

Stadt Oberhausen	Drucksachen-Nr. M/17/2454-01	Termin 12.12.2022	Rat der Stadt		
<u>Bericht / Mitteilung</u>			öffentlich		
Termin	Gremium	Vorlage zur*	Ergebnis	Beschluss- kontrolle*	
16.11.2022	Beirat für Menschen mit Behinderung	K			
17.11.2022	Seniorenbeirat	K			
22.11.2022	Sozialausschuss	K			
23.11.2022	Gleichstellungsausschuss	K			
06.12.2022	Integrationsrat	K			
12.12.2022	Rat der Stadt	K			

Berichtsgegenstand

Örtliche Planung nach § 7 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen 2022 - 2026
(ehem. Alten und Pflegeplan der Stadt Oberhausen)

Begründung

1. Ausgangslage:

Die kreisfreien Städte sind verpflichtet die Ergebnisse der örtlichen Planung gem. § 7 APG NRW (ehemals „Alten- und Pflegeplanung“) zusammenzustellen. Die örtliche Planung ist zweijährlich fortzuschreiben (Stichtag: 31.12.2021). 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 01.01.2022 bis 31.12.2026. Daten zur Pflegestatistik basieren auf Auswertungen von Veröffentlichungen der Landesbehörde IT.NRW (Daten-Stichtag: 31.12.2019) sowie Sekundärdaten.

Gegenstand der örtlichen Planung ist die Bestandsaufnahme der pflegerischen Angebote sowie die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs (Bedarfsprognose). Aspekte der Teilhabe und altengerechten Quartiersentwicklung sollen berücksichtigt werden. Eine wesentliche Grundlage der Pflegebedarfsprognose ist die Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen. Daten zur Bevölkerungsentwicklung wurden vom Bereich 4-5/Statistik (Stichtag 31.12.2021) zur Verfügung gestellt.

Bereichsleiter Bereich 3-2	Dezernent Dezernat 2	Kämmerer	Oberbürgermeister
Frank Bohnes Datum 01.09.2022	Frank Motschull Datum 05.09.2022	Datum	Daniel Schranz Datum 14.09.2022
* Vorlage zur: * Ergebnis : Beteiligung:			
Kenntnisnahme (K) Kenntnisnahme (K) Personalrat []			
Gleichstellungsstelle []			

Stadt Oberhausen	Drucksachen-Nr. M/17/2454-01	Termin 12.12.2022	Rat der Stadt
-----------------------------	---	------------------------------	----------------------

Die Daten zur Pflegestatistik wurden am 03.03.2022 in der Sitzung der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege vorgestellt (Mitwirkungsrecht) und erörtert.

2. Wesentliche Erkenntnisse aus dem beigefügten Bericht sind:

Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit

Aufgrund des seit dem 01.01.2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff¹ sind keine ausreichenden Datenreihen vorhanden um die bisherigen Pflegebedarfsprognosen fortzuschreiben. Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um ca. 24% gestiegen. Die neue Bedarfsanalyse ergibt, dass durch die vorhandene pflegerische Infrastruktur in Oberhausen eine grundsätzliche Bedarfsdeckung gegeben ist. Allerdings besteht weiterhin Handlungsbedarf bei Zielgruppen mit besonderem pflegerischem Handlungsbedarf. Dies sind Demenzerkrankte, Junge Pflegebedürftige und Schwerbehinderte mit zusätzlichem, altersbedingtem Pflegebedarf. Hinsichtlich der gendersensiblen Pflege sowie gleichgeschlechtlicher Lebensweisen wird weiterhin die Sensibilisierung für diese Handlungsfelder unterstützt. Zur kultursensiblen Pflege werden mehrere Projekte durchgeführt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer grundsätzlichen Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren zu rechnen.

Ein renommierter Betreiber stationärer Versorgungsangebote für „Junge Pflegebedürftige“ wird in Oberhausen wahrscheinlich eine Einrichtung mit ca. 80 Plätzen errichten. Damit dürfte die Versorgung „Junger Pflegebedürftiger“ auskömmlich sein.

Pflegepersonal

In der Altenpflege ist der Fachkräftemangel weiterhin (bundesweit) präsent. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass sich die Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen verschärfen wird. Auf Bundes- und Landesebene wird versucht mit Gesetzen und Konzierten Aktionen die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Aufgrund der Altersstruktur der Beschäftigten sind im ambulanten und stationären Bereich mittelfristig erhebliche Altersabgänge in Oberhausen zu erwarten, die zusätzlich den Fachkräftemangel verschärfen werden.

Stationäre Pflege / Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot

Die Anzahl der vorhandenen stationären Pflegeplätze deckt den prognostizierten Bedarf bis ins Jahr 2026. Die prozentuale Nachfrage ist bezogen auf die gestiegene Anzahl aller Pflegebedürftigen weiterhin rückläufig. Im Jahr 2022 ist die Eröffnung einer zusätzlichen stationären Pflegeeinrichtung mit 80 Plätzen angekündigt.

Betreute Wohngemeinschaften und Servicewohnen

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. Die Nachfrage spricht für einen erheblichen Bedarf besonders beim „bezahlbaren“ Servicewohnen.

Tages- und Nachtpflege

Das Angebot an Tagespflegeplätzen konnte weiter ausgebaut werden, so dass grundsätzlich in sämtlichen Sozialräumen ein auskömmliches Angebot vorhanden ist und eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht wird. Die Mehrheit der Tagespflegen ist nicht voll ausgelastet.

Oberhausen gehört bundesweit zu den wenigen Kommunen in denen eine Nachtpflege angeboten wird.

¹ Pflegestärkungsgesetz II – 01.01.2017

Stadt Oberhausen	Drucksachen-Nr. M/17/2454-01	Termin 12.12.2022	Rat der Stadt
-----------------------------	---	------------------------------	----------------------

Kurzzeitpflege

Es werden eingestreuete und solitäre Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Erfreulicherweise konnte das solitäre Angebot erhöht werden. Die Nachfrage in den Einrichtungen und Erfahrungswerte sprechen – besonders saisonbedingt - für einen weiteren Bedarf. Dabei ist die Erweiterung des Angebots an solitären Kurzzeitpflegeplätzen – auch im Hinblick auf „frühzeitige (blutige) Krankenhausentlassungen“ und eine rehabilitative Ausrichtung - besonders wünschenswert.

Hospize

Oberhausen ist mit einem stationären Hospiz und zwei ambulanten Hospizen sowie dem Palliativnetzwerk Oberhausen in der Hospiz- und Palliativversorgung gut aufgestellt. Das stationäre Hospiz St. Vinzenz Pallotti und das Ambulante Hospiz St. Vinzenz Pallotti haben sich in der Christlichen Hospize Oberhausen gGmbH zusammengeschlossen.

Ambulante Pflegedienste

Die Anzahl der von ambulanten Diensten betreuten Personen ist seit 2017 um ca. 24% gestiegen (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff). Im gleichen Zeitraum wurde ca. 14% mehr Personal eingesetzt. Angebot und Nachfrage haben entscheidenden Einfluss auf die Gründung eines Pflegedienstes (Marktregulierung). Bis ins Jahr 2026 ist eine weitere Zunahme der Nachfrage nach professioneller, ambulanter Betreuung aufgrund demografischer Effekte zu erwarten. Es findet eine weitere „Ambulantisierung“ der Pflege statt.

Komplementäre Dienste /Unterstützungsleistungen

Durch individuelle Hilfs- und Unterstützungsangebote kann die alltägliche Lebenssituation und die Teilhabe an der Gemeinschaft gestärkt werden, so dass ein längerer Verbleib im vertrauten Wohnumfeld ermöglicht wird. Angebote sollten erheblich ausgebaut werden. Das Angebot von ZAQ (Arbeitsgelegenheitsmaßnahmen; Seniorenunterstützung) ist ein wertvoller Baustein, der unmittelbar in der Praxis ankommt.

Häusliche Pflege

Inzwischen werden 85% der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt, davon ca. 66% in reiner Angehörigenpflege. Angehörige sind die wichtigste Stütze unseres Pflegesystems. Sie sind zu fördern und zu unterstützen, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials erreicht und eine Überlastung vermieden wird. Aufgrund des demografischen Wandels und sich verändernder Familienstrukturen ist ein Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials zu erwarten.

Altersgerechte Quartiersentwicklung

Ein Ausbau der alter(n)sgerechten Quartiersentwicklung ist ein wichtiger Baustein bei der Sozialraumorientierung. In den sechs Oberhausener Sozialräumen wurden geförderte Quartiersbüros eingerichtet, welche die Quartiersentwicklung unterstützen. Beratungs- und Informationsangebote sowie quartiersorientierte Seniorenarbeit wurden als wohnortnahe Angebotsstruktur realisiert. Die Knüpfung nachbarschaftlicher Kontakte und der Ausbau tragfähiger sozialer Netzwerke sind sehr wichtig. Die gemeinsame „Klammer“ für alles ist der gelebte Sozialraum. Ein inhaltlicher Ausbau des Angebots der Quartiersbüros ist anzustreben.

Anlagen

Örtliche Planung gem. § 7 Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis 31.12.2026



stadt
oberhausen

WWW.OBERHAUSEN.DE/SOZIALES



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

01.01.2022 – 31.12.2026

IMPRESSUM

Herausgeber:

Der Oberbürgermeister der Stadt Oberhausen

Dezernat 2 / Soziales, Gesundheit, Wohnen und Recht

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

NN, Oberhausen

Bilder: stock.adobe.com – Titelbild © pict rider und Skyline Oberhausen © SimpLine

Veröffentlichung:

2022

Vorwort

Die demografische Entwicklung lässt „Oberhausen in die Jahre kommen“. Der Anteil der älteren Bevölkerung an der Stadtgesellschaft steigt aufgrund einer höheren Lebenserwartung, so dass die Anzahl der Bürger*innen im Ruhestand steigt. Weiterhin führen rückläufige Geburtenraten zu einem Bevölkerungsrückgang.

Die sich verändernden Bevölkerungsstrukturen machen es notwendig, den Blick auf korrespondierende Handlungsfelder wie z. B. Wohnen, Bauen, Mobilität, Nahversorgung, soziale Teilhabe, aktives Altern und bürgerschaftliches Engagement zu richten. Lokale, quartiersbezogene Gegebenheiten und Besonderheiten sind zu berücksichtigen (Quartiersansatz).

Kommunale Seniorenpolitik ist mehr als Altenhilfepolitik und mehr als reine Pflege- und Versorgungspolitik.

Zur Umsetzung einer beteiligungs- und sozialraumorientierten Seniorenpolitik hat der Rat der Stadt Oberhausen mehrere Beschlüsse gefasst. Beispielhaft genannt seien hier die Beschlüsse „Senioren im Mittelpunkt – Förderung sozialer Teilhabe“ und der „Handlungsrahmen zum Seniorenförderplan“. Mit diesen Beschlüssen werden ziel- und wirkungsorientierte Maßnahmen initiiert um die Lebensqualität der Senioren*innen vor Ort und im Alltag spürbar und messbar zu verbessern.

Die Alterung der Stadtgesellschaft verschiebt die strukturellen Verhältnisse und sozialen Beziehungen der Altersgruppen zueinander, so dass die kommunale Seniorenpolitik auch in übergreifende Aspekte der Generationengerechtigkeit und soziale Wandlungsprozesse eingebettet sein muss.

Eine strategische, kommunale Seniorenpolitik ist daher als eine generationsübergreifende Querschnittsaufgabe zu interpretieren, welche wirkungsorientiert die alter(n)sgerechte, ganzheitliche Gestaltung der Lebensbedingungen der Bürgerinnen und Bürger in Oberhausen zum Ziel hat. Die zukunftsichere Gestaltung von Pflege und Betreuung ist eine große sozialpolitische und gesellschaftliche Herausforderung.

Der Politik wird mit der „örtlichen Planung“ sowie den Handlungsempfehlungen eine Entscheidungsgrundlage für die seniorenpolitische Gestaltung und Festlegung von Rahmenbedingungen für ein „gutes Altern“ in Oberhausen angeboten.



Frank Motschull

Beigeordneter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Kurz gefasst / Kernaussagen.....	6
3. Rechtliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen.....	9
3.1 Alten- und Pflegegesetz NRW / Wohn- und Teilhabegesetz NRW	9
3.2 Gesetze und Verordnungen.....	10
3.3 Rat der Stadt Oberhausen.....	12
4. Soziodemografische Daten, Demografie	12
4.1 Bevölkerungsstrukturdaten	13
4.2 Bevölkerungsentwicklung	20
5. Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit – Bestand und Entwicklung	24
5.1 Besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit.....	30
5.2 Bewertung und Handlungsempfehlung.....	36
5.3 Pflegepersonal.....	39
6. Pflegerische Infrastruktur – Bestand und Entwicklung	43
6.1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Pflegeeinrichtungen).....	43
6.2 Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen	50
6.3 Angebote des Servicewohnens	51
6.4 Ambulante Dienste	52
6.5 Gasteinrichtungen.....	54
6.5.1 Tages- und Nachtpflege.....	54
6.5.2 Kurzzeitpflegeeinrichtungen.....	56
6.5.3 Hospize	57
6.6 Komplementäre ambulante Dienste	59
6.7 Häusliches Pflegepotenzial – informelle Pflege.....	61
6.8 24 Stunden Pflege – Live In Pflege	63
6.9. Pflegeberatung	64
7. Wohnen im Alter	65
8. Altersgerechte Quartiersentwicklung	69
9. Seniorenpolitische Handlungsfelder	72
10. Digitalisierung in der Pflege	81
11. Bürgerbeteiligung.....	83

12. Seniorenwirtschaft	83
13. Gesamtbetrachtung und Handlungsempfehlungen	84

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Einleitung

Die kreisfreien Städte sind gem. § 7 APG NRW verpflichtet im Abstand von zwei Jahren eine „örtliche Planung“ zu erstellen. Mit dieser „örtlichen Planung“ wird für Oberhausen der Planungszeitraum vom 01.01.2022 bis 31.12.2026 in den Blick genommen. Das Pflegeangebot, die pflegerische Infrastruktur und die Versorgungsstruktur werden dargestellt (Ist) und die zukünftigen Bedarfe (Pflegebedarfsprognose) ermittelt (Soll). Die Pflegebedarfsplanung ermöglicht einen strukturierten Überblick über den Versorgungsstand und ist Grundlage für eine planungsrelevante Orientierung.

Die Daten und Auswertungen zur pflegerischen Infrastruktur basieren auf den veröffentlichten Statistiken der Landesbehörde IT.NRW zum Stichtag 15.12. bzw. 31.12.2019 sowie auf Sekundärdaten. Aktuellere Daten stehen nicht zur Verfügung, da IT.NRW die Daten mit einer Verzögerung von ca. 2 Jahren veröffentlicht. Prognosen werden hierdurch erschwert. Der Bereich 4-5/Statistik stellt Daten zur Bevölkerungsentwicklung zur Verfügung.

Mit Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II (01.01.2017) wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der den Zugang pflegebedürftiger Personen zu den Leistungen der Pflegeversicherung sowie das Begutachtungsverfahren geändert hat und die Pflegebedürftigen 5 Pflegegraden zuordnet. Daher stehen statistisch vergleichbare Werte nur für die Jahre 2017 und 2019 zur Verfügung, so dass eine einfache prognostische Fortschreibung der Daten für die Zukunft nicht möglich ist.

Die Pflegebedarfsprognose orientiert sich an der demografischen Entwicklung bestimmter Alterskohorten im Planungszeitraum sowie an gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungen. Ein differenzierter Blick auf sich verändernde Familienstrukturen, Gender-Aspekte, Kultur, Migration sowie Singularisierung und Feminisierung des Alters ist notwendig. Präferenzen für Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote sind zu berücksichtigen.

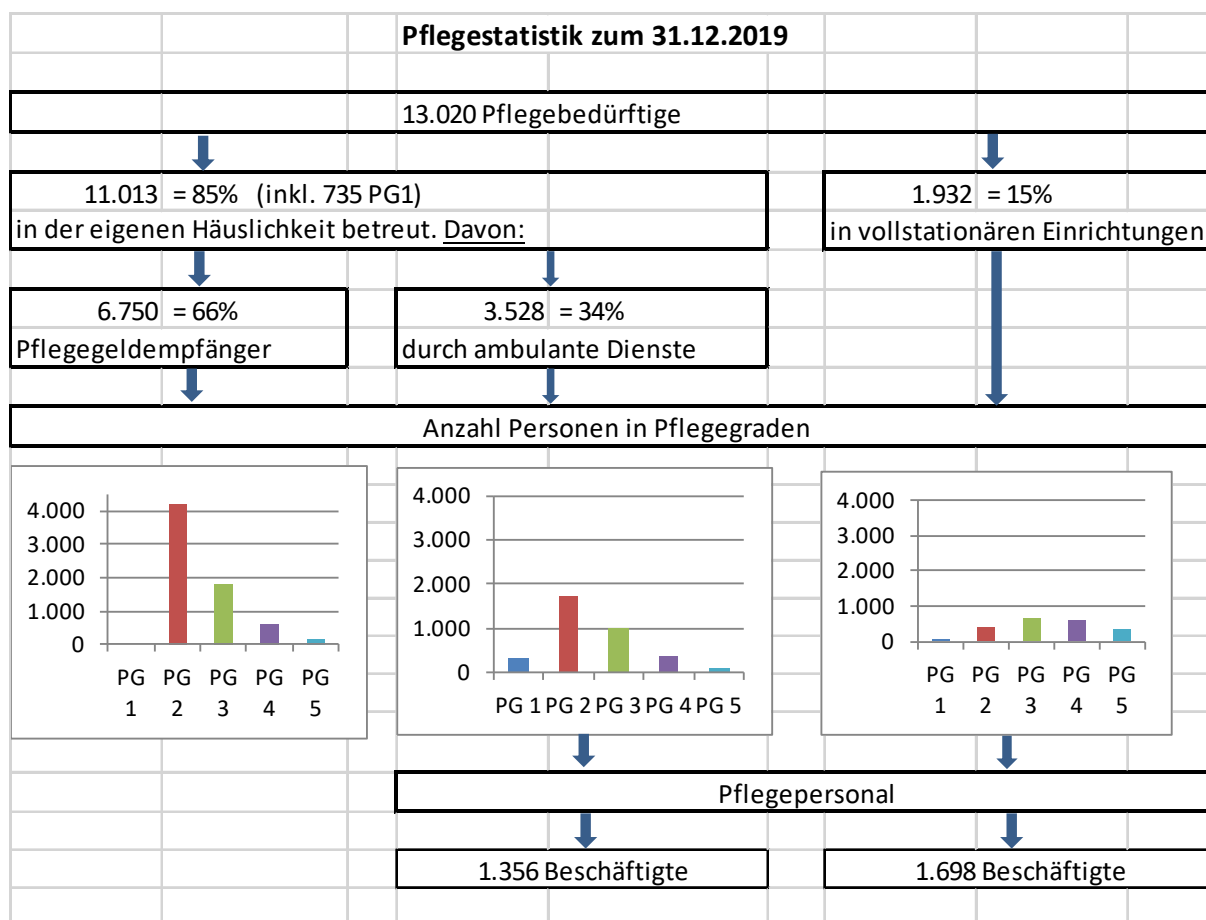
Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII werden von der „örtlichen Planung“ nicht berücksichtigt.

Mit dieser „Örtlichen Planung“ nach dem Alten- und Pflegegesetz NRW werden für den Zeitraum vom 01.01.2022 bis zum 31.12.2026 für die Stadt Oberhausen verschiedene Handlungsfelder benannt und Maßnahmen empfohlen, so dass aus Daten Taten abgeleitet werden können.

