mit ca. 75 Jahren „alt fühlen“.

Freizeitgestaltungsangebote für Senioren / Altentagesstätten werden sich der verändernden Nachfragesituation anpassen müssen.

Bildung

Die VHS Oberhausen bietet Kurse für Seniorinnen und Senioren an, die sich speziell mit altersbezogenen Themen befassen wollen, wie etwa dem (Un-)Ruhestand oder verschiedenen Möglichkeiten einer sinnvollen Lebensgestaltung von bürgerschaftlichem

⁶² Alten- und Pflegeplan 2009 - 2010

Engagement bis hin zu kommunalpolitischen Diskussionsrunden. Weiterhin wird aktuell eine Veranstaltungsreihe zum Thema „Demenz“ angeboten.

Die Katholischen Familienbildungsstätten und Bildungswerke Mülheim und Oberhausen sind in unserer Stadt wichtige Anbieter in der Erwachsenen- und Familienbildung (mittlerweile in einer Trägerschaft vereint). Dabei sind alle Generationen eingeladen, dem Motto „Lebenslanges Lernen – auch im Alter“ zu folgen. Viele Angebote richten sich speziell an Senioren und nehmen dabei Rücksicht auf den Bedarf, das Lerntempo oder die Lebenserfahrung der älteren Generation.

Die Stadtbücherei bietet die Möglichkeit, sich zu allen Themen zu informieren. Ein besonderes Angebot für ältere Menschen sind die augenfreundlichen Bücher mit GROSSDRUCKFORMAT. Außerdem steht eine große CD-Auswahl in den Bereichen Klassik, Jazz, Meditation und Unterhaltung zur Verfügung. Zusätzlich werden im Hörbuchbereich mehrere tausend Titel unterhaltsamer, spannender und literarisch anspruchsvoller Werke zum Hören angeboten.⁶³

Pro Wohnen International bietet Computerkurse für Senioren (Ü50) an.

Weiterhin sei auf die Oberhausener Senioren-Zeitung „silbergrau“ hingewiesen, die in Zusammenarbeit mit der Stadt Oberhausen herausgegeben wird und über seniorenrelevante Themen berichtet.

Kultur

Das Kulturministerium des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützt mit dem Förderfonds "Kultur & Alter" Projekte, die zeitgemäße und innovative Formen der Kulturarbeit mit älteren Menschen erproben. Zentrale Ziele sind die Stärkung der Kreativität und die Entwicklung der kulturellen Bildung älterer Menschen. Bewerbungsschluss für Projekte des Folgejahres ist der 21.09. des Vorjahres.⁶⁴ Bevorzugt gefördert werden Projekte mit besonderer künstlerisch-kultureller Qualität, die modellhafte und nachhaltige Formen und Formate der Kulturarbeit entwickeln. Aktivitäten Oberhausener Kulturschaffender in diesem Themenfeld sind wünschenswert.

Ehrenamt

Das Bundesministerium für Gesundheit⁶⁵ führt aus, dass bürgerschaftliches Engagement in der Pflege ein wichtiger Pfeiler in der pflegerischen Versorgung ist. Ziel ist es daher, engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Selbsthilfegruppen und -organisationen in vernetzte Versorgungsangebote einzubinden und durch Schulungen zu qualifizieren. Zudem können zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Dies dient der Förderung ehrenamtlichen Engagements, um die professionelle Versorgung Pflegebedürftiger zu unterstützen und zu ergänzen. Mit dem Inkrafttreten der

⁶³ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/kulturelle_angebote/freizeit_sonstiges.php

⁶⁴ <https://ibk-kubia.de/angebote/foerderprogramme/foerderfonds-kultur-und-alter/>

⁶⁵ www.bmg.bund.de/glossarbegriffe

Pflegestärkungsgesetze I und II haben sich hier neue Möglichkeiten über den monatlichen Entlastungsbetrag eröffnet.⁶⁶

Ehrenamtliche Besuchs- und Hilfsdienste können bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten eine wichtige Entlastung für pflegende Angehörige bedeuten und beratend und unterstützend tätig sein. Der verstärkte Ausbau ehrenamtlicher Strukturen zur Entlastung Pflegender durch wohnortnahe, nachbarschaftliche Selbsthilfe, ein pflegeflankierendes Ehrenamt, stellt einen wichtigen Baustein im niedrigschwelligen, pflegerischen Angebot dar (vgl. auch 7. Altenbericht).

In Betracht kommt z. B. als neues Projekt die Schulung von ehrenamtlichen Seniorenlotsen, welche eine zusätzliche niedrigschwellige Beratung in den Sozialräumen anbieten könnten.

In Oberhausen gibt es u. a. das Projekt „Jung trifft Alt“ des Elsa-Brändström-Gymnasiums. Schüler des Gymnasiums besuchen einmal im Monat das Altenheim Vincenzhaus und verbringen Zeit mit den Senioren. Derzeit sind es rund 30 Jugendliche die nach dem Unterricht knapp zwei Stunden mit den Bewohnern verbringen. Weiterhin gibt es den Besuchsdienst „Gesellschaft leben“, der ein auf ehrenamtliches Engagement gestützter Besuchsdienst für Menschen ist, die alleinlebend oder eingeschränkt mobil sind und deshalb am gesellschaftlichen Leben kaum noch teilnehmen können.

In Oberhausen wurde das Netzwerk „beo“ gegründet um das Ehrenamt und die Freiwilligenarbeit weiter zu fördern. Daher haben sich Vertreter aus unterschiedlichen Feldern bürgerschaftlichen Engagements in diesem Netzwerk zusammengefunden und erste Eckpunkte der Zusammenarbeit formuliert. Mit diesem Netzwerk und dem Büro für Chancengleichheit/Fachstelle bürgerschaftliches Engagement gibt es gute zentrale Stellen für die Koordination und den Ausbau von ehrenamtlicher Tätigkeit und bürgerschaftlichem Engagement.

Gesundheit

Auch wenn feststeht, dass alt an Jahren nicht gleichbedeutend mit Kranksein ist, nimmt die Wahrscheinlichkeit an Krankheiten zu leiden mit steigendem Alter, besonders bei Hochbetagten, zu. Hier stellt sich die Frage, ob die Verbesserung der Lebensqualität sowie der technisch-medizinische Fortschritt zu einer gesünderen Gesellschaft und besseren Gesundheit im hohen Alter führen und damit die durch Erhöhung der Lebenserwartung gewonnenen Jahre in Gesundheit verbracht werden (Annahmen der Trendvariante). Entsprechend würden die altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten in Zukunft sinken bzw. Pflegebedürftigkeit verspätet eintreten.