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 01.01.2022 bis zum 31.12.2026 stark verkürzt und in vereinfachten Kernaussagen dargestellt. Die ausführliche und detaillierte Darstellung erfolgt in den jeweiligen Kapiteln (vgl. Verweise).

Abbildung 1: Übersicht zur Pflegestatistik



(PG=Pflegegrade, Eigene Darstellung)

Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit (vgl. Kapitel 5)

Aufgrund des seit dem 01.01.2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff¹ sind keine ausreichenden Datenreihen vorhanden um die bisherigen Pflegebedarfsprognosen fortzuschreiben. Die Anzahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um ca. 24% gestiegen. Die neue Bedarfsanalyse ergibt, dass durch die vorhandene pflegerische Infrastruktur in Oberhausen eine grundsätzliche Bedarfsdeckung gegeben ist. Allerdings besteht weiterhin Handlungsbedarf bei Zielgruppen

¹ Pflegestärkungsgesetz II – 01.01.2017

mit besonderem pflegerischem Handlungsbedarf. Dies sind Demenzerkrankte, Junge Pflegebedürftige und Schwerbehinderte mit zusätzlichem, altersbedingtem Pflegebedarf. Hinsichtlich der gendersensiblen Pflege sowie gleichgeschlechtlicher Lebensweisen wird weiterhin die Sensibilisierung für diese Handlungsfelder unterstützt. Zur kultursensiblen Pflege werden mehrere Projekte durchgeführt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer grundsätzlichen Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren zu rechnen.

Pflegepersonal (vgl. Kapitel 5.3)

In der Altenpflege ist der Fachkräftemangel weiterhin (bundesweit) präsent. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass sich die Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen verschärfen wird. Auf Bundes- und Landesebene wird versucht mit Gesetzen und Konzertierte Aktionen die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Aufgrund der Altersstruktur der Beschäftigten sind im ambulanten und stationären Bereich mittelfristig erhebliche Altersabgänge in Oberhausen zu erwarten, die zusätzlich den Fachkräftemangel verschärfen werden.

Stationäre Pflege / Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (vgl. Kapitel 6.1)

Die Anzahl der vorhandenen stationären Pflegeplätze deckt den prognostizierten Bedarf bis ins Jahr 2026. Die prozentuale Nachfrage ist bezogen auf die gestiegene Anzahl aller Pflegebedürftigen weiterhin rückläufig. Im Jahr 2022 ist die Eröffnung einer zusätzlichen stationären Pflegeeinrichtung mit 80 Plätzen angekündigt.

Betreute Wohngemeinschaften und Servicewohnen (vgl. Kapitel 6.2 / 6.3)

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. Die Nachfrage spricht für einen erheblichen Bedarf besonders beim „bezahlbaren“ Servicewohnen.

Tages- und Nachtpflege (vgl. Kapitel 6.5.1)

Das Angebot an Tagespflegeplätzen konnte weiter ausgebaut werden, so dass grundsätzlich in sämtlichen Sozialräumen ein auskömmliches Angebot vorhanden ist und eine wohnortnahe Versorgung ermöglicht wird. Die Mehrheit der Tagespflegen ist nicht voll ausgelastet.

Oberhausen gehört bundesweit zu den wenigen Kommunen in denen eine Nachtpflege angeboten wird.

Kurzzeitpflege (vgl. Kapitel 6.5.2)

Es werden eingestreute und solitäre Kurzzeitpflegeplätze angeboten. Erfreulicherweise konnte das solitäre Angebot erhöht werden. Die Nachfrage in den Einrichtungen und Erfahrungswerte sprechen – besonders saisonbedingt - für einen weiteren Bedarf. Dabei ist die Erweiterung des Angebots an solitären Kurzzeitpflegeplätzen – auch im Hinblick auf „frühzeitige (blutige) Krankenhausentlassungen“ und eine rehabilitative Ausrichtung - besonders wünschenswert.

Hospize (vgl. Kapitel 6.5.3)

Oberhausen ist mit einem stationären Hospiz und zwei ambulanten Hospizen sowie dem Palliativnetzwerk Oberhausen in der Hospiz- und Palliativversorgung gut aufgestellt. Das stationäre Hospiz St. Vinzenz Pallotti und das Ambulante Hospiz St. Vinzenz Pallotti haben sich in der Christlichen Hospize Oberhausen gGmbH zusammengeschlossen.

Ambulante Pflegedienste (vgl. Kapitel 6.4)

Die Anzahl der von ambulanten Diensten betreuten Personen ist seit 2017 um ca. 24% gestiegen (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff). Im gleichen Zeitraum wurde ca. 14% mehr Personal eingesetzt. Angebot und Nachfrage haben entscheidenden Einfluss auf die Gründung eines Pflegedienstes (Marktregulierung). Bis ins Jahr 2026 ist eine weitere Zunahme der Nachfrage nach professioneller, ambulanter Betreuung aufgrund demografischer Effekte zu erwarten. Es findet eine weitere „Ambulantisierung“ der Pflege statt.

Komplementäre Dienste /Unterstützungsleistungen (vgl. Kapitel 6.6)

Durch individuelle Hilfs- und Unterstützungsangebote kann die alltägliche Lebenssituation und die Teilhabe an der Gemeinschaft gestärkt werden, so dass ein längerer Verbleib im vertrauten Wohnumfeld ermöglicht wird. Angebote sollten erheblich ausgebaut werden.

Häusliche Pflege (vgl. Kapitel 6.7)

Inzwischen werden 85% der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt, davon ca. 66% in reiner Angehörigenpflege. Angehörige sind die wichtigste Stütze unseres Pflegesystems. Sie sind zu fördern und zu unterstützen, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials erreicht und eine Überlastung vermieden wird. Aufgrund des demografischen Wandels und sich verändernder Familienstrukturen ist ein Rückgang des häuslichen Pflegepotenzials zu erwarten.

Altersgerechte Quartiersentwicklung (vgl. Kapitel 8)

Ein Ausbau der alter(n)sgerechten Quartiersentwicklung ist ein wichtiger Baustein bei der Sozialraumorientierung. In den sechs Oberhausener Sozialräumen wurden Quartiersbüros eingerichtet, welche die Quartiersentwicklung unterstützen. Beratungs- und Informationsangebote sowie quartiersorientierte Seniorenarbeit wurden als wohnortnahe Angebotsstruktur realisiert. Die Knüpfung nachbarschaftlicher Kontakte und der Ausbau tragfähiger sozialer Netzwerke sind sehr wichtig. Die gemeinsame „Klammer“ für alles ist der gelebte Sozialraum. Ein inhaltlicher Ausbau des Angebots der Quartiersbüros ist anzustreben.

3. Rechtliche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen

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

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die örtliche Alten- und Pflegeplanung 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. Prüfungen durch die WTG-Behörde, den Medizinischen Dienst, die Ordnungsbehörde und das

Gesundheitsamt gewährleisten die Einhaltung von „Schutz-Vorschriften“ für die Pflegebedürftigen.

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

3.2 Gesetze und Verordnungen

Der Bundestag hat im Juni 2021 eine neue Pflegereform (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz-GVWG) beschlossen:

- Leistungsbeträge wurden erhöht für:
 - o Pflegesachleistungen (5%)
 - o Kurzzeitpflege (10%)
- Übergangspflege ist im Krankenhaus möglich
- Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen erhalten einen gestaffelten prozentualen Leistungszuschlag (nur) zu den Pflege- und Ausbildungskosten (nicht „Hotelkosten“) nach Dauer des Heimaufenthalts
- Die Pflegeberatung muss auf die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans hinweisen
- Pflegefachkräfte können Empfehlungen zu Hilfs- /Pflegehilfsmitteln abgeben
- Entlohnung von Pflege- und Betreuungskräften in stationären Einrichtungen nach Tarif
- Ungenutzte Pflegesachleistungsbeträge können i.H.v. bis zu 40% ohne vorherigen Antrag für Entlastungsleistungen verwendet werden

Weiterhin wurden u.a. beschlossen:

- Konzentrierte Aktion Pflege: Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege zur (Rück)-Gewinnung, zum Halten und zur Entlastung von Pflegepersonal
- Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland
- Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung
- Pflegepersonal-Stärkungsgesetz: mehr Personal in der Pflege zur Entlastung der Personalsituation und Stärkung der Pflege
- Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: Mindestanforderungen an die berufliche Ausbildung in der Pflege

² Landtag NRW, Drucksache 16/6873

- Ausbildungsoffensive Pflege: Unterstützung der Einführung der neuen Pflegeausbildung (Generalistik)
- Nationale Demenzstrategie
- Queer im Alter: Verbesserung der Situation von LSBTIQ-Senioren in der Altenhilfe
- Angehörigen-Entlastungsgesetz: Unterhaltsrechtlicher Rückgriff auf Kinder und Eltern erst ab einem Jahres-Einkommen > 100.000 Euro

Mit den neuen rechtlichen Regelungen soll eine Stärkung und Förderung des Pflegesektors – innerhalb der bestehenden Strukturen - erreicht werden. Einige Akteure und wissenschaftliche Veröffentlichungen fordern strukturelle Veränderungen, damit den pflegerischen Herausforderungen der Zukunft begegnet werden kann.

Das seit dem 01.01.2017 geltende Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) hat den Blick auf „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ (§ 14 I SGB XI), d.h. auf körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen, gerichtet. Damit wurde weiteren Anspruchsberechtigten Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht. In Oberhausen bedeutet dies ca. 24% mehr Leistungsbezieher seit 2017.

Mit dem am 01.01.2017 in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetzes III (PSG III) wurde den Ländern die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgungsinfrastruktur in der Pflege übertragen. Weiterhin soll die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor Ort verbessert werden (Kommunaler Auftrag).

Die Kommunen haben eine wichtige Aufgabe bei der Gestaltung des Lebens im Alter vor Ort (Daseinsvorsorge). Die Entwicklung von alter(n)sgerechten Sozialräumen hat erhebliche Bedeutung. Im Siebten Altenbericht der Bundesregierung "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.

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sorgt für Verbesserungen bei Beschäftigten, die ihre pflegebedürftigen nahen Angehörigen selbst pflegen oder betreuen möchten (Pflegezeit, Familienpflegezeit). Im März 2022 war der Start des neuen Landesprogramms zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – „Dass sich Beruf und Pflege miteinander in Einklang bringen lassen, ist in unserer alternden Gesellschaft von großer Bedeutung: Einerseits, weil immer mehr Menschen auf Pflege angewiesen sind, aber auch wegen der wachsenden Zahl Berufstätiger, die den Spagat zwischen ihrer Arbeit und der Pflege von Angehörigen meistern müssen.“³

Pflegebedürftige, ab Pflegegrad 1, können nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen und die hierfür entstehenden Aufwendungen gegenüber der Pflegekasse geltend machen.⁴ Ihnen steht hierfür ein monatlicher Entlastungsbetrag von 125 Euro sowie eine bis zu 40-prozentige Umwidmungsmöglichkeit ihres ambulanten Pflegesachleistungsanspruchs zu (§ 45a SGB XI) zu. Die Zuständigkeit für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten im Alltag liegt bei der Stadt Oberhausen, Fachbereich 3-2-20 / Ält. Mensch., Pflegebed. u. beh. Menschen.

³ Minister Laumann zum Programmstart

⁴ Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO)

War ein Elternteil pflegebedürftig und konnte nicht mit eigenem Einkommen oder Vermögen für den vorgesehenen Eigenanteil aufkommen, wurden die Kinder der zu Pflegenden zu den Kosten herangezogen. Künftig erfolgt eine Heranziehung nur, wenn das Brutto-Einkommen des unterhaltsverpflichteten Kindes mehr als 100.000 Euro beträgt (Angehörigenentlastungsgesetz). Der Deutsche Städte- und Gemeindebund erwartet Mehrbelastungen für die Kommunen.

3.3 Rat der Stadt Oberhausen

Der Rat der Stadt Oberhausen hat u.a. folgende Beschlüsse gefasst:

- Beratungsgegenstand „Senioren im Mittelpunkt – Förderung sozialer Teilhabe“ (A/16/3981-01) zur zukünftigen Ausgestaltung der kommunalen Seniorenpolitik:
 - Einrichtung von 6 geförderten Quartiersbüros in den einzelnen Sozialräumen
 - Durchführung einer jährlichen Quartierskonferenz
 - Personalisiertes Anschreiben der Seniorinnen und Senioren
 - Ausstattung des Seniorenbeirats mit einem Budget von 10.000 Euro
 - Einrichtung einer Online-Plattform für Seniorinnen und Senioren
 - Barrieren im ÖPNV identifizieren und Altersmobilität verbessern
 - „Wohnen im Alter“ in allen Quartieren gewährleisten
- Outdoor-Fitnessplätze auch für Ü65 (A/17/0680-01)
- Handlungskonzept „Wohnen im Alter“ (A/17/0413-01)
- Handlungsrahmen zum Seniorenförderplan (A/17/1347-01)
- Einrichtung eines „Smart Hauses der offenen Tür“ (A/17/1339-02)
- Schulungskonzept „Digitalisierung“ für Senioren*innen (A/17/0443-01)

4. Soziodemografische Daten, Demografie

Die Hauptvariante der Oberhausener Bevölkerungsprognose geht im Prognosezeitraum von 2018 bis 2030 von einem Schrumpfungsprozess⁵ aus, so dass weiterhin der Grundsatz „älter, weniger, bunter“ gilt. Der Faktor „weniger“ wird durch Zuwanderung – auch Geflüchteter – gemildert. Diese Strukturverschiebung in der Altersverteilung der Stadtgesellschaft führt zu soziostrukturellen Veränderungen.

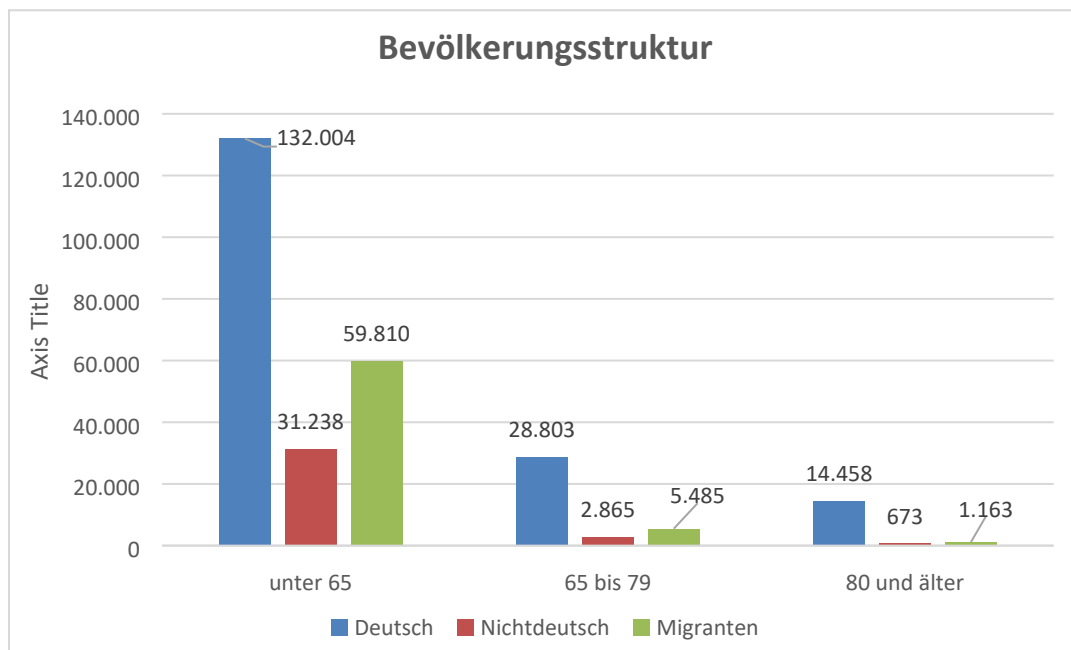
Aus der Bevölkerungsprojektion, u.a. differenziert nach Altersgruppen, Nationalität und Geschlecht, kann eine Pflegebedarfsprognose abgeleitet werden. Steigendes Alter ist nicht unmittelbar mit Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen, da die individuelle Lebensführung / Lebensstil erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und die Führung eines selbständigen

⁵ Nr. 110 Bevölkerungsprognose 2018-2030

Lebens älterer Menschen hat. Die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden und auf Pflege angewiesen zu sein, nimmt grundsätzlich jedoch im hohen Alter deutlich zu (Multimorbidität). Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ist von einem weiteren Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen und damit des Pflegebedarfs auszugehen.

4.1 Bevölkerungsstrukturdaten

Abbildung 2: Bevölkerung: Altersgruppen – Deutsche / Nichtdeutsche / Migranten



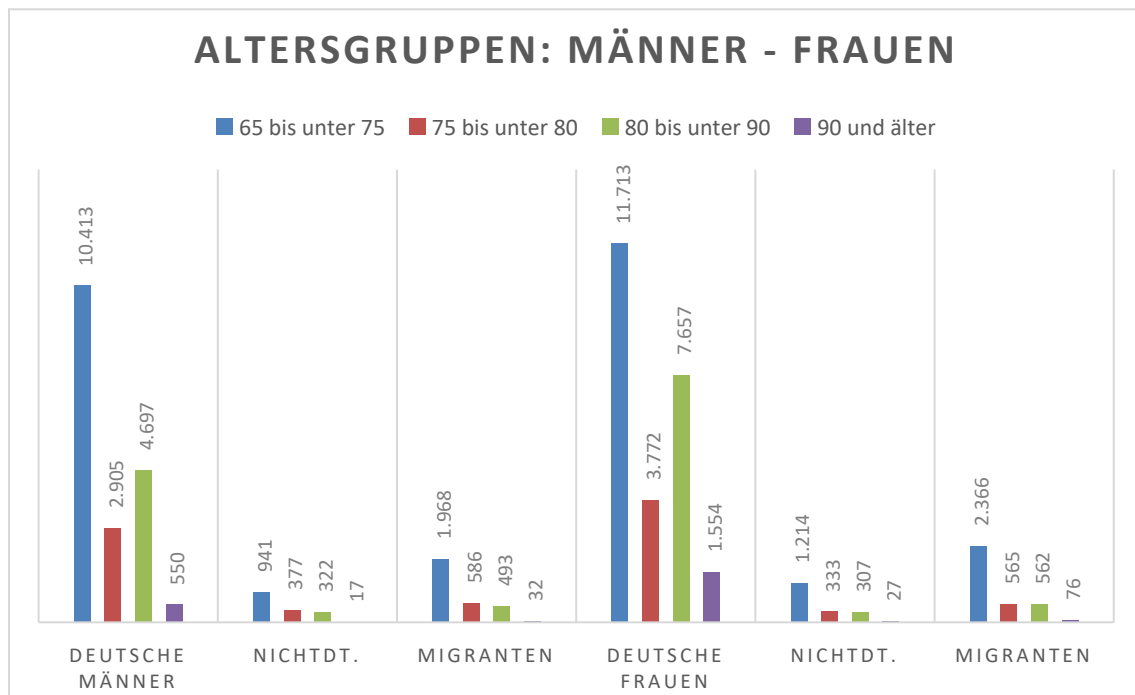
(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung – Stand: 31.12.2021)

In Oberhausen lebten am 31.12.2021 insgesamt 210.041 Personen (31.12.2019 = 212.199) und 46.799 Personen (22,3% - 31.12.2019=21,9%) sind in der Altersgruppe 65-Jahre und älter. 175.265 Oberhausener haben die deutsche Staatsangehörigkeit (31.12.2019 = 178.589) und 34.776 sind Nichtdeutsche (31.12.2019 = 33.610). Bei den Nichtdeutschen sind 3.538 Personen 65 Jahre und älter, somit 1,68% der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung beträgt insgesamt 50,9 %.

In dieser „örtlichen Planung“ werden erstmals Personen ab 65 Jahre mit Migrationshintergrund (6.648 Personen) - Gesichtspunkt der interkulturellen Öffnung der Pflege – dargestellt.

Aus der Sicht der Alten- und Pflegeplanung ist der Fokus auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen zu richten, da in dieser Altersgruppe grundsätzlich das Pflegerisiko, zunächst mit einem Bedarf an Hilfs- und Unterstützungsleistungen („Junge Senioren“), steigt. Bei den „älteren Senioren“ (Hochbetagte) steigt der Bedarf nach professioneller pflegerischer Unterstützung.

Abbildung 3: Altersgruppen ab 65 Jahre – Deutsche / Nichtdeutsche / Migranten nach Geschlecht

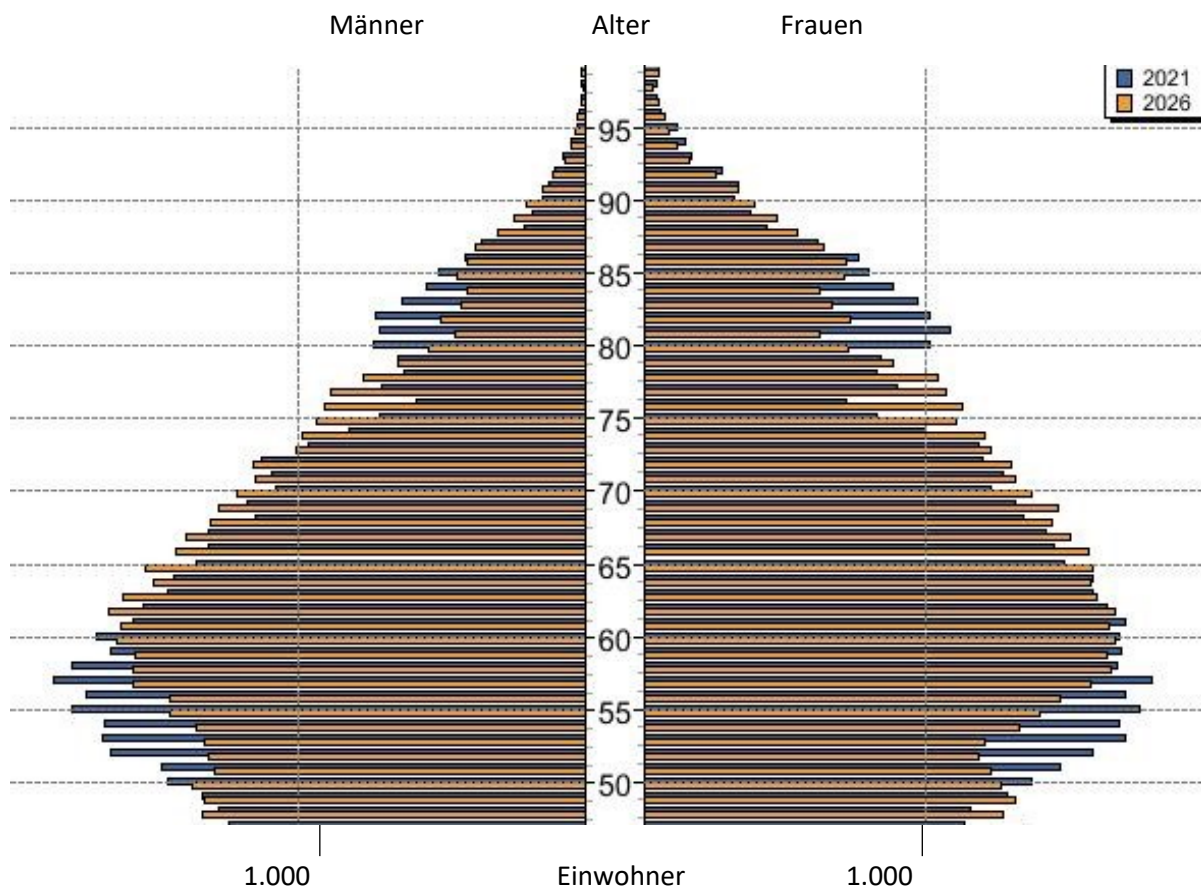


(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung – Stand: 31.12.2021)

Bei den Hochbetagten (ab 80 Jahre, hohes Pflegerisiko) ist festzustellen, dass bei den Deutschen 5.247 Männer 9.211 Frauen gegenüberstehen (31.12.2019 = 5.097 Männer, 9.025 Frauen). Die Altersgruppe der über 80-jährigen Deutschen ist überwiegend weiblich (63,7 %). Das hohe Alter ist weiblich. Es findet eine Feminisierung des Alters statt.

Bei den nichtdeutschen Hochbetagten ist das Verhältnis ausgeglichener (339 Männer, 334 Frauen; 31.12.2019 = 320 Männer, 285 Frauen).

Das Bundesgesundheitsministerium gibt für die Kohorte der Hochbetagten eine Pflegewahrscheinlichkeit von 37,1% an. Bei insgesamt 15.131 (31.12.2019 = 14.727) Hochbetagten ist damit bei 5.613 Personen der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich.

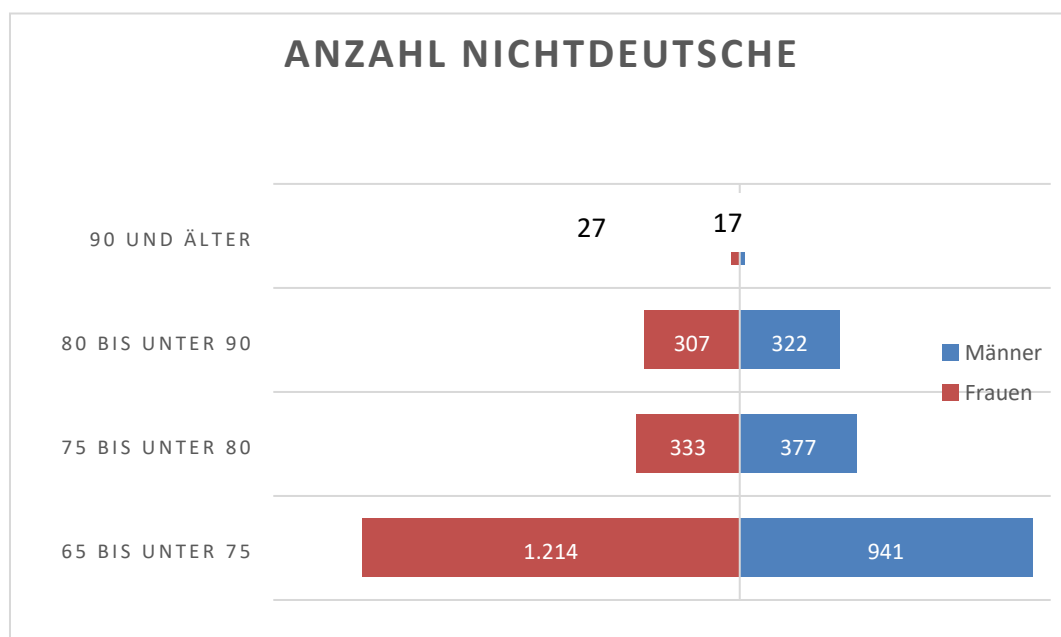
Abbildung 4: Einwohner nach Altersjahren und Geschlecht am 31.12.2021

(Quelle: 4-5/Statistik; Einwohner 31.12.2021)

Die obige Abbildung stellt die Altersverteilung der Oberhausener Gesamt-Bevölkerung ab einem Alter von 50 Jahren für das Jahr 2021 (blau) und für das Prognose-Jahr 2026 (beige) dar. Die unterschiedliche Altersverteilung von Männern und Frauen in der Altersgruppe ab 75 Jahre wird deutlich. Der Frauenanteil überwiegt mit zunehmendem Alter deutlich. Das „hohe“ Alter ist weiblich.

Zu beachten ist, dass im Prognosezeitraum bis 2026 die Anzahl der Personen in der Altersgruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahre) erheblich sinkt. Die Nachfrage nach einer stationären pflegerischen Versorgung sollte in diesem Zeitraum daher ebenfalls abnehmen, da das durchschnittliche Heimeintrittsalter bei 82,4 Jahren liegt.

Die größte Personenanzahl liegt bei den Männern und Frauen im Altersbereich 55 bis 65 Jahre (Babyboomer-Generation; Geburtsjahre 1955 - 1965). Die ersten Jahrgänge dieser Altersgruppe werden in etwa 15 Jahren ein Alter erreichen bei dem eine hohe Pflegewahrscheinlichkeit besteht. Die aktuelle, vorhandene pflegerische Infrastruktur könnte die zu erwartende Nachfrage-Expansion nicht auffangen. Ein Pflegenotstand könnte eintreten, falls auf Bundes- / Landesebene keine politische (Neu-)Ausrichtung der Pflege erfolgt.

Abbildung 5: Nichtdeutsche nach Altersjahren und Geschlecht am 31.12.2021

(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung 31.12.2021)

Bei der ausländischen Bevölkerung ist die absolute Personenanzahl der Hochbetagten (ab 80 J.) - mit einer gesteigerten Pflegewahrscheinlichkeit – klein. Es wird angenommen, dass eine Pflegebedürftigkeit 10 Jahre früher als bei der deutschen Bevölkerung eintritt, da die (ältere) ausländische Bevölkerung überwiegend in körperlich anstrengenden Berufen tätig war (Arbeitsmigranten). Aufgrund des (steigenden) Bevölkerungsanteils der Personen mit Migrationshintergrund (vgl. Abb. 2) sind Aspekte der interkulturellen Öffnung der Pflege zu berücksichtigen.

Tabelle 1 - Altenquotient

Altenquotient - Jahr 31.12.	2021	2024	2026	2030
von 18 bis unter 65 Jahren	128.701	123.603	125.661	118.090
65 Jahre und älter	46.799	47.709	48.568	50.188
Altenquotient	36,36	38,60	38,65	42,50

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

Der Altenquotient der Oberhausener Gesamtbevölkerung wächst seit 2011 (Quotient: 34,21) 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 (Über)Alterung der Oberhausener Stadtgesellschaft. Auch die bisherige Zuwanderung ändert diesen Trend nicht.

Der Altenquotient ist eine Rechengröße zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der älteren – im Wesentlichen nicht mehr erwerbstätigen – Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter.⁶

⁶ Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung - 2016

Tabelle 2 - Greying Index

Greying-Index - Jahr 31.12.	2021	2024	2026	2030
80 Jahre und älter	15.131	13.689	12.751	12.749
65 bis unter 80 Jahre	31.668	34.019	35.817	37.438
Index-Wert	47,78	40,24	35,60	34,05

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

Der Greying-Index ist das quantitative Verhältnis der 80-Jährigen und älter (Hochaltrigen) bezogen auf die 65- bis unter 80-Jährigen. Geringe Geburtenzahlen und eine steigende Lebenserwartung lassen eine zunehmende Überalterung der Gesellschaft / Vergreisung (Grad der Hochaltrigkeit) vermuten. Der Greying-Index misst zur Beobachtung dieser Annahme den Alterungsprozess der älteren Bevölkerungsgruppen.⁷

Der bis ins Jahr 2026 fallende Index-Wert resultiert aus einem Rückgang der Hochaltrigen sowie einer Zunahme der „Jungen Senioren“ und kann ein Hinweis auf einen sich abschwächenden stationären Pflegebedarf sein, da das durchschnittliche Heimeintrittsalter 82,4 Jahre beträgt. „Junge Senioren“ werden bevorzugt durch Angehörige und professionelle ambulante Pflegedienstleister betreut bzw. haben Hilfs-/Unterstützungsbedarfe.

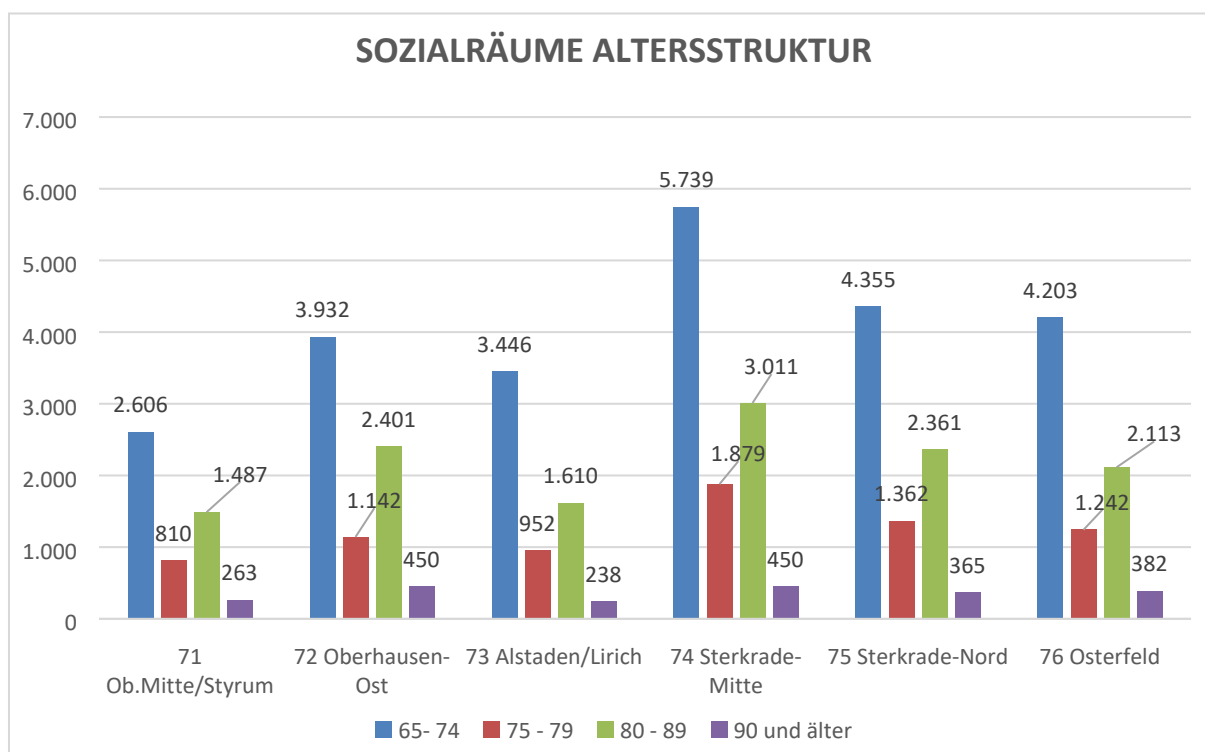
Tabelle 3 – Aging Indikator

Jahr 31.12.	2021	2024	2026	2030
unter 20 Jahre	38.355	39.031	39.200	39.321
über 65 Jahre	46.799	47.709	48.568	50.188
Index-Wert	122,02	122,23	123,90	127,64

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

Der Aging-Index eignet sich besonders gut für die Darstellung der Alterung, da er die jungen und älteren Altersgruppen direkt in Bezug setzt (Verhältnis älterer Menschen zu jungen Menschen). Bei der älteren Altersgruppe beträgt der Zuwachs an Personen über den Prognosezeitraum hinaus (bis ins Jahr 2030) 3.389 Personen und bei der jüngeren Altersgruppe nur 966 Personen. Oberhausen kommt „in die Jahre“. Es sind Anhaltspunkte vorhanden, dass die Anzahl der potenziellen Auszubildenden – auch in der pflegerischen Versorgung- sinken wird.

⁷ <https://duva-server.de/kosisapp/erlaeuterungen.php>

Abbildung 6: Sozialräume – Altersstruktur

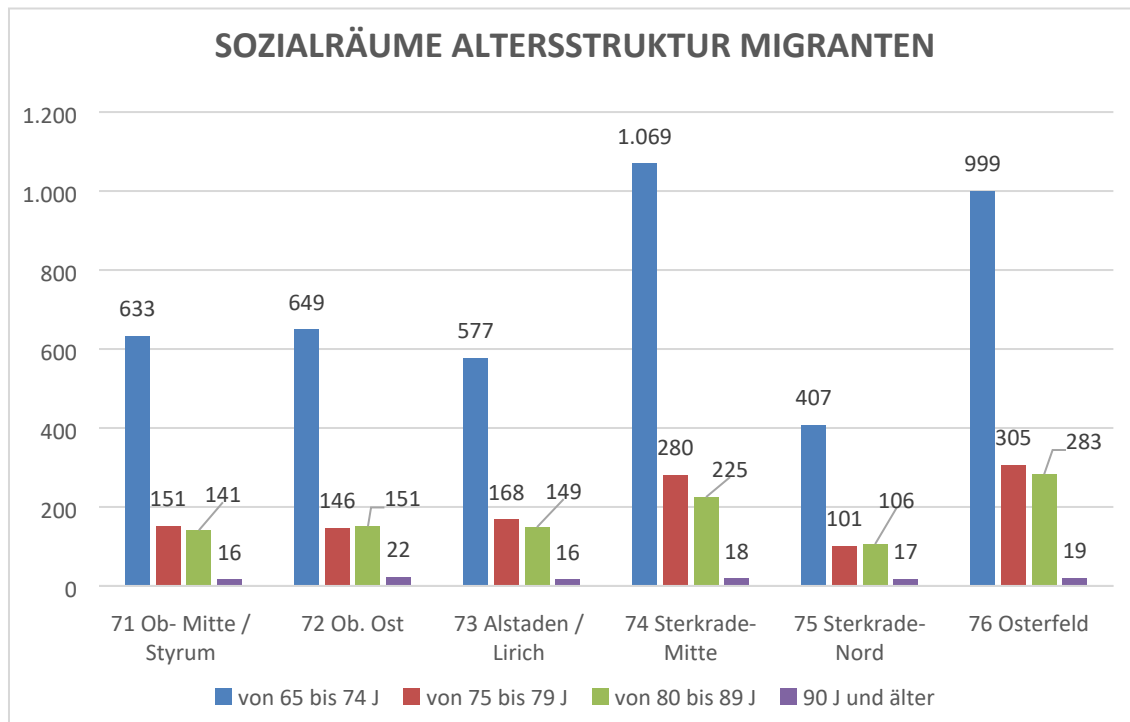
(Quelle: 4-5/Statistik, Eigene Darstellung – 31.12.2021)

In der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen (steigendes Pflegerisiko) leben insgesamt 31.668 Personen (31.12.2019 = 31.727) in allen Sozialräumen. Die meisten Personen in dieser Altersgruppe wohnen in Sterkrade-Mitte mit 7.618 (31.12.2019 = 7.613), danach folgt Sterkrade-Nord mit 5.717 Personen (31.12.2019 = 5.654). Mit 3.416 Personen (31.12.2019 = 3.560) wohnen die wenigsten Personen in dieser Altersgruppe in Oberhausen Mitte / Styrum.

In den 6 Oberhausener Sozialräumen lebten am 31.12.2021 insgesamt 15.131 (31.12.2019 = 14.727) Hochbetagte (ab 80 Jahre). Mit 3.461 Personen (31.12.2019 = 3.368) leben die meisten Hochbetagten in Sterkrade-Mitte, gefolgt von Oberhausen-Ost mit 2.851 Personen (31.12.2019 = 2.844). Die wenigsten Hochbetagten wohnen in Oberhausen Mitte / Styrum mit 1.750 Personen (31.12.2019 = 1.770).

In der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen und bei den Hochbetagten leben die meisten Personen in Sterkrade-Mitte. Aufgrund dieser Altersstruktur besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit an Pflegebedürftigen in diesem Sozialraum. Die (steigenden) Fallzahlen können auch für eine hohe Attraktivität dieses Stadtteils für „älter werdende Bevölkerungsgruppen“ sprechen.