Nachgewiesen ist, dass gesundheitsrelevante Lebenslagen (Einflüsse sozialer Ungleichheit) und individuelle Lebensstile (Einflüsse durch individuelles Verhalten und Ressourcen) die Gesundheit im Alter beeinflussen, so dass sich die Frage nach „Prävention“ anschließt.⁶⁷ § 4 Abs. 2 APG NRW bietet einen Präventionsansatz, der auch (noch) eine Gesundheitsförderung im Pflegeheim ermöglicht. Damit können Menschen, die in einem Pflegeheim leben oder eine Einrichtung der Tagespflege besuchen, dort künftig gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch nehmen. Im Vordergrund steht die

⁶⁶ § 45 d SGB XI

⁶⁷ DeStatis, DZA, Robert-Koch-Institut, „Gesundheit und Krankheit im Alter“

gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern und ihre vorhandenen Kräfte zu stärken. **Die gesundheitliche Situation Pflegebedürftiger, z. B. bei einem Wechsel aus dem Krankenhaus in die häusliche oder stationäre Pflege, macht es notwendig den Blick auf die Übergängen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (medizinische, pflegerische und soziale Versorgung) zu richten, da besonders Hochaltrige auf ineinandergreifende, aufeinander abgestimmte Hilfesysteme angewiesen sind (Einführung Care Management).**

Die Gesundheitskonferenz der Stadt Oberhausen betrachtet auch die gesundheitliche Versorgungssituation älterer Menschen (Gesundheitsziel "Gesund älter werden").

„Der demografische Wandel in Deutschland wird nach übereinstimmender Meinung von Fachleuten das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung langfristig verändern und die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen stellen. Das Gesundheitsziel "Gesund älter werden" bietet konkrete Ansätze für die damit verbundenen Herausforderungen. Es benennt Teilziele und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie zu besonderen Aspekten für die Zielgruppe 65plus wie dem Thema Demenz.

Dies macht deutlich, dass Pflege ein ganzheitliches Pflegeverständnis einfordert, in dem im engeren Sinne pflegfachliche Verantwortungsbereiche und das Gelingen ganzheitlicher (gesundheitlicher) Versorgung unter einem umfassenden Pflegebegriff zusammengefasst werden. Durch eine Differenzierung in CURE und CARE sollen ein ganzheitliches Menschenbild und der Anspruch auf passfähige und koordinierte Unterstützung von auf PFLEGE angewiesenen Menschen nicht infrage gestellt werden. Als CURE werden alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation angeboten, geleistet und verantwortet werden. Zu CARE zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe.⁶⁸

Sport

Sport und Bewegung leisten auch im Alter einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität. Wissenschaftliche Studien, unter anderem eine Untersuchung des geriatrischen Zentrums in Ulm, die vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde, haben gezeigt, dass Senioren, die zweimal wöchentlich leichte Balance-, Kraft- und Ausdauerübungen ausführten, ihre körperliche Leistungsfähigkeit deutlich verbessern konnten. Die Zahl der sturzbedingten Unfälle nahm um mehr als 30 Prozent ab. Gehfähigkeit und Kraft wurden bei mehr als 80 Prozent der Teilnehmer verbessert. Viele Sportarten sind auch für ältere Menschen geeignet, teilweise gibt es besondere Sportangebote („Seniorensport“).

In Oberhausen ist die Anzahl der Personen in Sportvereinen ab 61 Jahre und älter von 8.642 im Jahr 2015 auf 8.769 im Jahr 2017 gestiegen.

⁶⁸ Strukturreform Pflege und Teilhabe - Hoberg, Klie, Künzel; Nov. 2013

Tabelle 36: Mitglieder in Sportvereinen - Altersgruppen

Mitglieder in Sportvereinen - Altersgruppen			
Jahr	insgesamt	41 - 60	ab 61 und älter
2015	43.012	10.365	8.642
2016	42.060	10.266	8.683
2017	40.963	9.783	8.769

(Quelle: Stadtsportbund Oberh. e.V.; Eigene Darstellung)

Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass ältere Menschen von regelmäßigen körperlichen Aktivitäten sowohl körperlich als auch geistig profitieren. Die damit verbundenen positiven Effekte für Herz- und Kreislauf sowie für die Durchblutung des Gehirns können sogar präventiv gegen die Entwicklung von Demenzen wirken oder doch zumindest deren Verlauf verzögern. Diese Erkenntnisse sind vor dem Hintergrund der wachsenden Zahl Demenzkranker von nicht zu unterschätzender Bedeutung.⁶⁹

Angebote und Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung können einen Beitrag zum gesunden Altern leisten. Ein körperlich aktiver Lebensstil wirkt biologischen Alterungsprozessen entgegen und trägt wesentlich zu einem gesunden Altern, zur Möglichkeit selbständiger Lebensführung und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bei. Regelmäßige Bewegung kann vor Stürzen schützen und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems erhalten. Denn Stürze und sturzbedingte Verletzungen sind immer noch die häufigste Ursache für Unterbringungen in Pflegeeinrichtungen.

Senioren sport stellt daher unter dem Gedanken der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und dem Präventionsgedanken ein wichtiges Betätigungsfeld in der Seniorenarbeit für Sportvereine, aber auch Wohlfahrtsverbände, Kommunen und andere in der Seniorenarbeit tätige Organisationen dar und sollte verstärkt ausgebaut werden.

Sicherheit

Die Polizei bietet einen besonderen Dienst zur Vorbeugung von Straftaten an. Eine kostenfreie Beratung – nicht nur – für ältere Menschen zeigt auf, wie vorbeugende Maßnahmen vor kriminellen Delikten schützen. Das gilt nicht nur für das Verhindern von Wohnungseinbrüchen, sondern auch für das allgemeine Verhalten, denn die Täter suchen Opfer und keine Gegner.

Die ehrenamtliche Seniorensicherheitsberatung⁷⁰ hat im März 2010 in Kooperation mit der Stadt Oberhausen, den Trägern der Freien Wohlfahrtsverbände, der Polizei Oberhausen und weiteren örtlichen Institutionen (z.B. Kirchen, Gewerkschaften usw.) ihre Arbeit aufgenommen. Das Projekt soll die Lebensqualität der Senioren in Oberhausen steigern. Die Seniorensicherheitsberatung ist als Vorbeugungsmaßnahme Teil eines gesellschaftlichen

⁶⁹ Kuratorium Deutsche Altershilfe

⁷⁰ <http://www.seniorensicherheitsberatung-oberhausen.de/index.html>

Gesamtkonzeptes zur Gefahrenabwehr. Auch Einzelgespräche werden auf Wunsch von Betroffenen in deren Wohnung geführt. Hier geht es um Sicherungsmaßnahmen für Haus oder Wohnung, vorbeugende Maßnahmen gegen Trickbetrug an der Wohnungstür und Einbrüche. Gegenwärtig sind über 20 Seniorensicherheitsberater in Oberhausen tätig.