Der Sozialraum Oberhausen Mitte / Styrum hat in beiden Altersgruppen die kleinsten Fallzahlen.

Abbildung 7: Sozialräume – Altersstruktur Migranten ab 65 Jahre

(Quelle: 4-5/Statistik, Eigene Darstellung – 31.12.2021)

Die isolierte Betrachtung der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ergibt, dass in allen Oberhausener Sozialräumen insgesamt 5.485 Personen der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre und 1.163 Hochbetagte leben. Die meisten Hochbetagten-Migranten (80 Jahre und älter) leben in Osterfeld (302 Personen) gefolgt von 243 Personen in Sterkrade-Mitte. Die wenigsten Hochbetagten-Migranten (123 Personen) wohnen in Sterkrade-Nord.

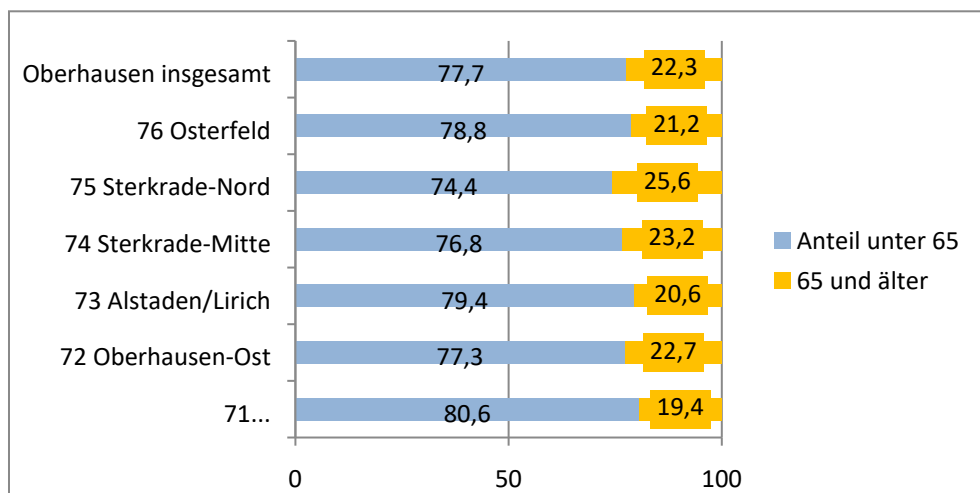
In der gesamten Altersgruppe der über 65-Jährigen Migranten leben die meisten Personen in Osterfeld (1.069 Personen), danach folgt knapp Sterkrade-Mitte mit 1.592 Personen. Mit 631 Personen wohnen die wenigsten Personen dieser Altersgruppe in Sterkrade-Nord.

Anzumerken bleibt, dass bei den „Jungen Senioren“ im Alter von 65 bis 74 Jahren in Sterkrade-Mitte mehr Migranten leben als in Osterfeld. Dies könnte für eine besondere Attraktivität dieses Stadtteils auch für „älter werdende Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund“ sprechen (vgl. Abb. 7: gleiche Aussage für Gesamtbevölkerung).

Die vorstehenden Aussagen gehen auf die absolute Anzahl der im jeweiligen Sozialraum lebenden Personen der jeweiligen Alterskohorte ein.

Für eine vorzuhaltende pflegerische Infrastruktur und eine interkulturelle Öffnung der Pflege ist nur die absolute Anzahl der Betroffenen entscheidend.

Abbildung 8: Anteil der Bevölkerung unter 65 Jahre sowie 65 Jahre und älter nach Sozialräumen:

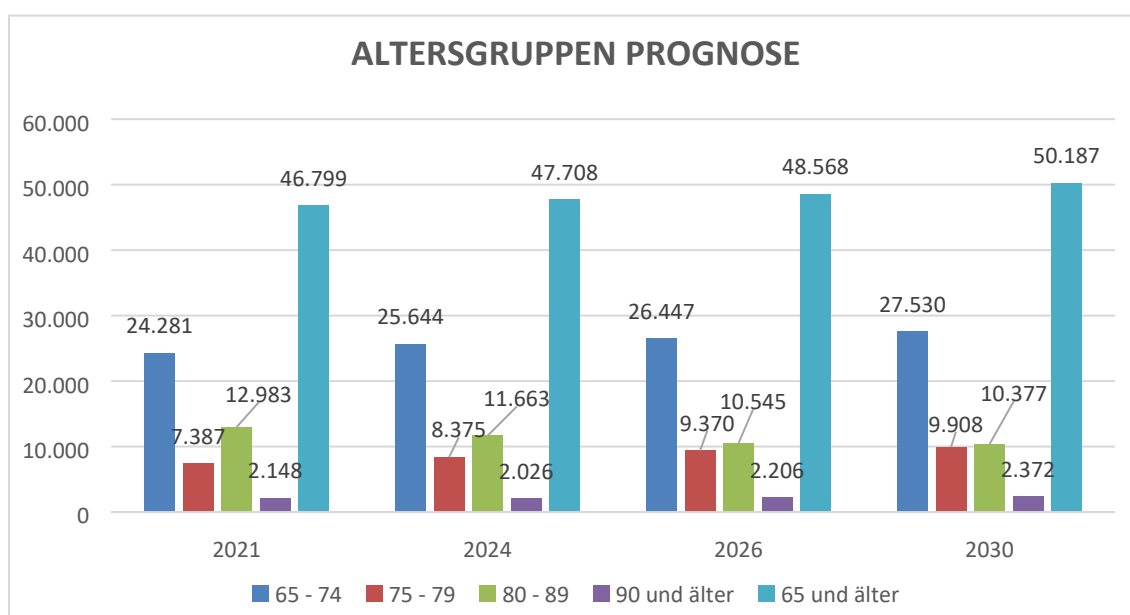


(Quelle: 4-5/Statistik, Eigene Darstellung – 31.12.2021)

Die Altersverteilung der über 65-Jährigen im Stadtgebiet macht deutlich, dass im Sozialraum Sterkrade-Nord prozentual mehr Ältere wohnen als in der Gesamtstadt. Der Anteil der Älteren ist in Sterk.-Nord weiter von 24,5% im Jahr 2019 auf 25,6% im Jahr 2021 gestiegen (2017=23,9%). Eine Alterssegregation, die räumlich ungleiche Verteilung (Entmischung) von Altersgruppen im Stadtgebiet, könnte in diesem Sozialraum entstehen. Bei den anderen Sozialräumen liegen die Zuwächse „nur“ bei max. 0,4% seit dem Jahr 2019.

4.2 Bevölkerungsentwicklung

Abbildung 10: Gesamtstadt - Bevölkerungsentwicklung 65 Jahre und älter

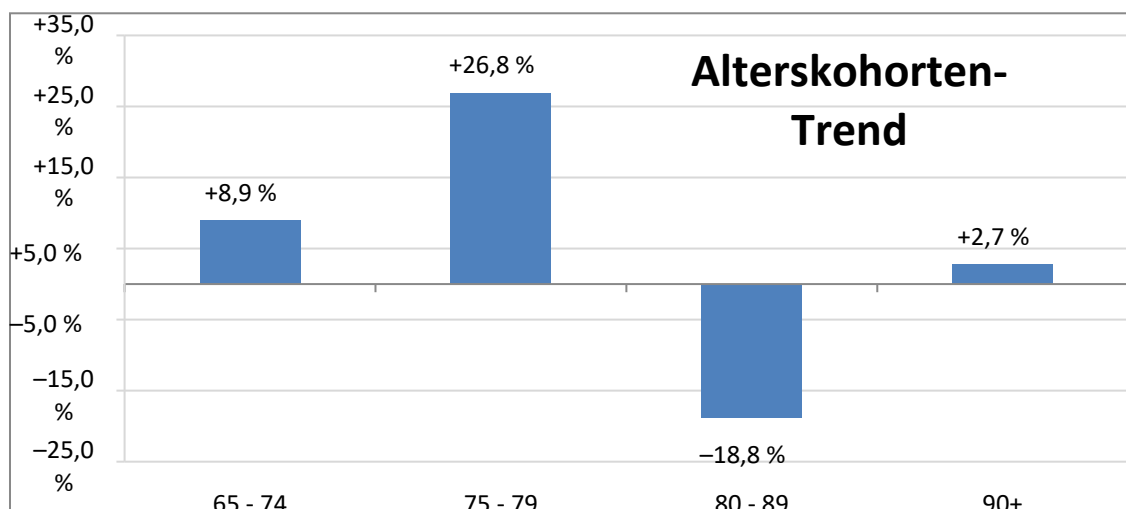


(Quelle: 4-5/Statistik; Eigene Darstellung)

Die Oberhausener Gesamtbevölkerung wird bis ins Jahr 2026 (Betrachtungszeitraum der örtlichen Pflegeplanung) auf 209.431 sinken.

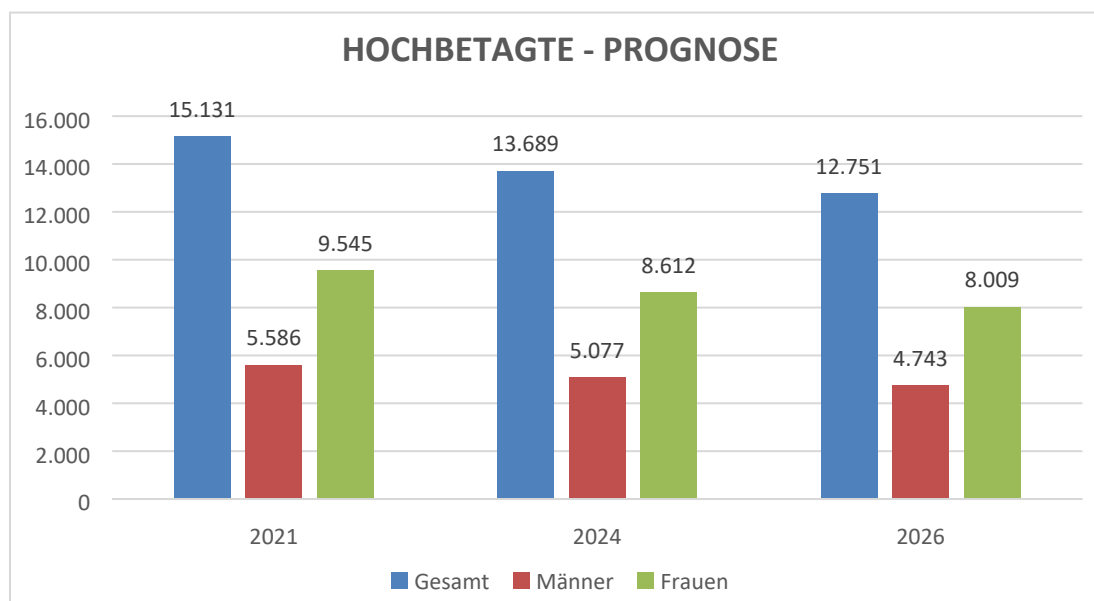
Gleichzeitig wird die Altersgruppe der über 65-Jährigen auf 48.568 im Jahr 2026 steigen (+1.769 Personen ggü. Jahr 2021). Hierbei ist die Steigerung der Anzahl auf eine Zunahme der „jungen Senioren“ im Alter von 65 – 79 Jahren zurückzuführen, da die geburtenstarke Generation der Babyboomer ins Rentenalter kommt. Dieser Trend setzt sich bis ins Jahr 2030 fort. In den Altersgruppen „80 Jahre und älter“ - größere Wahrscheinlichkeit einer stationären Versorgung - sinkt die Anzahl der Personen von 2021 bis ins Jahr 2026 um 2.380 Personen.

Abbildung 11: Alterskohorten-Trend 2021 - 2026



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

Abbildungen 12: Hochbetagte - Prognose Jahr 2026



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

Wird die Bevölkerungsentwicklung in Oberhausen differenziert nach der getrennten Entwicklung der männlichen und weiblichen Hochbetagten betrachtet, so wird deutlich, dass bei dem Verhältnis der Männer und Frauen (ab 80 Jahre) der Frauenanteil sehr stark überwiegt. Dieser Trend gilt auch bei erheblich rückläufigen Gesamtwerten (Jahr 2021 = 15.131; Jahr 2026 = 12.751) Grundsätzlich haben Frauen in Deutschland eine höhere Lebenserwartung als Männer. Dieser Sachverhalt führt zu einem höheren Anteil von Frauen im hohen Alter. Ursache dafür ist die unterschiedliche Sterblichkeit durch verschiedene biologische und soziale Risiken im Lebensverlauf.⁸ Hochaltrigkeit ist überwiegend weiblich (Jahr 2026 = Frauenanteil 63 %) und oft „einsam“ (Feminisierung des Alters).

Die Gesamtanzahl der männlichen und weiblichen Hochbetagten sinkt merklich ab dem Jahr 2021 um 2.380 Personen bis ins Jahr 2026, so dass eine geringere Nachfrage bei der vollstationären Dauerpflege zu erwarten ist.⁹

Hochaltrige Pflegebedürftige werden verstärkt durch institutionelle Pflege- / Hilfeleistungen unterstützt, die familiäre Pflege tritt aufgrund des erheblichen Betreuungsaufwandes zurück. Bei Hochaltrigen ist von einem verstärkten Auftreten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auszugehen. Familiäre Unterstützungssysteme greifen in dieser Altersgruppe nur noch wenig und die institutionelle, professionelle Pflege-, Hilfeleistung überwiegt, da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit für eine deutliche Zunahme von Multimorbidität (Mehrfacherkrankungen) und Pflegebedürftigkeit gegeben ist.

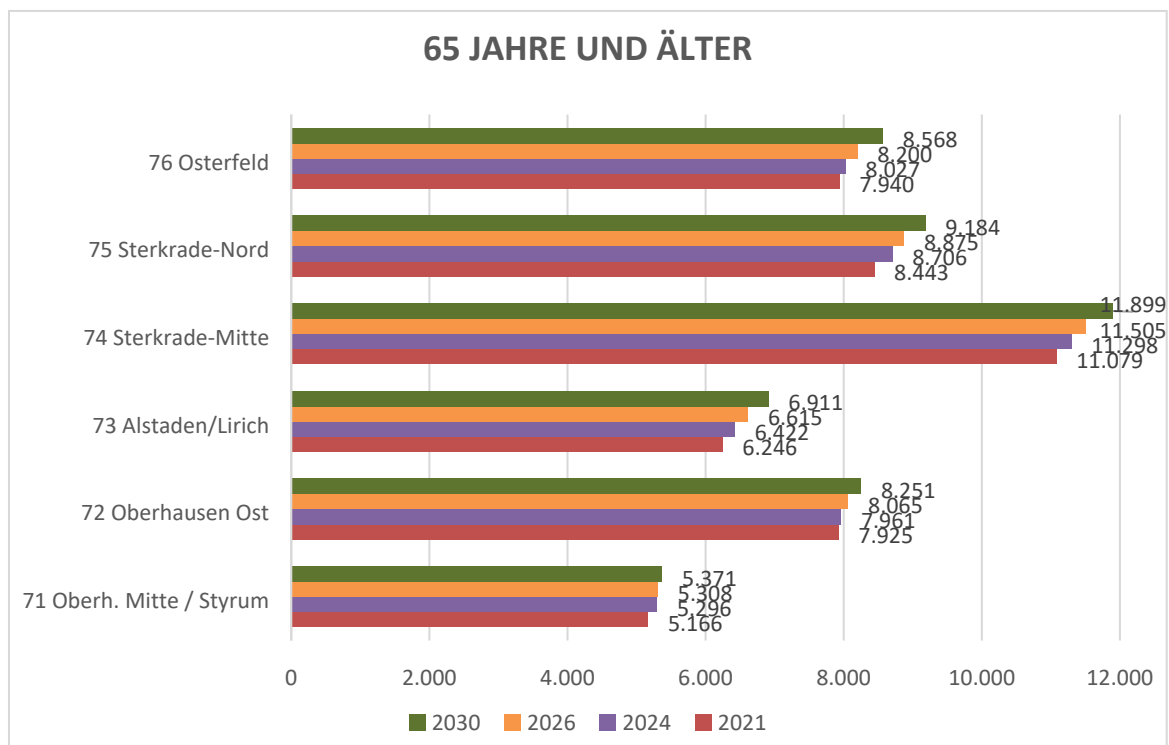
⁸ <http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/225395/sterblichkeit-und-hochaltrigkeit>

⁹ Heimeintrittsalter Durchschnitt 82,4 Jahre

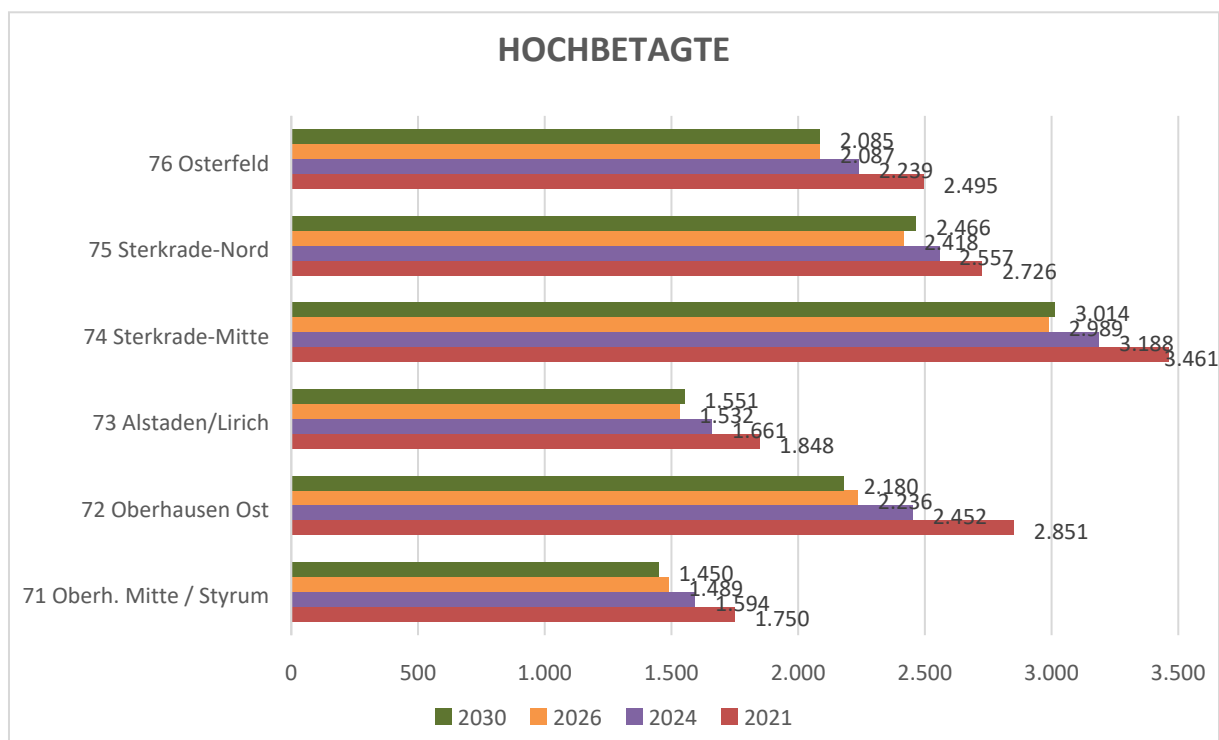
4.2.1 Bevölkerungsentwicklung in den Sozialräumen

Abbildungen 13 a, b, c: Sozialräume – Bevölkerungsprognose 2021 – 2030

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

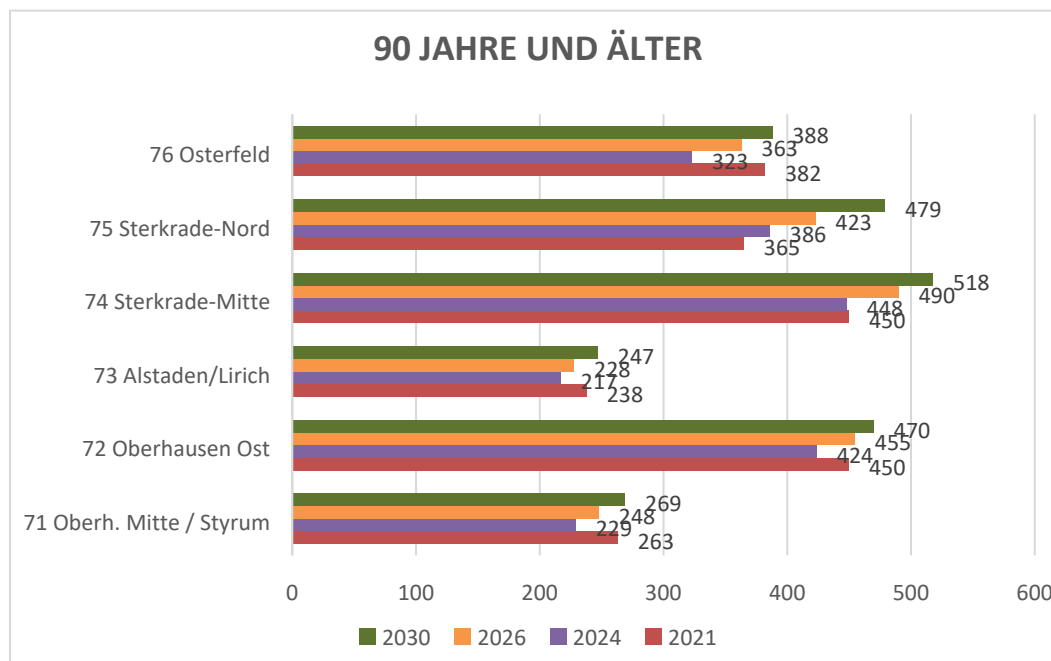


Im Sozialraum Sterkrade-Mitte werden auch zukünftig die meisten über 65-Jährigen leben. In Oberhausen Mitte/Styrum leben die wenigsten Senioren.