Finanzen / Altersarmut

Die Zahl der von Armut bedrohten Personen ab 65-Jahre wächst seit Jahren kontinuierlich. Zu erwarten ist ein weiterer Anstieg des Altersarmutsrisikos innerhalb der nächsten zehn Jahre. Frauen, Alleinstehende, Geringqualifizierte und Menschen mit Migrationshintergrund sind besonders häufig von Altersarmut bedroht. Bei Frauen haben prekäre Beschäftigung und Erwerbslücken, wegen Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen, unmittelbare Auswirkungen auf die Alterssicherung. Die niedrige Rente stellt ein nüchternes Abbild der Erwerbsbiografie dar. In den letzten Jahren war ein kontinuierlicher Anstieg der Armutsgefährdungsquoten bei älteren Menschen zu verzeichnen. Wer arm ist, verliert in vielerlei Hinsicht an Lebensqualität. Menschen, die von Armut betroffen oder bedroht sind, sind häufiger krank, nehmen weniger am gesellschaftlichen Leben teil und haben eine geringere Lebenserwartung als Menschen aus wohlhabenden Haushalten. Für ältere Menschen ist es besonders schwierig, aus einer Armutslage herauszukommen. Sie haben nur wenige Möglichkeiten ihr Einkommen aufzubessern, und können so kaum noch am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilhaben.⁷¹

Ein Indikator für das Vorliegen von Altersarmut ist die Inanspruchnahme von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§ 41 SGB XII), welche eine bedürftigkeitsorientierte Sozialleistung zur Sicherstellung des notwendigen Lebensunterhalts darstellt.

Tabelle 37: Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Grundsicherung im Alter außerhalb von Einrichtungen -
Gesamtstadt . 65 Jahre und älter

Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
Jahr			
2014	617	1.107	1.724
2015	645	1.123	1.768
2016	675	1.094	1.769

(Quelle: Bereich 4-5 / Statistik, O.BIS, Eigene Darstellung)

In Oberhausen ist die Anzahl der Leistungsbezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung der Kohorte „65 Jahre und älter“ von 2014 bis 2016 leicht gestiegen. Einige Untersuchungen gehen zusätzlich von einer relativ hohen Dunkelziffer aus, denn es gibt Hinweise, dass nicht alle älteren Menschen ihren Anspruch auf Grundsicherung tatsächlich wahrnehmen, etwa aufgrund von Informationsdefiziten oder Stigmatisierungsängsten.⁷²

Die Leistungsbezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung der Kohorte „65 Jahre und älter“ verteilen sich auf folgende Sozialquartiere:

⁷¹ Bertelsmann Stiftung, „Analysen und Konzepte“ (4/2015)

⁷² Ebd.

Tabelle 38:

Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
71.01 Innenstadt	90	124	214
71.02 Marienviertel West	16	29	45
71.03 Styrum	28	60	88
72.01 Marienviertel Ost	13	25	38
72.02 Brücktorviertel	25	39	64
72.03 Bermensfeld	22	36	58
72.04 Schlad	28	38	66
72.05 Dümpten	19	46	65
72.06 Borbeck, Neue Mitte, Grafenbusch	9	13	22
73.01 Lirich	21	43	64
73.02 Bero-Zentrum / City West	46	83	129
73.03 Alstaden	34	68	102
74.01 Buschhausen, Biefang	27	53	80
74.02 Sterkrade Mitte	27	41	68
74.03 Alsfeld	25	50	75
74.04 Tackenberg West	22	33	55
74.05 Schwarze Heide	22	23	45
75.01 Holten, Barmingholten	17	23	40
75.02 Schmachtdorf	13	24	37
75.03 Walsumer Mark	11	15	26
75.04 Königshardt	14	22	36
76.01 Osterfeld Mitte, Vonderort	58	88	146
76.02 Vondern, Osterfeld Süd	10	15	25
76.03 Eisenheim, Heide	19	22	41
76.04 Rothebusch	5	13	18
76.05 Klosterhardt	9	14	23
76.06 Tackenberg Ost	16	19	35
Keine Angabe	29	35	64
Gesamt	675	1.094	1.769

Diese drei Quartiere mit den höchsten Fallzahlen werden auch im „Sozialbericht Oberhausen 2017“ ausgewiesen.

Sozialquartier	Innenstadt	Lirich-Süd	Tackenberg-Ost (MB2493)	Marienviertel-Ost	Osterfeld-Mitte/Vonderort	Sterkrade-Mitte (MB1904)	Brücktorviertel	Marienviertel-West	Rothebusch
Von Altersarmut betroffene Einwohner/-innen	++	++	+	+	++	+	++	+	-
Besonderheiten	Hohe Fluktuation	Familiengeprägt	Höchste Migrantenquote	Sehr heterogen	Viele Ältere, wenige Kinder	Viele Alleinerziehende	Viele Familien	Hoher Zuzug und viele Geburten	
Fokusgebiete	Gesamtes Sozialquartier	Wohnpark Bebelstraße	Südliche Wohngebiete	Zentrum	Gesamtes Sozialquartier	Südliche Wohngebiete	Nordöstliche Wohngebiete		

++ = stark überdurchschnittlich hoher Anteil; + = überdurchschnittlich hoher Anteil; o = durchschnittlicher Anteil; - = unterdurchschnittlicher Anteil
(Sozialbericht Oberhausen 2017, Tabelle 14; Eigene Darstellung)

In den drei Quartieren sollten Handlungsmaßnahmen gegen Altersarmut initiiert werden.

Die Bertelsmann Stiftung empfiehlt zum präventiven Umgang mit Altersarmut: „Kommunen sind immer stärker mit den Folgen von Altersarmut konfrontiert und haben verschiedene Möglichkeiten, die Lebenssituation armutsgefährdeter älterer Menschen vor Ort zu verbessern. So sorgt eine differenzierte kommunale Sozial- und Seniorenpolitik für verstärkte Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen, die von Armut betroffen oder bedroht sind. Ein wichtiger Schritt ist auch eine Städtebaupolitik, die sozialer Segregation entgegenwirkt und für soziale Durchmischung in den Quartieren sorgt, um der Verfestigung von Armut entgegenzuwirken. Besonders in Großstädten ist seniorengerechter und bezahlbarer Wohnraum notwendig. Eine gute gesundheitliche Versorgung und Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe müssen vor Ort bedarfsgerecht gestaltet werden und können dazu beitragen, Altersarmut vorzubeugen bzw. die negativen Folgen von Altersarmut zu reduzieren.“

Das persönliche Einkommen stellt eine wichtige Ressource für den Fall des Eintritts von Hilfe- und späterer Pflegebedürftigkeit dar. Ohne ausreichendes Einkommen können z. B. keine unterstützenden komplementären ambulanten Dienste bezahlt werden, so dass die Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit sinken. Der Sozialhilfeträger wird bei Bedürftigkeit finanziell eine pflegerische Unterstützungsleistung gewähren müssen, so dass eine pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit eintritt.

10. Digitalisierung in der Pflege

Die Digitalisierung, der Einsatz von Technik, hat in vielen Lebensbereichen Einzug gehalten. Auch in der Pflege findet eine Digitalisierung statt. Die Digitalisierung in der Pflege eröffnet neue und zusätzliche (Unterstützungs-)Möglichkeiten für eine alternde Bevölkerung. Sie kann bei den Herausforderungen des Alltags helfen, Sicherheit geben und eine selbstständige Lebensqualität im Alter erhalten bzw. unterstützen sowie einen längeres, selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Technikeinsatz kann älteren oder pflegebedürftigen Menschen das Leben erleichtern. Der Einsatz von digitaler Technik soll hierbei nicht die menschliche Beziehung „Pfleger – Pflegebedürftiger“ ersetzen, sondern zusätzliche Freiräume / Zeitfenster für eine persönliche Unterstützung schaffen.

Mit der „konzertierten Aktion Pflege“ der drei Bundesministerien für Gesundheit (BMG), für Familie sowie für Arbeit und Soziales hat die Bundesregierung ein Maßnahmenpaket zur Beseitigung des drohenden Pflegenotstands auf den Weg gebracht. Es wurden fünf Arbeitsgruppen mit der Entwicklung konkreter Maßnahmen beauftragt. Eine Arbeitsgruppe wurde zu dem Thema "Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung" eingerichtet.

Weiterhin hat die Bundesregierung die Achte Altersberichtscommission mit dem Schwerpunktthema: „Ältere Menschen und Digitalisierung“ beauftragt. Bundessenienministerin Giffey betonte: „Ich bin überzeugt, dass in der Digitalisierung viele Chancen auch für ein gutes Älterwerden stecken: mehr Sicherheit, mehr Lebensqualität, mehr Kontakte und auch mehr Möglichkeiten, trotz Beeinträchtigungen mitten im Leben zu bleiben. Aber wie kann das ganz konkret gelingen? Und was muss die Politik dafür tun? Auf diese Fragen werden uns die Expertinnen und Experten der Achten Altersberichtscommission Antworten liefern.“

Die möglichen Einsatzfelder digitaler Technik in der Pflege⁷³ können wie folgt skizziert werden:

a) Bewohner- und patientenbezogen: Intelligentes Heim

Technologische und digitale Hilfen kommen bereits in großer Zahl zum Einsatz in der häuslichen Pflege sowie auch in Pflegeheimen: Sensormatten, Rufanlagen, Bewegungsmelder, Erstellung von Bewegungsprofilen, künstliche Tiere, chipgesteuertes Öffnen und Schließen von Türen, vielfältige Technik im Bereich der Demenz (z.B. freiwillige Anwendung von GPS-überwachten Aufenthaltsbereichen in Stadtteilen, aber auch Wohnanlagen, Webcam in Wohnungen für Angehörige), Videokonferenzen (Skype und Facetime), Trinkroboter, Anti-Dekubitus-Betten, Pflegeroboter, etc.

b) Mitarbeiterbezogen: Pflegeplanung und -dokumentation

Bereits weit verbreitete Praxis ist der Einsatz digitaler Medien und Software im Bereich der Anamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführung und Pflegedokumentation, Erfassung von Risikofaktoren.

c) Einsatz von digitaler Technik in Kontexten der Pflege

Zu erheblichen Veränderungen der konkreten Praxis führt der Einsatz digitaler Technik in der Hauswirtschaft: Software für das Küchenmanagement, Warenwirtschaftsprogramme, Bestellsoftware.

d) Einsatz von digitaler Technik in Leitung und Verwaltung

Viele Kernprozesse im Bereich der Verwaltung werden inzwischen digital unterstützt und gesteuert. Dies betrifft insbesondere die Bereiche der Kommunikation (E-mail, Videokonferenzen, Chats, Wissensmanagementsprogramme), der Abrechnung (Leistungsabrechnung, Finanzbuchhaltung), der Datenverwaltung (Patientenverwaltung, Personalverwaltung) und der generellen Datenerfassung (Statistik, Benchmark, Auswertungen). Viele statistische Angaben sind in Bund- und Landesgesetzen geregelt und erforderlich.

In der Sitzung der „Kommunalen Konferenz Alter und Pflege“ am 27.02.2018 wurde das Thema „Digitalisierung in der Pflege“ mit den Mitgliedern des Gremiums nach einem Impulsreferat erörtert. Die Mitglieder äußerten einstimmig weiteren Informationsbedarf, so dass eine Halbtagesveranstaltung zu dem Thema geplant ist.

Erfreulich ist festzustellen, dass einige stationäre Pflegeeinrichtungen in Oberhausen bereits an dem Förderprogramm „Sensoren statt Pflegeheim“ teilnehmen. Hier geht es um die Einbindung von Technikunterstützung in den Pflegealltag. In einem weiteren Projekt sollen „Caremanagementlösungen“ (Krankenhaus Entlassungsmanagement) erprobt werden.

⁷³ Einsatz von digitaler Technik in der Pflege – Unterstützung oder Entfremdung?“, Dr. Alfons Maurer, Paul-Keppler-Stiftung

11. Bürgerbeteiligung

Die „örtliche Planung der Stadt Oberhausen gem. § 7 APG RW – 01.01.2016 bis 31.12.2020“ wurde in drei Veranstaltungen in den Stadtgebieten Alt-Oberhausen, Osterfeld und Sterkrade mit den BürgernInnen erörtert. Im Format des World Cafés wurden die Teilnehmer zu drei Themengebieten befragt:

Themeninsel 1: Gesundheit und Pflege:

Hauptfragen zur Themeninsel

- Fühlen Sie sich bei gesundheitlichen Problemen im Quartier gut versorgt (finden Sie den richtigen Arzt)?
- Wer unterstützt Sie bei Pflegebedürftigkeit?
- Haben Sie schon (welche) Erfahrungen mit Pflegediensten?

Bezugsfrage

- Können Sie sich vorstellen in Zukunft bei Unterstützungsbedarf auch moderne Versorgungsformen (Moderator nennt Beispiele) in Anspruch zu nehmen?
- Welche Versorgung kommt demnächst (in den nächsten 12 Monaten) auf Sie zu?
- Welche Betreuung wünschen Sie sich im Krankheits-und / oder Pflegefall?
- Was kommt für Sie überhaupt nicht in Frage?

Themeninsel 2: Wohnen

Hauptfragen zur Themeninsel

- Welche Dinge sind Ihnen für das Wohnumfeld besonders wichtig?
- Ist ihre Wohnung bereits jetzt schon für das Wohnen im Alter ausgerichtet?
- Was ist für Sie wichtig, wenn Sie einmal nicht mehr allein leben können?

Bezugsfrage

- Wie möchten Sie in Zukunft wohnen
- Wie bewerten Sie die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr?
- Wie wichtig ist ihnen die Barrierefreiheit des Wohnumfelds
- Welche konkreten Beratungsangebote vermissen Sie/ würden Sie sich wünschen?