In allen Sozialräumen sinkt die Anzahl der Hochbetagten bis 2026. Im Sozialraum Sterkrade-Mitte werden bis 2026 weiterhin die (absolut) meisten Hochbetagten wohnen. Dies ist ein Personenkreis mit gesteigerten Anforderungen an Hilfs- und Pflegeleistungen.

Wird die Alterskohorte „90 Jahre und älter“ (Teilmenge der Hochbetagten) isoliert betrachtet, so fällt auf, dass in Sterkrade-Mitte bis 2026 eine Steigerung um +40 Personen (+8,9%) auf absolut 490 Personen prognostiziert wird. Oberh.-Ost verbleibt bis 2026 auf hohem Niveau mit 455 Personen. Sterkrade-Nord entwickelt - mit einer Zunahme von 15,8% bis 2026 - ebenfalls ein hohes Niveau mit 423 Personen. In dieser Altersgruppe beträgt die Pflegewahrscheinlichkeit 70%.



5. Pflegebedürftige, Pflegebedürftigkeit – Bestand und Entwicklung

Mit der Einführung des Pflegestärkungsgesetzes II zum 01.01.2017 - Pflegegrade und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – ist eine (politisch gewollte) erhebliche Steigerung der Anzahl der Anspruchsberechtigten eingetreten (2017 - 2019: +24,8%). Steigende Lebenserwartungen des Einzelnen und alternde Gesellschaftsstrukturen führen zusätzlich zu steigenden Pflegewahrscheinlichkeiten. Pflegebedürftigkeit ist eindeutig alterskorreliert, so dass die Altersstruktur der Bevölkerung und die Bevölkerungsprognose Indikatoren für die Entwicklung der Pflegehäufigkeit/-wahrscheinlichkeit sind.

Das Statistische Bundesamt¹⁰ gibt folgende Pflegewahrscheinlichkeiten an:

- 75 – 79 Jahre: jeder Zehnte
- 80 – 85 Jahre: jeder Fünfte
- Ab 90 Jahre: ca. zwei Drittel. Die Hälfte davon wird stationär versorgt.

¹⁰ Ältere Menschen in Deutschland und der der EU 2016

Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Belastung, zumal sich die Familienstrukturen verändert haben. In den Familien gibt es weniger Kinder, oft sind diese berufstätig, wohnen entfernt und können sich nicht so intensiv um ihre Eltern kümmern, wie es früher einmal der Fall war. Angehörige müssen geschult und angeleitet werden. Sie sind zu unterstützen und es ist dafür zu sorgen, dass keine Überforderung eintritt. Zunehmend heterogenen und komplexen Versorgungsbedarfen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden ist eine Herausforderung, damit eine abgestimmte, qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden kann.

Im Rahmen der örtlichen Planung können Prognosemodelle, welche den alten Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigen, nicht zur Prognose zukünftiger Bedarfe genutzt werden. Ausreichende Zeitreihen (Jahre 2017, 2019) stehen zur Fortschreibung ebenfalls noch nicht zur Verfügung. Aufgrund der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen (PSG II) sind die „alten Szenarien“ nicht übertragungsfähig.

Bei der Analyse des Bestandes und der Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen wird daher die demografische (Altersgruppen-) Entwicklung und damit die altersbedingte Pflegewahrscheinlichkeit (Prävalenzrate) berücksichtigt. Die Stiftung Bertelsmann geht in dem Themenreport „Pflege 2030“ von einer Konstanz der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten auch in den nächsten 20 Jahren aus.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie Pflege und Versorgung zukünftig aussehen können. Wie verteilt sich die Inanspruchnahme der Pflege auf häusliche, ambulante und stationäre Angebote? Wird Digitalisierung zu einer Entlastung führen? Die demographischen Trends weisen darauf hin, dass Pflege und Versorgung zu einer großen gesellschaftlichen Herausforderung werden. Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit kann u.a. durch Prävention und Reha-Angebote sowie gesellschaftliche Teilhabe (vs. Vereinsamung) verhindert/verzögert werden. Eine Ausweitung dieser Angebote ist anzustreben.

Steigender Pflegebedarf trifft auf geänderte familiäre Strukturen und ein geändertes Frauenbild (gesteigerte Frauenerwerbstätigkeit). Die häusliche Pflege ist überwiegend „weiblich“, so dass mit der gesellschaftlichen Veränderung der Frauenerwerbstätigkeit u. a. ein sinkendes „informelles Pflegepotenzial“ (Pflege durch Angehörige) bei der häuslichen Pflege verbunden ist.

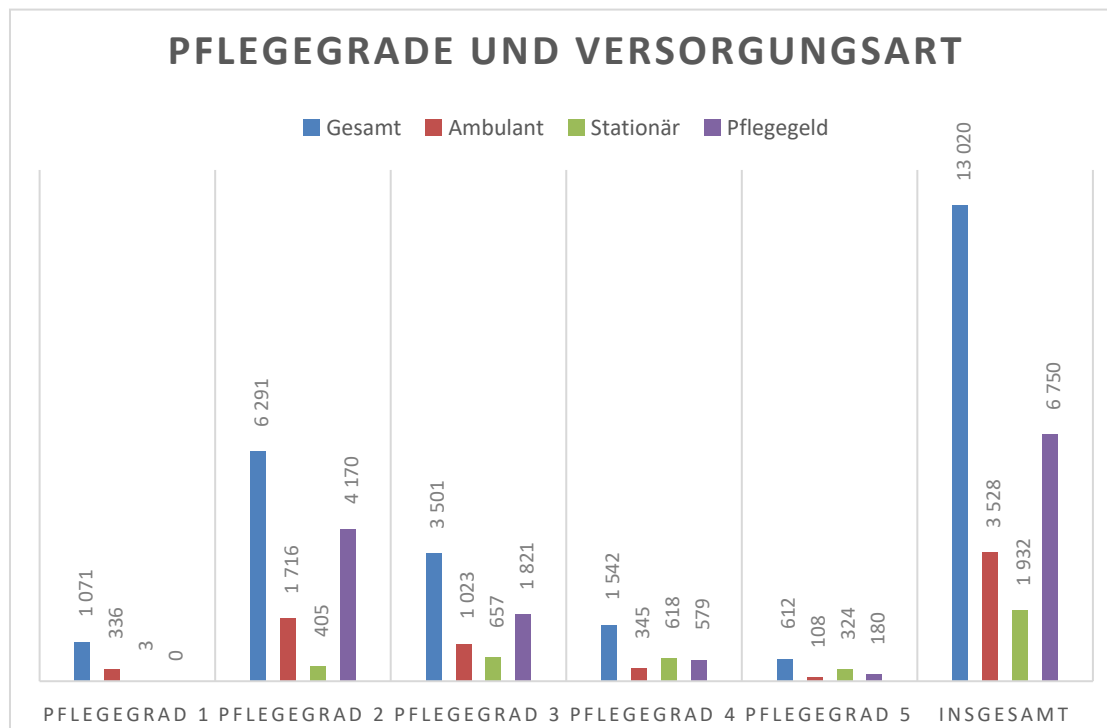
Aufgrund des auf 82,4 Jahre gestiegenen, durchschnittlichen Heimeintrittsalters werden stationäre Pflegeplätze einer Einrichtung teilweise mehrfach (Faktor 1,8) innerhalb eines Jahres belegt (kürzere Verweildauer). Bei den stationär versorgten Männern liegt die Verweildauer oft bei nur 6 Monaten und bei Frauen bei ca. 3 Jahren. Durch den späten Beginn der stationären Pflege sind eine ambulante professionelle Versorgungsstruktur sowie Tagespflegeangebote wichtig für eine lange Deckung des pflegerischen Bedarfs und zur Vermeidung des Heimeintritts.¹¹ Weiterhin wächst die Bedeutung von komplementären Hilfs- und Versorgungsangeboten. Dadurch ist gleichzeitig eine Entlastung der Angehörigen möglich.

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

¹¹ Barmer Pflegereport 2019

bestimmten Entwicklung der Pflegequoten und der Bevölkerungszahlen ausgehen. Je weiter der Blick in die Zukunft gerichtet ist, desto eher können Prognosen von der Realität abweichen, da heute nicht absehbare (politische, gesellschaftliche) Entwicklungen eintreten können.

Abbildung 14: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad



(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung, inkl. unter 65-Jährige; 31.12.2019)

Am 31.12.2019 wurden insgesamt 13.020 Pflegebedürftigen wie folgt versorgt:

- 3.528 Personen durch ambulante Pflegedienste (34%)
- 1.932 Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen (15%)
- 6.750 Personen erhielten Pflegegeld (= reine Angehörigenpflege) (66%)
- 735 Personen erhielten den Entlastungsbetrag im „Pflegegrad 1“

Damit wurden 11.013 Personen in der eigenen Häuslichkeit betreut (85%). Am 31.12.2017 waren dies noch 8.538 Personen.

Beim Vergleich der Versorgungsarten am 31.12.2019 und 31.12.2017 ergibt sich folgende Entwicklung:

- Die Anzahl der Pflegebedürftigen stieg zum 31.12.2019 um insgesamt 2.586 Personen (+24,8%) auf 13.020 – hier wirkt sich (immer noch) der geänderte Pflegebedürftigkeitsbegriff aus (PSG II, 01.01.2017), da nach dem neuen Begutachtungsverfahren zusätzliche Personen leistungsberechtigt sind.
- Von 2017 bis 2019 ist die Betreuung im PG 4 (Pflegebedürftige mit schwersten Beeinträchtigungen) und PG 5 (schwerste Beeinträchtigungen und besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung) mit ausschließlich Pflegegeld um 7,2% und in stationären Einrichtungen um 11,5% gestiegen. Zuhause, in den eigenen 4

Wänden, werden insgesamt (Ambulant + Pflegegeld) mehr Schwerst-Pflegebedürftige betreut als in stationären Einrichtungen.

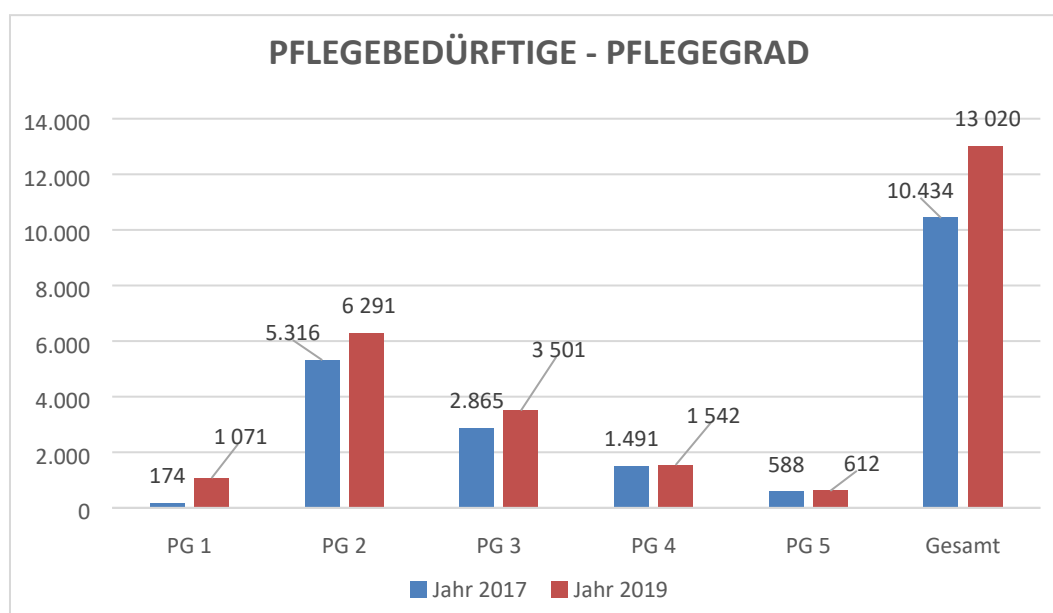
- Durch ambulante Dienste wurden 3.528 Personen gepflegt. Dies entspricht einer Zunahme von 690 Personen (+24,3%). „Ambulant vor stationär“ greift.
- In der vollstationären Dauerpflege wurden 1.932 Personen betreut. Damit wurden 36 Personen mehr stationär (+1,8%) gepflegt.
- Der Bezug von Pflegegeld stieg um 1.050 Personen (+18,5%) auf 6.750 Berechtigte und ist weiterhin die am häufigsten genutzte Versorgungsleistung.

Zusammenfassung:

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat überwiegend Auswirkungen auf „niedrige“ Pflegegrade und es sind keine wesentlichen Zuwächse in der stationären Versorgung entstanden. Es tritt eine weitere – vom Gesetzgeber gewünschte – Ambulantisierung in der Pflege ein (Grundsatz: „ambulant vor stationär“). Mehr Pflegebedürftige werden in der eigenen Wohnung durch Angehörige und professionelle ambulante Dienste gepflegt. Angehörige sind die wichtigste und tragende Säule in der Versorgung Pflegebedürftiger. Sie sind zu unterstützen, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials erreicht wird.

Der Ausbau der Tagespflegeplätze in Oberhausen konnte weiter erweitert werden (2016=105, 31.12.2019=223, 04/2022=270 Plätze) und hat sich als wirksame Maßnahme erwiesen. Angehörige werden in der Pflege entlastet und die Pflegebedürftigen können länger in der vertrauten Wohnung leben – bei Bedarf mit zusätzlicher ambulanter professioneller Pflege. Die Tagespflege verzögert einen evtl. notwendigen Übergang in die stationäre Versorgung. Obwohl absolut ca. 36 Personen mehr vollstationär versorgt wurden, konnte ein leichter prozentualer Rückgang (-3%) in der stationären Dauerpflege erreicht werden. Dies ist bei einer Steigerung der Gesamt-Anzahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 24,8% als Erfolg zu werten.

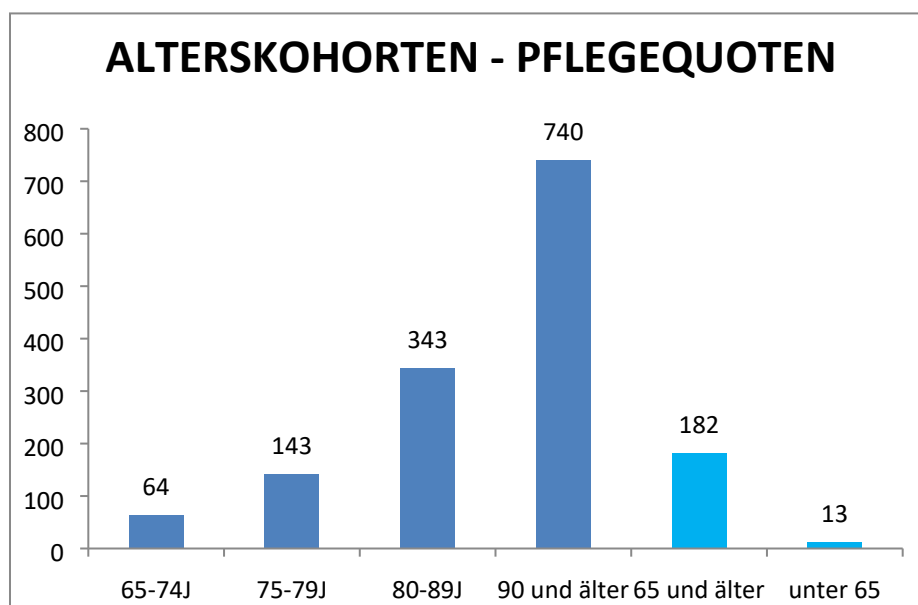
Abbildung 15: Entwicklung Pflegebedürftige nach Pflegegrad 2017 - 2019



(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung; PG=Pflegegrad; 31.12.2019)

In Pflegegrad 1 sind 1.071 Personen (+1.763% zu 2017) eingeordnet, die aufgrund des geänderten Pflegebedürftigkeitsbegriffes leistungsberechtigt sind. Mit 6.291 Personen (+18,3%) ist die größte Anzahl der Pflegebedürftigen dem Pflegegrad 2 zugeordnet. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 01.01.2017 wurde die Überführung der Pflegestufen in Pflegegrade zunächst automatisch nach einer gesetzlichen Überleitungsregel mit Hilfe des Merkmals „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ (EEA) durchgeführt. Den Pflegegraden 4 („schwerste Beeinträchtigungen“) und PG 5 („schwerste Beeinträchtigungen und besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung“) sind insgesamt 16,5 % aller Pflegebedürftigen zugeordnet.

Abbildung 16: Alterskohorten und Pflegequoten



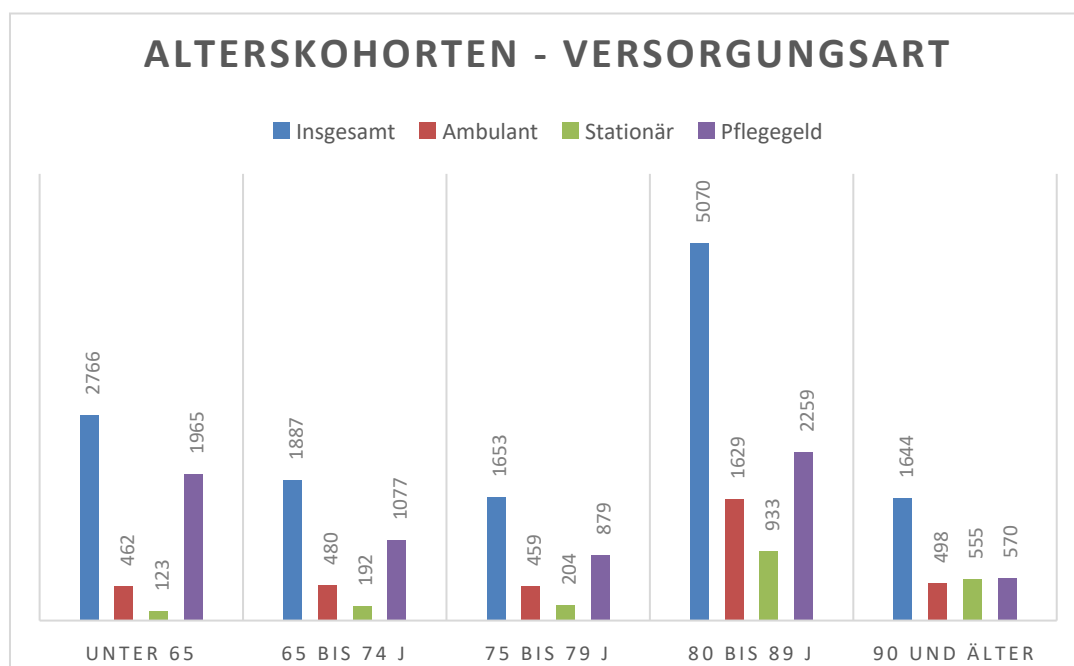
(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung, inkl. unter 65-Jährige)

Das Risiko pflegebedürftig zu sein, ist im hohen Maße altersabhängig. Die ermittelte Pflegequote¹² sagt aus, wie viele Personen bezogen auf 1.000 Menschen einer Altersgruppe pflegebedürftig sind. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres steigt die Pflegequote, d.h. der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in der gleichen Altersgruppe, deutlich an. Bei den „Jungen Pflegebedürftigen“ (unter 60 Jahre) ist das Pflegerisiko gering.

In der Altersgruppe „90 Jahre und älter“ sind bereits 740 von 1.000 Personen pflegebedürftig. Der Unterschied zur Altersgruppe „80 – 89 Jahre“ ist erheblich - die Pflegequote hat sich mehr als verdoppelt. Die Altersgruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) ist bei der Pflege(bedarfs)planung, der Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegeinfrastruktur bevorzugt zu berücksichtigen.

Die örtliche Planung nach § 7 APG NRW schaut auf den Prognosezeitraum bis ins Jahr 2026, da so ein überschaubarer Planungszeitraum mit einer größeren Eintrittswahrscheinlichkeit vorliegt.

¹² Die Pflegequote ergibt sich als Quotient der Anzahl von Pflegebedürftigen einer Altersgruppe zur Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe

Abbildung 18: Alterskohorten und Versorgungsart

(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung, inkl. unter 65-Jährige; 31.12.2019)

Die obige Abbildung verdeutlicht:

- mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme der vollstationären Pflege
- Pflegegeld ist die am häufigste genutzte Versorgungsleistung. Selbst in der Altersgruppe „90 Jahre und älter“ beziehen 570 Personen Pflegegeld, dies bedeutet ausschließlich private Betreuung und „nur“ 555 Personen dieser Altersgruppe befinden sich in der vollstationären Versorgung. Weitere 498 Personen werden professionell ambulant betreut (also auch in der eigenen Häuslichkeit mit Angehörigen-Betreuung!).
- von insgesamt 13.020 Pflegebedürftigen in Oberhausen sind 51,3% in der Altersgruppe „80 Jahre und älter“ (Hochbetagte),

Tabelle 3: Kombination von Geld- und Sachleistungen

Pflegegrade	2017	2019
1	-	-
2	426	576
3	345	489
4	174	198
5	39	81
Gesamt	987	1.344

(Quelle: IT.NRW; Eigene Darstellung)

Mit steigendem Pflegegrad sinkt - wie vormals bei der Pflegestufe - die Inanspruchnahme der Kombinationsmöglichkeit. Die Angehörigenpflege tritt mit steigender Pflegebedürftigkeit zurück und der Anteil der professionellen Pflege (Sachleistung) überwiegt.

5.1 Besondere Aspekte bei Pflegebedürftigkeit

Menschen mit Pflegebedarf sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Erwartungen, sondern ebenso vielfältig wie unsere Gesellschaft insgesamt. Die Belange spezifischer Personengruppen (kognitive Einschränkungen, eingeschränkte Deutschkenntnisse, Migrationshintergrund, junge Pflegebedürftige, Sucht-/Drogenproblematik, LSBTQI) müssen berücksichtigt werden, ggfls. muss auf weiterführende spezialisierte Hilfen, Informationsmaterialien und Unterstützungsangebote hingewiesen werden.¹³

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.¹⁴ Diese Aspekte werden auch in § 1 II WTG NRW dokumentiert.

Ein Wunsch ist jedoch bei allen Personengruppen vorherrschend. Der lange Verbleib in den eigenen 4 Wänden bei möglichst großer Selbstständigkeit.

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.¹⁵

In den Prognosen zur Pflegebedürftigkeit wurde deutlich, dass der überwiegende Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen weiblich ist (Abbildung 12). Auch in Zukunft werden Frauen absolut und relativ am stärksten unter den Menschen mit Pflegebedarf vertreten sein.

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 (prekäre Berufsbiographie), so dass Frauen häufiger als Männer auf Grundsicherung im Alter angewiesen sind.

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

¹³ Mehr Pflege wagen (Wir pflegen e.V.)

¹⁴ Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten

¹⁵ Zentrum für Qualität in der Pflege „Bedürfnisgerechte Pflege und Genderspekte“

(Kindererziehung, Haushaltsführung, Teilzeiterwerbstätigkeit) vorhanden ist, so dass Frauen erheblich von Altersarmut bedroht sind.

Kultursensible Pflege:

Nichtdeutsche und Personen mit Migrationshintergrund sind in der Altersklasse mit steigender Pflegewahrscheinlichkeit (Hochaltrige) in kleiner Anzahl vertreten (vgl. Abb. 2, 7). Weiterhin ist (noch) ein anderes Inanspruchnahme-Verhalten bei den Pflegeversicherungsleistungen festzustellen. Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund bzw. Nichtdeutsche erwarten 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 Migranten denen der deutschen Bevölkerung zeitversetzt annähern. Die Unterstützung und Versorgung älterer Migrant*Innen erhält mittelfristig 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.“¹⁶

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.

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

Der Verein „Pro Wohnen“ bietet in diesem Themenfeld ein niederschwelliges Beratungsangebot in der Muttersprache und einen häuslichen Unterstützungsdienst an. Die Beratung erfolgt niederschwellig, kultursensibel und quartiersbezogen zu Angeboten der Gesundheitsvorsorge, des Alters und der Pflege.

In der Sitzung der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege am 02.12.2015 wurde die Gründung des Arbeitskreises „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ beschlossen, der sich mit der o.g. Thematik befasst. Der Arbeitskreis initiierte 2017 den „Kongress Interkulturelle Öffnung der Pflege“. Im Jahr 2018 wurden „Pflegekarten“ getestet, die Situationen der täglichen Pflege durch Zeichnungen bildlich darstellen und durch einfache Sätze in verschiedenen Landessprachen zusätzlich erläutern. Die Pflegekarten wurden durch „Pro Wohnen“ weiterentwickelt. Im Jahr 2019 wurde eine Bustour für Ausländer / Personen mit Migrationshintergrund zu Oberhausener Pflegeeinrichtungen (stationäre Einrichtungen, Tagespflege, Junge Pflege, Hospiz) durchgeführt, damit Kenntnisse über die lokale Pflegeinfrastruktur und Pflegemöglichkeiten verbessert und evtl. bestehende

¹⁶ [www.oberhausen.de „pro wohnen“](http://www.oberhausen.de/pro_wohnen)

Berührungsgängste abgebaut werden können. Das niedragschwellige Angebot wurde sehr gut angenommen.

Oberhausen nimmt seit 2021 an dem Förderprojekt „Guter Lebensabend NRW - Kultursensible Altenhilfe und Altenpflege für Seniorinnen und Senioren mit Einwanderungsgeschichte“ teil (Federführung Bereich 2-6/Komm. Integrationszentrum). Das bewährte Format der Bustouren wurde aufgegriffen und Schulungen zur Interkulturellen Kompetenz in Gesundheits- und Pflegekontexten sowie in der Seniorenberatung wurden für Pflege- und Beratungskräfte durchgeführt. Das Projekt und die weiter geplanten Maßnahmen werden die „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ in Oberhausen befördern.

Demenz Erkrankte / Gerontopsychiatrische Erkrankungen:

Ausgehend von der Bevölkerungsprognose für die Altersgruppen der über 65 Jährigen kann mit einer mittleren Prävalenzrate¹⁷ nach EuroCoDe / Dr. Bickel eine Prognose-Berechnung der Demenzentwicklung bis ins Jahr 2026 erfolgen. Die Anzahl der Demenzerkrankten wird in den Altersgruppen „65 Jahre und älter“ von insgesamt 4.675 Personen im Jahr 2021 auf 4.852 Personen im Jahr 2026 steigen (statistische Annahme). Aufgrund der weiteren Alterung der Stadtgesellschaft steigen die Zahlen bis ins Jahr 2030 auf 5.013 Demenz-Erkrankte.

Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Wahrscheinlichkeit einer demenziellen Erkrankung (Alzheimer, vaskuläre Demenz). Demenz ist im höheren Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit. Aufgrund der Krankheitserscheinungen (u.a. Verlust von Wissen und Denken sowie Urteils- und Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Gedächtnisstörungen, Orientierungsprobleme, (Weg)Laftendenzen, aggressives Verhalten) werden besondere Anforderungen an die pflegerische Unterstützung und Betreuung gestellt, die mit Grenz- und Risikosituationen einhergehen. Angehörige sind bei der Betreuung Erkrankter - mit fortgeschrittener Demenz - oft überfordert. In Pflegeeinrichtungen (Tagespflege, vollstationäre Einrichtungen) ist ein erhöhter Betreuungs- und Personalaufwand notwendig. Zwei Drittel der demenziell Erkrankten sind über 80 Jahre alt und der Frauenanteil beträgt ca. 70% bei den Betroffenen¹⁸. Gesicherte Diagnosen sind oftmals nicht vorhanden, eine hohe Dunkelziffer kann unterstellt werden.

Auch in den stationären Pflegeeinrichtungen ist aufgrund des durchschnittlichen Heimeintrittsalters von 82,4 Jahren der Anteil demenzkranker Menschen erheblich gestiegen. Rund 70 Prozent aller Bewohner haben kognitive Störungen und zeigen oft damit einhergehende schwierige Verhaltensweisen.¹⁹ Ein erheblich erhöhter Betreuungs-/ Personalaufwand ist die Folge.

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. Im Jahr 2020 hat die Bundesregierung die Nationale Demenzstrategie verabschiedet. Ziel der Strategie ist, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Deutschland zu verbessern und ein offenes Klima für den

¹⁷ Anzahl der Erkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Vorkommenshäufigkeit)

¹⁸ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Berlin)

¹⁹ Ebd. Alzheimer Info 2/18

Umgang mit der Erkrankung zu schaffen. Dafür enthält die Nationale Demenzstrategie 160 konkrete Maßnahmen, die in den kommenden Jahren umgesetzt werden sollen.

Das „Netzwerk Demenz Oberhausen“ 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 u.a. das Projekt Leuchttürme entwickelt und Demenzberater geschult, die Betroffenen eine persönliche Beratung in ihrem Stadtviertel anbieten. Zusätzlich werden Projekte unterstützt bzw. entwickelt (go4cognition; Demenz Nacht-Café; Ich-Therapieball; Broschüren).

Die gerontopsychiatrische Beratungsstelle (AMEOS Klinikum St. Josef) bietet ebenfalls Unterstützung bei demenziellen Erkrankungen an.

Das AMEOS Klinikum St. Marien und das EKO Oberhausen bieten eine geriatrische Tagesklinik an und können eine qualifizierte Diagnose erstellen.

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.

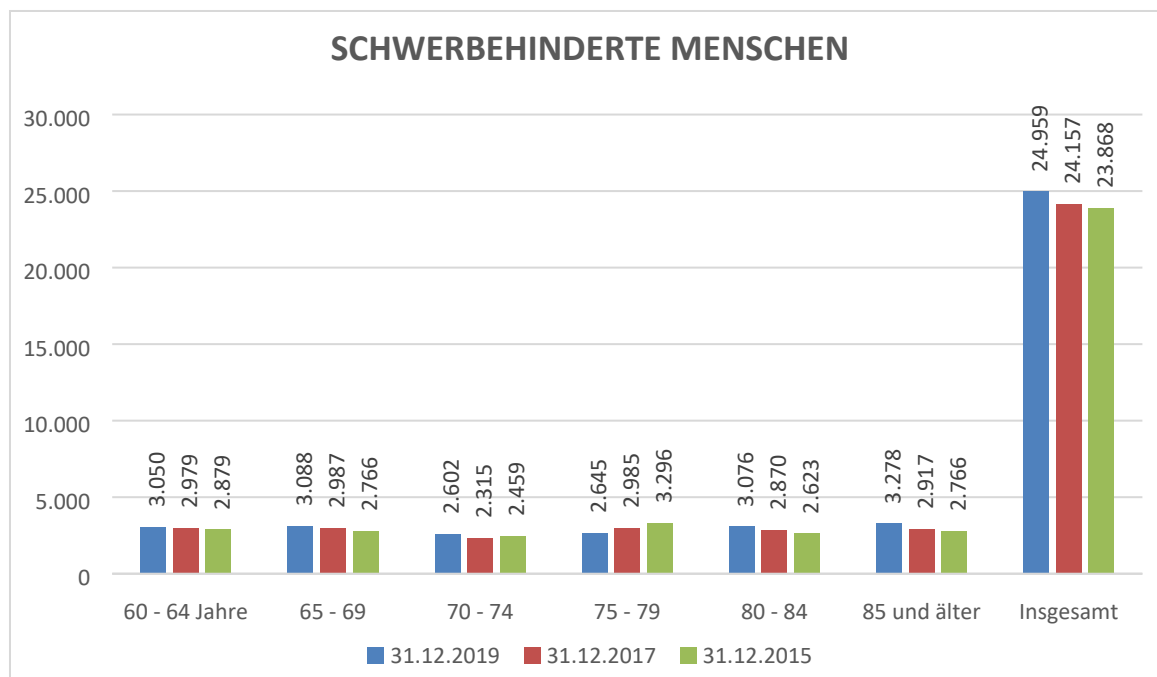
Pro wohnen international e.V. bietet Beratung und einen häuslichen Unterstützungsdienst für demenziell erkrankte Menschen und Hilfen für Angehörige an.

Das Haus Gottesdank bietet ein „Demenz-Nachtcfé“ an. Einmal im Monat wird am Freitag, von 17:00 – 21:00 Uhr, ein besonderes Betreuungsangebot gemacht. Angehörige erhalten eine Entlastungsmöglichkeit und Demenz-Erkrankte können an einem auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Programm teilnehmen.

Für die Beschäftigten der Stadt Oberhausen wurde im Jahr 2019 (vor Corona-Beginn) erstmalig ein Seminar „Demenz begegnet uns überall“ angeboten. Es wurde vermittelt, welche Hilfs- / Unterstützungsmöglichkeiten bei einer Demenz-Erkrankung (z.B. der eigenen Eltern, Angehörigen) bestehen. Das Angebot wurde sehr gut genutzt und es besteht weiterer Bedarf. Das Schulungsangebot soll fortgesetzt werden. Das vermittelte Wissen hilft den Beschäftigten, falls im eigenen privaten Umfeld eine Demenz-Erkrankung auftritt, beim Umgang mit den Demenz-Erkrankten und Beratungs-/Informationsangebote sind im Vorfeld bekannt.

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

Link: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/service/>

Pflegebedürftige Behinderte:**Abbildung 19: Schwerbehinderte Menschen – Entwicklung nach Altersgruppen**

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

Die Anzahl der schwerbehinderten Menschen ist in der Altersgruppe der über 80-Jährigen gestiegen. Insgesamt ist die Anzahl der Schwerbehinderten „60 Jahre und älter“ seit 2015 um 1.091 Personen gestiegen. Deutlich wird, dass auch Schwerbehinderte vermehrt ein hohes Alter erreichen. Daher ist zu erwarten, dass altersbedingter Pflegebedarf – zusätzlich zu einer teilweise seit vielen Jahren bestehenden Behinderung (geistig, körperlich) – entsteht.

„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).²⁰

Die Anzahl und der relative Anteil der Seniorinnen und Senioren mit lebenslanger Behinderung an der Bevölkerungsgruppe der alten wie der behinderten Menschen ist seit 2015 deutlich gestiegen. Dabei handelt es sich um eine „Normalisierung“ der Altersstruktur von Menschen mit lebenslanger Behinderung, eine nachholende Entwicklung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Eine zukünftige Kernaufgabe moderner Sozialpolitik besteht somit darin, Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung auch für ältere Menschen mit Behinderungen sicherzustellen“²¹

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren haben - wie erwartet - dazu geführt, dass sich der Anteil der Menschen mit Behinderung, die in

²⁰ KathHO, Handout Prof. Dr. Diekmann, 25.11.2015²¹ MAIS NRW; Bd. 2 – Expertise zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in NRW (2016)

(voll)stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, und die auch aufgrund einer Pflegegradeinstufung Ansprüche nach dem SGB XI geltend machen können, deutlich erhöht hat (§ 43 a SGB XI). Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat nicht dazu geführt, dass die Träger der (voll)stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe vermehrt festgestellt haben, dass ihre Klienten so pflegebedürftig sind, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann.²²

In Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird inzwischen auch „Altenpflege-Personal“ eingesetzt, damit den zusätzlichen, altersbedingten Anforderungen entsprochen werden kann. Zusätzlich zur Betreuung im Rahmen einer bestehenden Behinderung ist eine altersbedingte Pflege notwendig.

Junge Pflege Pflegebedürftige (unter 60 Jahre):

Am 31.12.2019 gab es in Oberhausen insgesamt 2.133 junge Pflegebedürftige (1.120 Männer, 1.013 Frauen). IT.NRW hatte vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs prognostiziert, dass bis ins Jahr 2030 kaum Veränderungen eintreten werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff hat aber auch hier zu einer Zunahme der Anspruchsberechtigten geführt.

Tabelle 4: Junge Pflegebedürftige (unter 60 Jahre) und Versorgungsart

Junge Pflegebedürftige (unter 60 Jahre)				
	Insgesamt	Ambulant	Stationär	Pflegegeld
unter 5	102	9		90
5 bis unter 15	435	30		381
15 bis unter 25	264	21		237
25 bis unter 35	210	12		186
35 bis unter 45	207	36	6	153
45 bis unter 55	462	90	21	300
55 bis unter 60	453	123	27	255
Summe:	2.133	321	54	1.602
Wert im Jahr 2017	1.626	225	69	1.335

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung in 10 Jahres Schritten, Stand: 31.12.2019)²³

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 unterscheiden sich deutlich von denen alternder Menschen, die aufgrund ihrer nachlassenden Fähigkeiten pflegebedürftig werden. Die

²² IGES 2019

²³ Ratsantrag A/17/0347-01 vom 22.03.21, Fraktion die Grünen

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. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse und dem Vorhandensein eines familiären Netzwerkes (Elternhaus) werden junge Pflegebedürftige überdurchschnittlich häufig in informellen Pflegearrangements versorgt. Erst spät, z. B. bei einer Überforderung des Pflegesettings (z. B. Altersgründe der Pflegenden), wird eine vollstationäre Pflege gewählt. Das Eintrittsalter für die stationäre Versorgung beginnt laut Statistik bei 35 Jahren. Am 31.12.2019 wurden 54 junge Pflegebedürftige vollstationär versorgt.