Themeninsel 3: Soziale Kontakte und Familie

Hauptfragen zur Themeninsel

- Wie bewerten Sie ihre direkten nachbarschaftlichen Kontakte?
- Welche Bedeutung haben für Sie die Kontakte zu ihren Angehörigen?

- Nutzen Sie Angebote (soziale/kulturelle) von Wohlfahrtsorganisationen (Moderator erklärt was damit gemeint ist) wie/welche (Aufzählen...)?

Bezugsfragen

- Erfahren Sie Unterstützung von ihren Kindern, Enkelkindern, anderen (welche nachfragen, wenn genannt)?
- Haben Sie schon einmal eine Unterstützungsleistung durch ihre Nachbarn erfahren?
- Welche Gemeinwesenarbeit/ Quartiersarbeit könnte soziale Kontakte erleichtern?
- Welche Stadtteilbezogene Aktivitäten könnten aus ihrer Sicht soziale Kontakte begünstigen?

An den Veranstaltungen haben insgesamt 84 Personen teilgenommen, so dass aus der Auswertung zu den zentralen Fragestellungen zumindest „Trendaussagen“ abgeleitet werden können, welche in die Alten- und Pflege- sowie Maßnahmenplanung einfließen.

Skizzierung der Auswertungsergebnisse:

Gesundheit / Pflege (Sorge und pflegerische Unterstützung)

- Wie fühlen Sie sich bei gesundheitlichen Problemen im Quartier versorgt?
- Wie stellen Sie sich Ihre künftige Versorgung vor?
- Wer unterstützt Sie auf welche Art bei Pflegebedürftigkeit?
 - Patientennahe haus- und fachärztliche Versorgung (Geriatric)
 - Personenorientierte, lebenslagen-, kulturspezifische Ansprache
 - Hilfe-Mix (familiär, nachbarschaftlich, professionell, freiwillig, Technik)
 - Wohnortnahe Beratung / Case und Care-Management
 - Selbständig in den eigenen 4 Wänden / Seniorenwohnung
ggfls. unterstützende (auch Technik-) Dienstleistungen
 - Bezahlbare Pflege (Altersarmut)
 - Partner
 - Angehörige (Entfernung)
 - Pflegedienste (Personal Zeitdruck)

Gesundheit / Pflege (Sorge und pflegerische Unterstützung)

- Was läuft schon gut in Oberhausen?
- Was läuft noch nicht so gut in Oberhausen?
- Was wünschen Sie sich?
 - Gute pflegerische Infrastruktur (amb., stat., Hospiz, Demenz, Beratung)
 - Gute Erreichbarkeiten im Stadtteil (kurze Wege)
 - Zunehmende Bürgerbeteiligung
 - Informationsmaterial Aktualität, Verteilerkreis verbessern
 - Preiswerte, altengerechte Wohnungen fehlen
 - Mehr Wohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser
 - Niedrigschwellige Beratung anbieten, Ideengeber
 - Einfache Hilfen bei Überforderung

Wohnen (alter(n)sgerechtes Umfeld)

- Welche Dinge sind Ihnen für das Wohnumfeld besonders wichtig?
- Ist Ihre Wohnung bereits jetzt schon für das Wohnen im Alter ausgerichtet?
- Was ist für Sie wichtig, wenn Sie einmal nicht mehr allein leben können?
 - Selbständig wohnen ggfls. mit (techn.) Hilfsmitteln (Aufzug, Treppenlift)
 - Sitzmöglichkeiten / Bänke in der Stadt
 - Kurze Wege (Arzt, Einkauf, Beratung)
 - Nachbarschaft (stärken)
 - Barrierefreie, - arme Wohnung (Türbreite, Sanitär, Haltegriffe)
 - Bezahlbare Hilfen, Pflege, Betreuung
 - Verbleib in der Wohnung mit Unterstützung (Nachbarn, Technik, Service)
 - Wohngemeinschaften
 - ÖPNV kurze Wege

Wohnen (alternsgerechtes Umfeld)

- Was läuft schon gut in Oberhausen?
- Was läuft noch nicht so gut in Oberhausen?
- Was wünschen Sie sich?
 - Gute Infrastruktur (Pflegedienste, -heime, Palliativ-, Demenznetzwerk, Parkanlagen, ÖPNV, Lieferung Lebensmittel)
 - ÖPNV in Randlagen zu weite Wege, Taktung zu selten
 - Infos zu Angeboten altengerechter (bezahlbarer) Wohnungen, WG's
 - Öffentliche Sitzmöglichkeiten / Toiletten fehlen
 - Schlechte Einkaufsmöglichkeiten im Quartier
 - Barrierefreie Straßen, behindertengerechte Zugänge
 - Bürgerbus (Ost – West Achse)
 - Hilfsdienste (Einkauf, Alltagsbegleiter, -berater)
 - Informationszugang erleichtern

Soziale Kontakte / Familie (informelles Hilfesystem)

- Welche Bedeutung haben für Sie die Kontakte zu Ihren Angehörigen (Kinder, Enkel)?
- Welche direkten nachbarschaftlichen Kontakte sind Ihnen wichtig?
- Welche Angebote (soziale/kulturelle) von Wohlfahrtsorganisationen nutzen Sie?
 - Angehörige helfen (wichtig) aber wohnen oft nicht vor Ort / kinderlos
 - Funktionierende Nachbarschaft nicht immer gegeben / problematisch (abhängig von der „gewachsenen“ Wohnlage)
 - Angebote Caritas, Café, Kirchen, VdK - aber wenig bekannt / berechtigt?

Soziale Kontakte / Familie (informelles Hilfesystem)

- Was läuft schon gut in Oberhausen?
- Was läuft noch nicht so gut in Oberhausen?
- Was wünschen Sie sich?
 - Bürgerbeteiligung, Bürger werden gefragt
 - Beratungsangebote (Bürgerbüros, Selbsthilfegruppen, Netzwerk Demenz)
 - Stadtteilzeitung, Seniorenbörse, VHS
 - (Reha) Sport Angebot
 - Kurzzeitpflegeangebot
 - Stadt ist nicht sauber, Wege nicht barrierefrei
 - ÖPNV Probleme (Randgebiete, Bus Rampe absenken, zu teuer)
 - Klare, schnelle Informationen: Wer hilft bei welchem Problem?
 - Kostenlose Freizeit-, Kulturangebote, Generationentreff

12. Gesamtbetrachtung und Handlungsempfehlungen

Nach § 7 Abs. 6 APG NRW kann eine Bedarfsdeckung durch das pflegerische Angebot angenommen werden, wenn einer zu erwartenden Nachfrage nach den jeweiligen Pflege- und Betreuungsangeboten ein mindestens deckungsgleiches Angebot gegenübersteht und auch Wahlmöglichkeiten in angemessenem Umfang gesichert sind. Die Bestandsaufnahme und Bedarfsprognose im Rahmen der örtlichen Planung wurden für den Zeitraum bis zum 31.12.2022 durchgeführt (vgl. Kapitel 5 und 6), so dass allgemeine Handlungsempfehlungen formuliert werden, welche in einem nächsten Schritt - in einem gemeinsamen Prozess und in Abstimmungsgesprächen mit den zu beteiligenden Akteuren - in eine Maßnahmeplanung zu überführen sind. **Die Sicherung guter Pflege vor Ort, der Ausbau von Beratungs-, Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen sowie die Stärkung der Infrastruktur zur Unterstützung für pflegende Angehörige sind hierbei übergeordnete Ziele.**

Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit:

Bei der Ausgestaltung der Pflege – nicht nur in den stationären Einrichtungen – sind die Ansprüche bestimmter Zielgruppen und besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen.

Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass der Frauenanteil und der Anteil der Nichtdeutschen bei den Pflegebedürftigen mittelfristig (ab dem Jahr 2025) steigen werden, so dass genderspezifische und kulturspezifische Aspekte (Religion, Ernährung, Sprache) beachtet werden müssen. Hierzu sollte diese Thematik bereits jetzt in Arbeitskreisen aufgearbeitet und konkrete Empfehlungen zur Ausgestaltung der Pflege (Pflegekonzeption, -inhalte) ausgesprochen werden.

Die Akteure in der Pflege sollten sich mit den Aspekten der gender- bzw. kultursensiblen Pflege auseinandersetzen, damit rechtzeitig entsprechende Strukturen und Angebote eingerichtet werden können.

Der AK Interkulturelle Öffnung der Pflege wurde zu Beginn des Jahres 2016 gegründet und arbeitet diese Thematik auf.

Die vorhandenen Fallzahlen und die zu erwartende Entwicklung bei Demenzkranken, Jungen Pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Behinderten sprechen bereits jetzt für eine Ausweitung des in Oberhausen vorhandenen pflegerischen Angebotes.

Hier sind in Beratungsgesprächen durch die Fachverwaltung die Betreiber von Einrichtungen und Investoren aufzuklären, damit auf dem freien Pflegemarkt mehr Plätze geschaffen werden. Zusätzlich sollte zum Thema Demenz ein grundsätzlich besseres Bewusstsein und Verständnis in der Öffentlichkeit erreicht werden. In diesem Themenfeld ist das Netzwerk Demenz mit über 100 Akteuren aktiv.

Hierzu kommen u. a. in Betracht:

- Informationsveranstaltungen (auch) an Kindergärten und Schulen⁷⁴
- Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit von Demenz Initiativen
- Schulung zentraler Akteure

Der Blick auf gleichgeschlechtliche Lebensweisen ist in der Pflege nach relativ neu. Im Rahmen der Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechtes von älteren, pflegebedürftigen Menschen und der sexuellen Orientierung sind hier ebenfalls Maßnahmen zur Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit notwendig.⁷⁵

Weiterhin sind die Akteure in der Pflege- / Altenarbeit entsprechend einzubinden und fortzubilden. Das Unterstützungsangebot von Rubicon e. V. (vgl. Kapitel 5.1) sollte angenommen werden. Erste Gespräche wurden über das Büro für Chancengleichheit initiiert.

Zur Sicherstellung einer qualifizierten pflegerischen Versorgung ist ausreichendes Pflegefachpersonal notwendig (Fachkräftemangel). Pflegeeinrichtungen wie Altenheime,

⁷⁴ www.demenz-service-muensterland.de/kidzeIn.html

⁷⁵ § 1 Abs. 2, § 2 Abs. 1 APG NRW

ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser sind akut vom Fachkräfte- und Nachwuchsmangel betroffen.

Der demografische Wandel wird den Fachkräftemangel noch stärker ausweiten. Der Ansatz der Oberhausener „Initiative Pflegeberufe Oberhausen“ (IPO) sollte daher besonders unterstützt und erweitert werden. In Betracht kommt z. B. eine (noch) engere Kooperation mit der Agentur für Arbeit ggfls. auch gemeinsame Presseaktionen (vgl. Kapitel 6.1)

Pflegerische Infrastruktur:

Hinsichtlich der stationären Versorgung Pflegebedürftiger besteht grundsätzlich kein Handlungsbedarf, da die Anzahl der angebotenen stationären Pflegeplätze den Bedarf bis 2022 deckt.

Die Verteilung der stationären Einrichtungen im Oberhausener Stadtgebiet deckt alle Sozialräume ab. Die Auswirkungen der ab 01.08.2018 einzuhaltenden Einzelzimmer-Quote von 80% wurden z. B. durch Ersatzneubauten und neue Einrichtungen kompensiert.

Bei der Betreuung durch ambulante Dienste handelt es sich um ein Angebot des freien Pflegemarktes, welches sich durch Angebot und Nachfrage regelt. Aufgrund der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 01.01.2017 durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ist von einer steigenden Nachfrage nach ambulanten Diensten auszugehen. Die von IT.NRW angenommene Stagnation der Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2025 sollte nach „oben korrigiert“ werden, da bei den Prognosen von IT.NRW das PSG II noch nicht berücksichtigt werden konnte. Durch das PSG II sind auch zusätzliche Grundleistungen im Bereich der ambulanten Pflege vorgesehen, so dass zu erwarten ist, dass die Anzahl der in der eigenen Häuslichkeit (Wohnung, Seniorenwohnung, Wohngemeinschaft) ambulant zu betreuenden Pflegebedürftigen absolut weiter steigen wird (vgl. Kap. 6.4). Besonders im (neuen) Pflegegrad 1 sind erhebliche Zuwächse zu erwarten.

Bis ins Jahr 2020 ist daher (zumindest) von einer moderaten Zunahme der Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen auszugehen, welche dann bis ins Jahr 2025 stagniert (Effekte durch das PSG II lassen nach), um dann ab dem Jahr 2025 aufgrund demografischer Daten (geburtenstarke Jahrgänge rücken nach) wieder stärker anzusteigen.

Zu dem Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen können mangels geeigneter Daten (z. B. Tagesbelegungszahlen) keine belastbaren Aussagen abgegeben werden. Erfahrungswerte und die Nachfrage (teilweise saisonal, Urlaubszeiten) sprechen für einen zusätzlichen Bedarf. 158 Kurzzeitpflegeplätze werden in Oberhausen als eingestreute Plätze angeboten (hier ist eine erfreuliche Steigerung eingetreten), es gibt zusätzlich nur 14 solitäre Plätze. Es stellt sich weiterhin die Frage, ob sich die pflegerische Versorgung in der Kurzzeitpflege durch eingestreute Plätze von der Versorgung durch solitäre Plätze qualitativ unterscheidet.

Über den Prognosezeitraum der örtlichen Planung bis 31.12.2022 hinaus (Jahr 2025) ist aufgrund der demografischen Entwicklung ein Ausbau der Kurzzeitpflege angezeigt, damit die steigende Zahl Hochaltriger bei Versorgungsengpässen und zur Entlastung der Angehörigen angemessen betreut werden kann (vgl. Kapitel 6.1).