In Oberhausen werden im Haus Katharina (Curanum) 14 Plätze für „Junge Pflege“ angeboten. Der ASB bietet in seinem Pflegezentrum-Junge Pflege 18 Plätze an.²⁴ Damit besteht in Oberhausen erheblicher Bedarf an Einrichtungen, welche die besonderen Bedürfnisse der jüngeren Pflegebedürftigen hinsichtlich Betreuung, Pflege und Therapie berücksichtigen, auch wenn die prognostizierten Fallzahlen stagnieren sollen.

Erfreulich ist festzustellen, dass ein renommierter Betreiber für die stationäre Versorgung „junger Pflegebedürftiger“ ein Grundstück in Oberhausen erwerben konnte. Hier sollen ca. 60 Versorgungsplätze entstehen.

Gleichgeschlechtliche Lebensweisen:

Für die Arbeit zu gleichgeschlechtlichen Lebensweisen in der offenen Senioren- und Seniorinnenarbeit in NRW bietet Rubicon e.V. 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. Es ist anzunehmen, dass in Oberhausen ca. 4.000 Menschen betroffen sind.

Die Gleichstellungsstelle der Stadt Oberhausen steht in Kontakt mit Rubicon. Erste Projekte sind nach aktuellem Planungsstand in weiterer Kooperation mit dem ASB Pflege- und Begegnungszentrum Oberhausen angedacht. Die zeitliche Umsetzung orientiert sich stark an der weiteren Entwicklung der Corona-Pandemie.

5.2 Bewertung und Handlungsempfehlung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der hauptsächliche Erklärungsfaktor für Pflegebedürftigkeit das Alter ist. Die Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit je Alter ist für Frauen und

²⁴ Quelle: Pflege in Oberhausen; Vergütungsvereinbarungen

Männer fast gleich. Unterschiedliche Pflegeprävalenzen²⁵ zwischen den Geschlechtern entstehen durch unterschiedliche Lebenserwartung und unterschiedliche 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 (Hilfe-/Unterstützungsbedarfe, 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 bzw. Pflege durch ambulante Dienste. 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.²⁶

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 %).²⁷

Die Daten der Alterskohorten verdeutlichen, dass im Planungszeitraum bis zum 31.12.2026 unterschiedliche Entwicklungen in den zu berücksichtigenden Altersgruppen eintreten (vgl. Abb. 11). Die Altersgruppen korrelieren stark mit bestimmten Versorgungssettings – unabhängig vom dominierenden Pflegegeldbezug und der Angehörigenpflege bis ins höchste Alter (vgl. Abb. 18).

- Altersgruppe 65 – 74 Jahre: Steigerung um 8,9% - absolut +2.166 Personen (Hilfs-/Unterstützungsbedarf, Angehörigenpflege, ambulante profess. Versorgung)
- Altersgruppe 75 – 79 Jahre: Steigerung um 26,8% - absolut +1.983 Personen (ambulante professionelle Versorgung, teilstationäres Setting: Tagespflege)
- Altersgruppe 80 – 89 Jahre: Rückgang um 18,8% - absolut -2.438 Personen (teilstationäres Setting: Tagespflege, stationäre Versorgung)
- Altersgruppe 90 und älter: Steigerung um 2,7% - absolut +58 Personen (stationäre Versorgung)

Bei einem durchschnittlichen Heimeintrittsalter von 82,4 Jahren ist daher im Planungszeitraum eine Entspannung bei der Nachfrage der stationären Versorgung zu erwarten.

Der Zuwachs bei den jungen Senioren (65-79 Jahre) spricht für eine weitere „Ambulantisierung“ der Pflege. Dies bedeutet auch eine verstärkte Nachfrage nach „komplementären Dienstleistungen“ sowie haushaltsnahen Hilfs-/Unterstützungsangeboten. Diese Altersgruppe wird Zuhause gepflegt, so dass auch bei einer

²⁵ Anzahl der Erkrankten in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt (Vorkommenshäufigkeit)

²⁶ Stiftung Bertelsmann, Themenreport „Pflege 2030“

²⁷ Stiftung Bertelsmann, Themenreport „Pflege 2030“

(unterstützenden) ambulanten professionellen Versorgung die Hauptlast der Betreuung des Pflegebedürftigen – in den eigenen 4 Wänden - bei den Angehörigen verbleibt.

Die Anzahl der Tagespflegeplätze konnte in den letzten Jahren weiter ausgebaut werden. Die Tagespflege erfüllt eine wichtige Funktion, da Angehörige unterstützt und entlastet werden. Weiterhin wird dem Pflegebedürftigen der längere, selbstständige Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Der Eintritt in eine vollstationäre Versorgung wird hinauszögert.

Erstrebenswert ist weiterhin 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.“²⁸

Anbieter bzw. Investoren werden im Rahmen von Beratungsgesprächen auf diese Bedarfe besonders hingewiesen, so dass mehrere Investoren Demenz-WG's planen. Die Realisierung bleibt abzuwarten. Es ist besonders zu begrüßen, dass die Errichtung eines neuen stationären Versorgungsangebots für „Junge Pflegebedürftige“ (ca. 60 Plätze) durch einen renommierten Betreiber voraussichtlich umgesetzt werden wird.

Die demografische Entwicklung bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lässt langfristig Fallzahlen erwarten, die die **Fragestellungen der kultursensiblen Pflege stärker in den Fokus rücken**. Der Arbeitskreis „Interkulturelle Öffnung der Pflege“ und das Projekt „Guter Lebensabend NRW“ haben diese Thematik aufgegriffen. Aufgrund des „Generationenvertrages“ in diesem Kulturkreis (Kinder pflegen ihre Eltern), erscheint zunächst die Nachfrage nach Tagespflegeangeboten wahrscheinlich, da so der „Verbleib der Eltern“ in der Familie bzw. in der eigenen Wohnung gewahrt bleibt. Die Nutzung einer vollstationären Versorgung entspricht (noch) nicht dem gelebten Familienbild.

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 ist wichtig**, damit Konzepte für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Alter, unter Berücksichtigung der Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe, entwickelt werden.

²⁸ BARMER Pressemitteilung vom 11. Januar 2018 (<https://www.barmer.de/presse/pflege-jung-beduerfnisse-140816>)

5.3 Pflegepersonal

Gute Pflege braucht gutes Personal. Der vorhandene Personalbestand (Ist) wird in den nächsten Jahren maßgeblich beeinflusst werden durch die Ausbildungssituation (Nachwuchs) und durch die anstehenden Altersabgänge. Der „Fachkräfteengpass“ ist ein allgegenwärtiges Thema. Demografisch bedingt stehen immer weniger junge Menschen dem Ausbildungsmarkt zur Verfügung

Die 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. Der Bedarf an qualifiziertem Personal in der (Alten-) Pflege ist groß – und wird Demografie bedingt weiter steigen. Die dünne Personaldecke, Arbeitszeiten/Schichtdienste und ungeplante Wochenendeinsätze sind für die Beschäftigten die drängendsten Probleme im Arbeitsalltag. Viele Einrichtungen und Betriebe suchen dringend Fachkräfte. Die Bundespolitik hat mit der »Konzertierten Aktion Pflege« reagiert. Weiterhin werden Fachkräfte aus dem Ausland angeworben sowie Quereinsteigende aus anderen Berufen zur Pflege-Fach-/Hilfskraft umgeschult. Diese Maßnahmen schaffen Entlastung, werden den Fachkräftemangel jedoch nicht beheben.

Nachstehend werden die Pflegepersonal Beschäftigungszahlen dargestellt, da eine qualitativ wie quantitativ angemessene Anzahl ausgebildeter Fachkräfte zwingende Voraussetzung für eine gute Pflegequalität ist.

Tabelle 5: Pflegepersonal in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Jahr	ambulant			stationär		
	Pflege- dienste	Personal	Versorgte Personen	Pflege- heime	Personal	Verfügbare Plätze
	Anzahl					
2013	31	843	1.698	23	1.671	2.237
2015	37	1.034	2.242	23	1.748	2.147
2017	45	1.188	2.838	25	1.701	2.146
2019	45	1.356	3.528	25	1.698	2.092

(Quelle: IT.NRW, Pflegeberatung, WTG-Behörde; Eigene Darstellung)

Die Anzahl der ambulanten Dienste ist konstant geblieben – ein Pflegedienst hat 2 Nebenstellen zur besseren Abdeckung des Stadtgebietes eingerichtet. Die Fahrzeiten durch das Stadtgebiet zu den Pflegebedürftigen sind ein wesentlicher (belastender) Faktor bei der Tourenplanung und beschränken den Einsatz der Personalressourcen. Die Pflegedienste haben ihren Personalbestand ausgebaut und versorgen erheblich mehr Personen (+24%) in der eigenen Häuslichkeit. Der Zuwachs ist durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die zusätzlich Anspruchsberechtigten bedingt. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ greift, so dass mehr Personen in der ambulanten Pflege verbleiben, bevor eine stationäre Pflege in Betracht kommt. Der Zuwachs von Personal im ambulanten Sektor relativiert sich durch die gleichzeitige Steigerung der Anzahl der versorgten Personen und resultiert in einer

Arbeitsverdichtung. Im Durchschnitt betreut jeder ambulante Pflegedienst 78 Personen (2017 = 63 Personen).

Im stationären Bereich waren im Jahr 2019 insgesamt 1.698 Beschäftigte für 2.092 Pflegeplätze verantwortlich. Bei den Zahlen zum Pflegepersonal ist zu berücksichtigen, dass IT.NRW nicht nur Pflege(fach)personal, sondern auch Personal aus weiteren Bereichen (Verwaltung und Hauswirtschaft) erfasst. Weiterhin werden bei dieser Statistik „Beschäftigte“ gezählt, dies können auch Teilzeitbeschäftigte sein (keine Vollzeitäquivalente). Der leichte Rückgang in der Anzahl der „verfügbaren Plätze“ ist dadurch zu erklären, dass zum Erhebungs-Stichtag „Belegungsstopps“ durch die WTG-Behörde (bedingt durch Personalmangel) bzw. Baumaßnahmen (Ersatz-Neubau) bestanden.

Tabelle 6: Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (ambulante Dienste)

Jahr 2017	Jahr 2019					
1.188	1.356	Beschäftigte insgesamt				
		davon:				
333	315	Pflegefachkräfte				
57	93	Pflegehelfer				
798	948	Sonstige (Verwaltung, häusl. Betreuung, Hauswirtschaft u.a.)				

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

Von den 1.356 Beschäftigten sind 1.164 Frauen (85%) und 432 Beschäftigte (33%) arbeiten in Vollzeit. Die Daten werden am jeweiligen Sitz des ambulanten Dienstes erhoben, so dass im Ballungsraum der Städte Oberhausen, Essen, Mülheim, Duisburg sowohl Oberhausener Pflegedienste Kunden in unmittelbar angrenzenden Städten betreuen als auch von „auswärtigen“ Pflegediensten Pflegebedürftige in Oberhausen betreut werden.

Die sehr hohe Teilzeitquote verdeutlicht das ungenutzte Personalpotenzial. Hier sollte über Anreize bei den „weichen Faktoren“ (geregelter Arbeitszeit/Vertretungen, planbare Schichtdienste, Kinderbetreuung=Frauenquote) nachgedacht werden. Weiterhin verdeutlicht die Statistik, dass ein Rückgang bei den Pflegefachkräften und eine erhebliche Zunahme bei den Pflegehelfern/Sonstigen vorliegt. Dies entspricht auch dem geänderten Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen, da mehr „haushaltsnahe Dienstleistungen“ genutzt werden. Allerdings ist zu beachten, dass aufgrund der demografischen bedingten Steigerung des Anteils der „hochbetagten Älteren“ auch der Anteil der Personen mit einem komplexen und multimorbiden Pflegebedarf steigen wird. Zur Betreuung dieses Personenkreises werden Pflege-Fachkräfte benötigt.

Tabelle 7: Personaleinsatz nach Arbeitsgebiet (stationäre Einrichtungen)

Jahr 2017	Jahr 2019					
1.701	1.698	Beschäftigte insgesamt				
		davon:				
564	558	Pflegefachkräfte				
192	165	Pflegehelfer				
945	975	Sonstige (Verwaltung, häusl. Betreuung, Hauswirtschaft u.a.)				

(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

Von den 1.698 Beschäftigten sind 1.364 Frauen (82%) und 624 Beschäftigte (38%) arbeiten in Vollzeit. 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. Die sehr hohe Teilzeitquote verdeutlicht auch hier das ungenutzte Personalpotenzial. Weiterhin ist ca. **30% des Personals älter als 50 Jahre**. In den nächsten Jahren wird sich durch Altersabgänge (berufsdemografische Entwicklungen) und geringe Ausbildungszahlen die Personalsituation verschärfen.

Pflegebedürftige in der stationären Pflege sind erheblich älter und damit einhergehend auch meist morbidere 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 Bereich, in dem praktisch alle Pflegeleistungen durch das Einrichtungspersonal erbracht werden müssen.²⁹ Auch diese Überlegungen unterstreichen den pflegepolitischen Ansatz „ambulant vor stationär“.

Mit dem Pflegeberufegesetz (Ausbildungen ab 01.01.2020) werden die drei bisherigen Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem künftig einheitlichen Ausbildungsberuf zusammengeführt (Generalistik). Es bleibt abzuwarten, ob dadurch positive Effekte zur Reduzierung des Fachkräftemangels eintreten. Eine qualifizierte Ausbildung und die Deckung des Fachkräftebedarfs sind entscheidend für eine gute Betreuung und Pflege älterer Menschen.³⁰ In den Gesundheitsberufen ist das mtl. Brutto-Einkommen ca. 400€ größer als in den vergleichbaren (Alten-)Pflegeberufen. Wird dies die Berufsausrichtung der Auszubildenden (Spezialisierung) in der Generalistik beeinflussen, so dass weniger Azubis in die Alten-Pflege einmünden?

Eine Steigerung der Ausbildungszahlen ist nicht gleichzusetzen mit einer Verbesserung bei der Anzahl des ausgebildeten Personals, da die Berufseinmündungsquote abweicht. Die Abbruchquote in den bisherigen Ausbildungen (Fachkräfte 7%; Helfer 20%) ist hoch. Ein Zusammenhang zwischen dem allgemeinbildenden Schulabschluss und der Abbruchquote ist erkennbar. Die durchschnittliche Verweilzeit von Altenpflegekräften im Beruf lag bei lediglich etwa 8,4 Jahren (Fachkräfte 12,7 J.; Helfer 7,9 J.).³¹ Unkonventionelle und praktizierte Lösungen schlagen vor, auf dem Gelände der stationären Pflegeeinrichtung ebenfalls eine Kindertageseinrichtung (ggfls. Betriebskindergarten) zu betreiben, damit für das überwiegend weibliche Personal zusätzliche Hemmnisse aufgrund einer Kinderbetreuung bei der Berufsausübung entfallen. Insgesamt sind „weiche Faktoren“ (Arbeitszeiten, gehetzte Pflege, Anerkennung, Betriebsklima, Fortbildung, Arbeitsweg) wesentlich für den Verbleib im Beruf. Verdienst/Einkommen spielt **auch** eine Rolle.

In den Sitzungen der Kommunalen Konferenz Alter und Pflege findet regelmäßig der fachliche Austausch zum Fachkräftemangel im ambulanten und stationären Bereich statt.

Indizien für bestehende Engpässe können aus der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (Stand: 05/2022) entnommen werden. Stellenangebote für

²⁹ Bertelsmann Stiftung, Themenreport „Pflege 2030“

³⁰ <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/ausbildung-in-der-altenpflege>

³¹ Quelle: Prognos Studie: Pflegelandschaft 2030

examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten sind demnach im Bundesdurchschnitt 235 Tage (03/2020=206; 12/2017 = 171 Tage) unbesetzt. Die Vakanzzeit hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht. 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.³²

Das von Prof. Rothgang (Universität Bremen) entwickelte Personalbemessungsverfahren steht vor der Umsetzung. „Wir brauchen vor allem mehr Assistenzkräfte (+69%) und nur in sehr geringem Umfang mehr Fachkräfte (+3%).“ Fachkräfte übernehmen laut Rothgang in den Einrichtungen viele Aufgaben, für die ihre Qualifikation nicht notwendig sei. Das Stichwort für die Zukunft sei „kompetenzorientierte Pflege“. Rothgang: „Mehr Personal bei den Assistenzkräften entlastet die Fachkräfte“. ³³ Hier stellt sich die Frage, ob bei einem steigenden Heimeintrittsalter und der damit verbundenen Zunahme an Pflegebedürftigen mit demenziellen und multimorbiden Erkrankungen nicht gerade Fachkräfte gefordert sind.

In Oberhausen ist die „Initiative Pflegeberufe Oberhausen“ (IPO) aktiv, 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.“

Anbieter von Zeitarbeit vermitteln ebenfalls Pflegepersonal. Einige Einrichtungen können nur durch den Einsatz von Zeitarbeitspersonal die geforderte Fachkraft-Quote erfüllen und so Belegungsstopps vermeiden. Der Einsatz von Zeitarbeitspersonal wird kritisch gesehen, da diese Beschäftigten häufig nicht in den allgemeinen Dienstplan eingebunden sind und damit auch keine „Schichtdienste“ leisten.

Sollten in Zukunft, z.B. durch eine Kombination von Pflegesettings (Angehörigenpflege, ambulante/stationäre Pflege, Quartierslösungen / gelebte Nachbarschaften, Technikunterstützung) mit komplementären Angeboten, keine weniger personalintensiven Versorgungsformen gefunden werden, so wird eine angemessene Pflege kaum sicherzustellen sein. Langfristig steigt die Zahl hochbetagter Pflegebedürftiger und zusätzlich wird eine Personal-/Nachwuchsknappheit in der beruflichen Pflege erwartet (Demographische Effekte). Der Ausbau von Präventionsangeboten (Ernährung, Sport, Wissen, Teilhabe) könnte ebenfalls für einen Nachfragerückgang sorgen und zu einer Entspannung bei der Versorgungslage beitragen.

³² <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=646>

³³ https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-bremer-gutachten-heime-brauchen-mehr-als-100000-zusaetzliche-pflegekraefte-_arid,1899640.html

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./31.12.2019 zur Verfügung. Weitere statistische Datenquellen sind die Heimaufsicht (WTG-Behörde) und der Fachbereich 3-2-20 / Ältere Menschen, Pflegebedürftige und behinderte Menschen sowie Sekundärdatenquellen.

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 Dienst, die Gesundheitsämter und weitere Stellen bestehen.

6.1 Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (stationäre Pflegeeinrichtungen)³⁴

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.³⁵

³⁴ Begriffsbestimmung § 18 WTG; § 71 Abs. 2 SGB XI

³⁵ Gesetzesbegründung zu § 18 WTG

Bestand und Entwicklung:

Tabelle 8: Stationäre Pflegeeinrichtungen

	Pflegeheime	Verfügbare Plätze
	Anzahl	
31.12.2015	23	2.146
31.12.2017	25	2.150
31.12.2019	25	2.131
31.12.2021	25	2.131

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

Im Jahr 2021 wurde in 25 Einrichtungen (an 21 Standorten, da sich mehrere Einrichtungen auf einem Grundstück befinden) in Oberhausen stationäre Pflege angeboten. Die zu Pflegenden sind ganztätig (vollstationär) untergebracht und werden verpflegt (§ 71 II SGB XI).