Für die Leistungsanbieter stellen solitäre Kurzzeitpflegeplätze ein wirtschaftliches Risiko dar, so dass überwiegend „freie Betten“ für die eingestreute Kurzzeitpflege genutzt werden. Die Fluktuation der Gäste und der ständige Wechsel in der Belegung führen bei den Einrichtungen zu einem erhöhten Aufwand, Auslastungsschwankungen und einer Überleitungsproblematik bei kurzfristigen Aufnahmen. Die Entlastungsfunktion der Kurzzeitpflege für die Angehörigen stellt eine wichtige Unterstützung dar. Die Ausrichtung der Kurzzeitpflege unterscheidet sich von einer stationären Unterbringung, da die Kurzzeitpflege grundsätzlich eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorsieht. Während einer Kurzzeitpflege kann z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt geprüft werden, welche pflegerische Versorgung zu Hause eingerichtet oder bauliche Anpassung durchgeführt werden muss, damit ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglich ist. Der Pflegebedürftige kann sich während der professionellen Betreuung in der Kurzzeitpflege erholen und durch aktivierende, mobilisierende Maßnahmen seine eigenen (körperlichen, geistigen) Ressourcen stärken. Die Kurzzeitpflege kann daher einen wichtigen Beitrag zur Fortführung einer ambulanten Betreuung leisten.

Zur optimalen Nutzung des Potenzials der Kurzzeitpflege und der Realisierung des gesetzlichen Grundsatzes „ambulanter vor stationärer“ Pflege, sollte die Kurzzeitpflege konsequent als rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege ausgestaltet werden.

Diese wichtige Funktion der Kurzzeitpflege sollte gestärkt werden. Das Angebot und die Voraussetzungen der Inanspruchnahme – auch in der Kombination mit Verhinderungspflege⁷⁶ - sollte pflegenden Angehörigen durch Pflegeberatung und durch Öffentlichkeitsarbeit besser bekannt gemacht und die Möglichkeiten noch mehr in den Vordergrund gerückt werden. Die Arbeit der Kurzzeitpflegeeinrichtungen könnte ggfls. durch ein optimiertes und standardisiertes Überleitungsmanagement / Caremanagement (Krankenhaus; Abstimmungen mit Hausärzten, erforderliche Medikamente, Pflegehilfsmittel; ambulante Hospize) erleichtert werden. Hierzu müssen in Gesprächen mit den Akteuren zusätzliche Möglichkeiten geprüft werden..

In der Tagespflege besteht in Oberhausen zusätzlicher Bedarf, der durch die hohen Auslastungszahlen (Stand: 31.12.2015 - vgl. Tabelle 30) verdeutlicht wird. Es ist daher zu begrüßen, dass seit Ende 2016 die Anzahl der Tagespflegeplätze von 102 auf 165 erhöht werden konnte.

Aktuell führt die Fachverwaltung Beratungsgespräche mit potenziellen Betreibern, so dass bis Ende 2018 / Anfang 2019 ggfls. ca. 40 weitere Tagespflegeplätze entstehen können. Diese Entwicklung ist ausdrücklich zu begrüßen, da die Tagespflege eine wichtige Entlastung für pflegende Angehörige bedeutet und dem zu Pflegenden einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Auch hier sollte das Angebot der Tagespflege stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden. Die Tagespflegeeinrichtungen sind dazu aufgerufen, ein bedarfsgerechtes Angebot im Bereich der Tagespflege einzurichten, das auch zielgruppenrelevante Erfordernisse (z. B. Demenz, Schwerbehinderung) und eine interkulturelle Öffnung (Sprache, Ernährung, Religion) berücksichtigt.

⁷⁶ Wenn eine private Pflegeperson vorübergehend ausfällt, weil sie verreist oder krank ist, haben alle Bezieher ambulanter Pflegeleistungen Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege oder Ersatzpflege (42 Kalendertage)

Sollten weitere 40 Tagespflegeplätze (Investorengespräche sind abgeschlossen) im Jahr 2019 realisiert werden, so werden der Bedarf und die Auslastung zu prüfen sein, da eine „Nachfragesättigung“ eintreten könnte.

Bei der Hospiz- und Palliativversorgung ist Oberhausen mit einem stationären Hospiz und zwei ambulanten Hospizen sowie dem Palliativnetzwerk gut aufgestellt, so dass bis ins Jahr 2022 von einer Bedarfsdeckung auszugehen ist.

Die Entwicklung ist zu beobachten, da in Oberhausen bis zum Jahr 2020 statistisch von steigenden Sterbefallzahlen ausgegangen werden muss (vgl. Kapitel 6.5.3).

Die Wohnberatung hat eine wichtige Bedeutung bei der Sicherstellung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Durch eine präventive und zugehende Beratung kann durch einen altersgerechten Umbau der Wohnung (zumindest barrierearm) ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht und eine stationäre Versorgung hinausgezögert oder durch weitere flankierende Pflegeleistungen sogar verhindert werden. Weiterhin kann dem Wunsch der älteren Bevölkerung „langer Verbleib in der eigenen Wohnung“ entsprochen werden.

Für die Stadt Oberhausen, welche im Rahmen der Sozialhilfe erhebliche Beträge für die „Hilfe zur Pflege“ aufbringt, sollten sich durch den Ausbau einer „zugehenden“ Wohnberatung zusätzlich Einsparpotenziale realisieren lassen.

Hinsichtlich der Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen und der Angebote des Servicewohnens sind keine statistischen Daten vorhanden, so dass keine Aussagen getroffen werden können.

Mit der Erstregistrierungspflicht der Anbieter zum 30.06.2016 (§ 9 Abs. 2 WTG NRW, vgl. Kapitel 6.2) sind nur allgemeine (Adress)Daten vorhanden. Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen sind eine Alternative zur eigenen Wohnung, die geeignet ist, eine vollstationäre pflegerische Betreuung zu verhindern. Gesundheitliche Einschränkungen mit hohen Belastungen der informellen Pflege, können einen Auszug aus der eigenen Wohnung erfordern. Die Wohngemeinschaft stellt hier eine Alternative zur stationären Heimunterbringung dar, da hier individuellen Bedarfen, Vorlieben und Wünschen an Pflege und Betreuung leichter gefolgt werden kann. Wohngemeinschaften können eine interessante Alternative zur stationären Heimpflege darstellen.

Besonders anbieterverantwortete Wohngemeinschaften können auch für ambulante Pflegedienste unter den Gesichtspunkten Spezialisierung, Personaleinsatz und Abrechnungsmöglichkeiten ein wirtschaftliches Betätigungsfeld eröffnen.

Ambulante Pflegedienste und Wohnungsbaugesellschaften sollten über Fördermöglichkeiten bzw. Refinanzierungen (Neubau: jährlich 4% statt bisher 2%) aufgeklärt werden. Allerdings wird sich zusätzlich die Frage stellen, inwieweit der Oberhausener Wohnungsmarkt für Wohngemeinschaften ausreichend Wohnraum anbieten kann.

Für die Einrichtung weiterer Demenz-Wohngemeinschaften besteht in Oberhausen erheblicher Bedarf.

Komplementäre ambulante Dienste (vgl. Kapitel 6.6) werden in Oberhausen am freien Pflegemarkt angeboten. Mangels statistischer Daten kann keine Aussage zur Bedarfsdeckung abgegeben werden. Aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung und zunehmender Alterung der Stadtgesellschaft ist mittelfristig bei der Bedarfsprognose von einem steigenden Bedarf auszugehen. Das Nachfrageverhalten der Senioren wird sich auswirken.

Komplementäre ambulante Dienste können den Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. bei eingetretener Pflegebedürftigkeit eine stationäre Versorgung verzögern und damit den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit weiter ermöglichen. Es eröffnen sich Marktchancen für Unternehmen (z. B. Handwerk) in einer älter werdenden Gesellschaft, die von einem bezahlbaren, generationsgerechten Produkt- und Dienstleistungsbedarf profitieren können. Unternehmensverbände, Industrie- und Handelskammern bieten sich hier Chancen für ihre Mitglieder.

Über 52% (Jahr 2015) der Pflegebedürftigen werden in Oberhausen zu Hause von Angehörigen versorgt. Die Angehörigen sind ein wichtiger Garant für das Funktionieren des Pflegesystems. Angehörige (familiäre, informelle Pflege) sollen in ihrer herausfordernden Tätigkeit unterstützt und entlastet werden.

Qualifizierungskurse und Sprechstunden für Angehörige können angeboten werden. Gleichzeitig bietet die Beratung und Aufklärung über Pflegeangebote sowie die Kombination von Pflegeleistungen (z. B. Pflegegeld und Pflegesachleistung) und komplementären Unterstützungsleistungen gute Möglichkeiten. Die kommunale Pflegeberatung ist hier aktiv tätig und bietet auch an verschiedenen Standorten im Stadtgebiet eine mobile Beratung an. Das MGEPA NRW regt beispielhaft auch die Einrichtung einer Vermittlungsagentur an. Ehrenamtliche Betreuer sollen stundenweise Entlastungsbesuche anbieten. Ähnliche Angebote koordinieren das „Netzwerk beo“ und die Stelle „bürgerschaftliches Engagement“ beim Büro für Chancengleichheit. Hier bieten sich zusätzliche Chancen.

Die demografische Entwicklung und Änderung gesellschaftlicher Strukturen (Singlehaushalte, verstärkte Frauenerwerbstätigkeit) weisen langfristig auf einen Rückgang der Angehörigenpflege hin. Die Folge ist eine wahrscheinlich steigende Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste sowie eine Zunahme der stationär Pflegebedürftigen, sofern keine Ersatzstrukturen zur Kompensation geschaffen werden. Ein Rückgang der Angehörigenpflege ist für den Sozialhilfeträger zusätzlich mit steigenden Leistungen bei der „Hilfe zur Pflege“ verbunden.

Eine Kompensation bzw. eine Effizienzsteigerung ist in dem personalintensiven Pflegesektor schwierig und das Potenzial damit nicht so groß. Angesichts des drohenden Fachkräftemangels und des zu erwartenden Rückgangs der informellen Pflege sind jedoch auch hier Anstrengungen vonnöten.

Hier werden zwei zentrale Ansatzpunkte in der Pflege diskutiert. Dies sind der Einsatz von technischen Hilfssystemen und die Prozessoptimierung durch die kritische Analyse des Dokumentationsaufwandes. Möglichkeiten bieten hier sogenannte Resident Assessment Instruments (RAI)⁷⁷ und Konzepte des Ambient Assisted Living (AAL). AAL-Systeme ermöglichen es, Pflegebedürftige zuhause zu überwachen und sie beispielsweise an die Einnahme von Medikamenten zu erinnern, den Herd in Abwesenheit auszuschalten oder

⁷⁷ Beurteilungsinstrument für den jeweiligen Bedarf der pflegerischen Versorgung

auch die Musik, die Beleuchtung und die Raumtemperatur nach den Vorlieben des Nutzers zu steuern. Die Einbindung von Ärzten, Pflegekräften und Familienangehörigen ist durch moderne Kommunikationssysteme ohne weiteres möglich. Das Ziel der altersgerechten Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben ist es, neue Technologien und das soziale Umfeld eng miteinander zu verbinden und zu verbessern. Damit soll die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten erhöht werden. Dieser Ansatz wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in Zusammenarbeit mit VDI/ VDE Innovationen und Technik seit Jahren gefördert.

AAL-technische Systeme können genutzt werden, um Wohn-, Versorgungs-, Bildungs- und Mobilitätsangebote für ältere Menschen zu verbessern.⁷⁸

Durch das APG NRW wurde pflegepolitisch der Blick auch auf die Versorgungsstrukturen im Quartier gerichtet. Es geht darum, konkrete Angebote vor Ort in den Quartieren zu schaffen, welche von den Bewohnern auch in ihrem persönlichen Umfeld in „Pantoffelnähe“ (300 – 500 Meter) erreicht werden können.⁷⁹

Die Oberhausener Ansätze und Entwicklungen in der altersgerechten Quartiersentwicklung (vgl. Kapitel 8) sind ausdrücklich zu begrüßen. Eine Verstetigung der Quartiersentwicklung hat erhebliche Bedeutung für gelingende Strukturen im Quartier.

„Nur wenn es uns gelingt, die Quartiere so zu gestalten, dass ältere und hochaltrige Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben in ihrem gewohnten und selbst gewählten Lebensumfeld führen können, werden wir die Herausforderungen des demographischen Wandels in unseren Städten und Gemeinden meistern.“⁸⁰

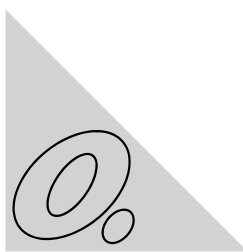
„Die Gesellschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel ... Die heutigen Versorgungsarrangements stehen jetzt und mehr noch in Zukunft nicht mehr in Übereinstimmung mit den sich wandelnden Einstellungen und Bedürfnissen der Menschen.... Ein Ausbau der professionellen Angebote, Kleinräumigkeit und gelebte Solidarität im Sozialraum sind die Forderungen für die Zukunft, um die Würde der Menschen bis ins hohe Alter zu garantieren“⁸¹

⁷⁸ Prognos Studie, Pflegelandschaft 2030 (2012)

⁷⁹ MGEPA „Fragen und Antworten zum GEPA NRW“

⁸⁰ Ex Gesundheitsministerin Barbara Steffens:

⁸¹ Engelmänn/ Gohde/ Künzel/ Schmidt, Gute Pflege vor Ort - Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter



stadt
oberhausen

WWW.OBERHAUSEN.DE