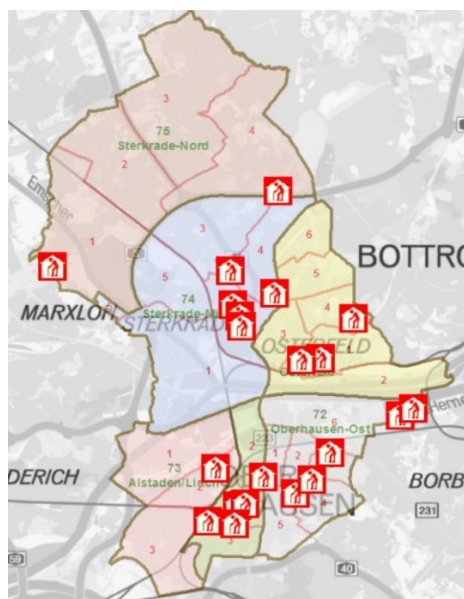
Die bereits seit Jahresende 2018 geplante Eröffnung der stationären Pflegeeinrichtung „Kursana Domizil Oberhausen“ (+ 80 Plätze / Am Schacht IV) wurde mehrfach verschoben und ist nun für das 2. Halbjahr 2022 angekündigt. Ein Investor hat für eine stationäre Einrichtung mit 80 Plätzen im Bereich Sterkrade Mitte/Nord eine Bauvoranfrage gestellt.

Die Betreiber stationärer 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.

Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem folgenden Link eine aktuelle Übersicht der Pflegeheime in Oberhausen aufgerufen werden:

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

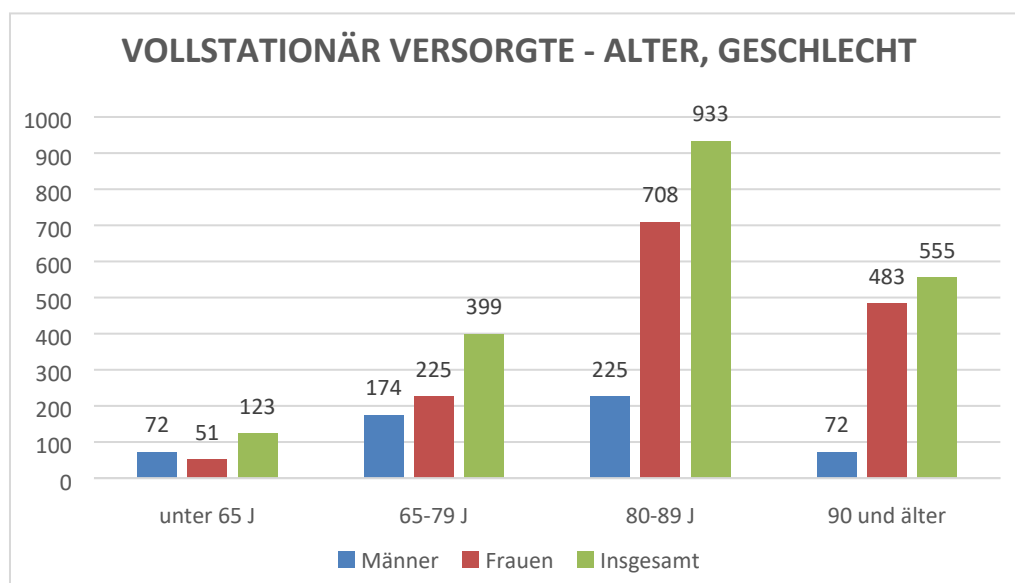
Abbildung 22: Karte – Verteilung der stationären Pflegeeinrichtungen im Stadtgebiet



(Quelle: GIS Portal; Eigene Darstellung, Stand: 31.12.2021)

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 weitergelebt werden können (Quartiersansatz).

Abbildung 23: Vollstationär versorgte Personen in stationären Einrichtungen



(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung, 31.12.2019)

In Oberhausen wurden am 31.12.2019 insgesamt 2.007 (inkl. unter 65 Jahre) Personen vollstationär³⁶ versorgt, davon waren 1.467 (73%) Frauen. Bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) sind 80% Frauen. Das hohe Alter ist „weiblich“ (Feminisierung des Alters).

Bedarfsprognose:

Bei Aussagen zum zukünftigen Bedarf an vollstationärer Versorgung in Pflegeheimen (Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot) ist die Entwicklung der Anzahl der stationär Pflegebedürftigen entscheidend. Die bisher verwendeten Prognosen (IT. NRW, Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune) greifen **nicht** mehr, da seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch nicht genügend Datenreihen vorhanden sind.

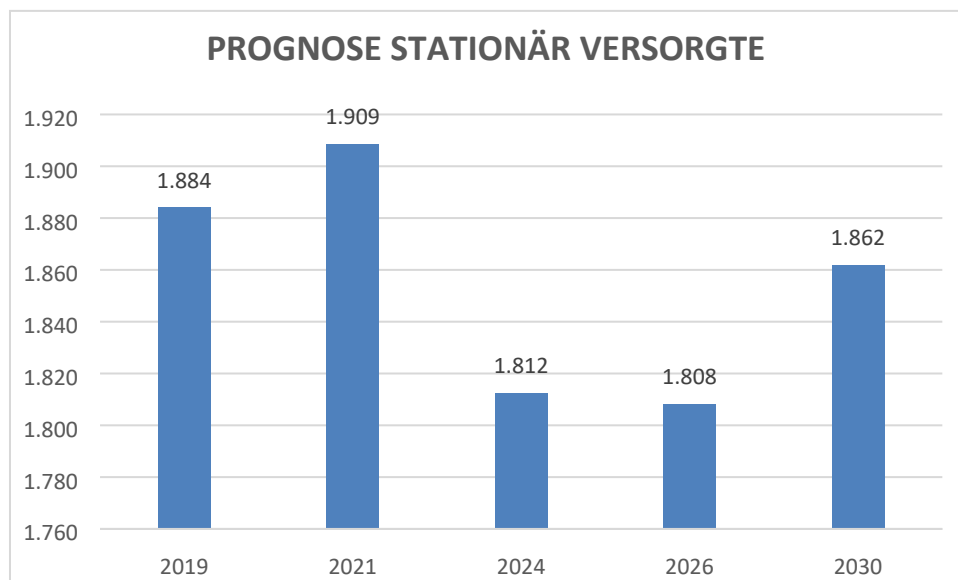
Um dennoch eine Prognose des stationären Pflegebedarfs bis zum 31.12.2026 zu ermöglichen, wird eine eigene Modellrechnung durchgeführt die von einem konstanten, altersspezifischen Pflegerisiko ausgeht und weiterhin die demografische Entwicklung berücksichtigt. Das Pflegerisiko wird durch altersspezifische Pflegequoten (Abbildung 17) abgebildet, die aus der Altersstruktur-Entwicklung abgeleitet wurden. In der Pflegestatistik 2017 wurden erstmals Daten nach Pflegegraden dargestellt. Die grundsätzliche

³⁶ Enthält auch Kurzzeit-, Verhinderungspflege (IT.NRW)

demografische Entwicklung der Altersgruppe „65 Jahre und älter“ wurde bereits in Abbildung 10 dargestellt. Die Altersgruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahre), mit einer größeren Wahrscheinlichkeit der stationären Versorgung, wird sich bis ins Jahr 2026 um absolut 2.380 Personen (-16%) reduzieren.

Zusammenfassend wird folgende Entwicklung prognostiziert:

Abbildung 24: Prognose vollstationär versorgte Personen (65 Jahre und älter)



(Eigene Darstellung)

Am 31.12.2021 standen in Oberhausen 2.131 stationäre Pflegeplätze in 25 Einrichtungen zur Verfügung (vgl. Tabelle 8), die von 1.896 Personen (65J und älter) genutzt wurden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird zwar die Anzahl der „jungen Senioren“ (65 – 74 Jahre) vom 31.12.2019 bis zum 31.12.2026 stark ansteigen (+3.707 Personen), in der Altersgruppe „75 Jahre und älter“ wird es jedoch zu einem Rückgang von insgesamt 1.587 Personen kommen (vgl. Abb.11). Daher werden voraussichtlich anteilig weniger Pflegebedürftige eine stationäre Versorgung benötigen, da das durchschnittliche Heimeintrittsalter bei 82,4 Jahren liegt (Rückgang über 80-Jährige = -2.126 Personen). Zusätzlich ist im 2. Halbjahr 2022 die (mehrfach verschobene) Eröffnung der stationären Pflegeeinrichtung „Kursana Domizil Oberhausen“ (Am Schacht IV) mit 80 zusätzlichen Plätzen geplant. Für ein Grundstück an der Weseler Str. liegt eine Bauvoranfrage für eine neue stationäre Pflegeeinrichtung mit 80 Plätzen vor. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass aufgrund des höheren Heimeintrittsalters der zu Pflegenden die Verweildauer in den Einrichtungen sinkt, so dass es zu Mehrfachnutzungen eines Pflegeplatzes innerhalb eines Jahres kommt (Faktor 1,8).

Damit ist im Rahmen der örtlichen Planung nach § 7 APG NRW - unter Berücksichtigung der dargestellten Entwicklung - bis zum 31.12.2026, von einer Bedarfsdeckung im stationären Bereich auszugehen.

Weiterhin nutzen ca. 10 – 15 % der stationären Pflegebedürftigen (FB 3-2-20: Erfahrungswerte) eine Pflegeeinrichtung außerhalb Oberhausens (am Wohnort der

nahestehenden Bezugsperson). Um diesen Wert wäre der Prognosekorridor zu reduzieren. Allerdings liegen 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 schlüssig geprüft werden, ob ein ausreichendes stationäres Versorgungsangebot vorhanden ist.

Tabelle 9: Pflegeplatzdichte

Pflegeplatzdichte	2019	2021	2024	2026
Anzahl stationärer Plätze	2.146	2.131	2.211	2.291
Einwohner ab 65 Jahre	46.448	46.799	47.708	48.568
Pflegeplatzdichte	46,20	45,54	46,34	47,17

(Quellen: 4-5/Statistik; FB 3-2-10, Eigene Darstellung)

Eine **Bedarfsdeckung** ist im stationären Bereich bis ins Jahr 2026 gegeben (Pflegeplatzdichte 47,17) - die Pflegeplatzdichte liegt über den Werten aus den Vorjahren. Die Steigerung der Anzahl der stationären Plätze (Jahre 2024ff.) berücksichtigt die Eröffnung der „Kursana Domizil“ sowie das Bauvorhaben an der „Weseler Str.“

Es besteht kein Bedarf an weiteren stationären Plätzen.

Das Land NRW bietet unter dem folgenden Link eine Heimfinder-App an, die tagesaktuell freie Dauerpflegeplätze darstellt:

<https://www.heimfinder.nrw.de/>

Kurzzeitpflegeplätze:

Die stationären Pflegeeinrichtungen in Oberhausen bieten fast ausschließlich eingestrente 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 mit einer kurzen Verweildauer in den Einrichtungen.

„Häufig ist das nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall oder wenn die häusliche Pflege für eine bestimmte Zeit ausgesetzt werden muss oder soll (Urlaub, Krankheit der Pflegeperson). Die Kurzzeitpflege ist auf eine bestimmte Dauer im Jahr beschränkt, für diese Zeit übernehmen die Pflegekassen die Kosten einer stationären Unterbringung.“³⁷ 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

³⁷ www.pflege.de

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 solitären und sogenannten eingestreuten Plätzen. Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze stehen bei einer hohen Auslastung der Einrichtung nicht immer zur Verfügung, da es sich um flexibel genutzte Dauerpflegeplätze handelt. Aus Sicht der Einrichtungen sind solitär ausgewiesene Kurzzeitpflegeplätze ein wirtschaftliches Risiko, da mit 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.³⁸

Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem folgenden Link eine aktuelle Übersicht der Kurzzeitpflegeanbieter aufgerufen werden:

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

In Oberhausen (Stand: 31.12.2021) werden 209 Kurzzeitpflegeplätze in stationären Einrichtungen angeboten. Die Anzahl beinhaltet 41 solitäre Kurzzeitpflegeplätze³⁹. Erfreulicherweise konnte die Anzahl der angebotenen Plätze seit 2019 ausgebaut werden.

Konkrete Auslastungszahlen liegen nicht vor. Hier wären besonders Tagesbelegungs-Übersichten 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 vom Grundsatzausschuss Kurzzeitpflege NRW geschaffene Möglichkeit der „Fix/Flex-Regelung Kurzzeitpflege“ (01.04.2018 bis 31.12.2022 befristet) wurde nur von einer Oberhausener Pflegeeinrichtungen für wenige Monate genutzt.

Das Ameos Klinikum St. Marien bietet „Kurzzeitpflege im Krankenhaus“ mit 14 Plätzen an.

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 können 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, Pfl egetage) nicht möglich. Aufgrund der demografischen Altersentwicklung ist davon

³⁸ Alten- und Pflegeplan 2009-2010

³⁹ § 36 WTG NRW - Gasteinrichtungen

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 („blutige Entlassung“), so dass auch deshalb Auswirkungen auf das Kurzzeitpflegeangebot eintreten werden (Krankenhaus Entlassungs- / Überleitungsmanagement). Den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen muss durch entsprechende Beratung dieses Pflegeangebot bekannt gemacht werden.

Rehabilitative und aktivierende Kurzzeitpflege:

Zur optimalen Nutzung des Potenzials der Kurzeitpflege 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.“⁴⁰ 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 eine weitgehende Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen in vielen Bereichen seines Alltags zu erreichen. Pflegebedürftigkeit ist (oft) kein unveränderbarer Zustand, sondern (oft) durch aktivierende Pflege und motivierende ganzheitliche Unterstützung positiv beeinflussbar.

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 kurzfristig möglich sein, ein individuelles Aktivierungskonzept für den aus dem Krankenhaus kommenden

⁴⁰ Modellprogramm der Spitzenverbände der gesetzlichen Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 SGB XI; ASB

Kurzzeitpflegegast zu erstellen.“⁴¹ Das Überleitungsmanagement erfüllt hierbei eine wichtige Rolle.

6.2 Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen⁴²

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.⁴³ 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“⁴⁴ nennt bei den Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz folgende Betreiber (ca. 29 Plätze⁴⁵):

- Deutsches Rotes Kreuz
- Humanika Wohnen GmbH
- Seniorendienst Katharina

Unter Berücksichtigung der Anzahl der Demenz-Erkrankten 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 30 Plätzen⁴⁶. Aufgrund der Datenlage sind keine weiteren Aussagen möglich.

⁴¹ Modellprogramm des Spitzenverbandes und der gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI“, ISO

⁴² Als „neue Angebotsform“ nunmehr vom WTG erfasst, Gesetzesbegründung zu § 24 WTG NRW

⁴³ Gesetzesbegründung zu § 24 WTG

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

⁴⁵ Bericht der WTG Behörde

⁴⁶ WTG Behörde

6.3 Angebote des Servicewohnens

§ 31 WTG NRW enthält die 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“, „Betreutes Wohnumfeld“ 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.⁴⁷ 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. Daher handelt es sich um eine stark gefragte Wohnform im Alter.

Trägern von Angeboten des Servicewohnens unterliegen nach dem WTG NRW nur einer Anzeigepflicht (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 vergeben wird. Dieses Siegel stellt eine außergesetzliche und bewährte Form der Qualitätssicherung aus Verbraucherschutzsicht dar.⁴⁸

Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem folgenden Link eine aktuelle Liste der Anbieter aufgerufen werden:

https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/material_senioren/betreutes_wohnen.pdf

⁴⁷ BMFSJ, Neue Wohn- und Betreuungsformen (Crößmann, Börner)

⁴⁸ Gesetzesbegründung zu § 32 I WTG NRW.

6.4 Ambulante Dienste

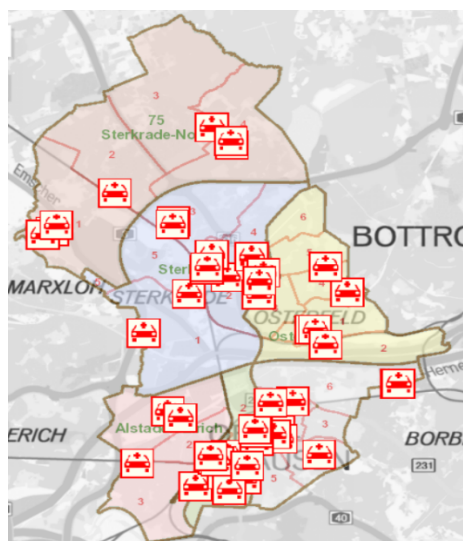
Nach § 33 WTG NRW sind ambulante Dienste mobile Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die entgeltlich Betreuungsleistungen nach dem WTG NRW anbieten. Das Statistische Bundesamt definiert ambulante Dienste als selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten 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 werden pflegende Angehörige entlastet und können durch die Organisation der Pflege und Betreuung - unter Zuhilfenahme eines Pflegedienstes - Beruf und Pflege besser miteinander vereinbaren.

Bestand und Entwicklung:

In Oberhausen hatten am 31.12.2019 insgesamt 45 Pflegedienste ihren Sitz und beschäftigten 1.356 Mitarbeiter, die 3.528 Personen versorgten. Das Personal der Pflegedienste ist seit 2017 um 14% und die Anzahl der versorgten Personen um ca. 24% gestiegen. Im Durchschnitt wurden am 31.12.2019 ca. 78 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut (vgl. Tab. 5). Gründung und Einstellung des Betriebes von ambulanten Pflegediensten erfolgen marktreguliert (freier Pflegemarkt).

Abbildung 25: Karte – Verteilung der ambulanten Dienste im Stadtgebiet

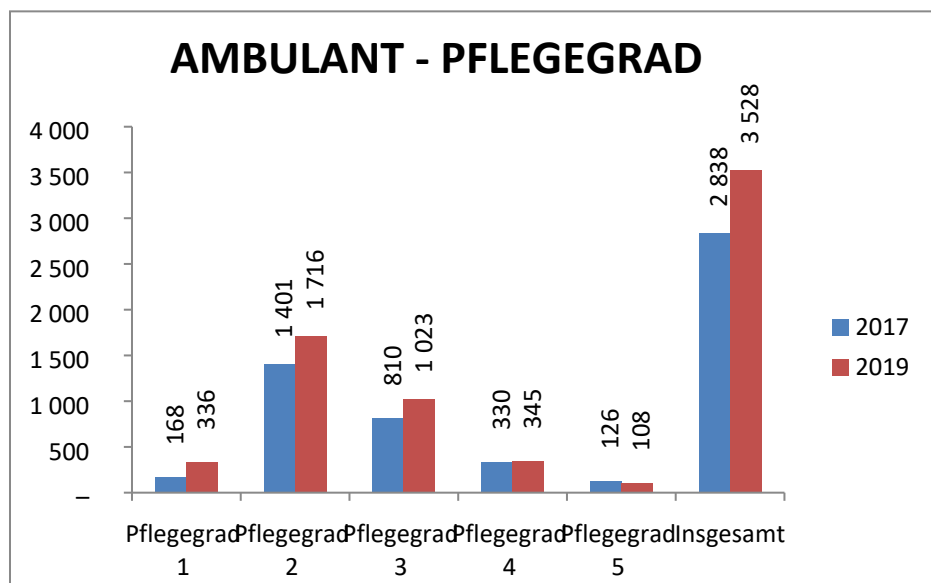


(Quelle: GIS Portal; Eigene Darstellung, Stand: 31.12.2019)

Die ambulanten Dienste verteilen sich über das gesamte Stadtgebiet. Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem folgenden Link eine aktuelle Liste der Anbieter aufgerufen werden:

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

Abbildung 26: Ambulant versorgte Personen nach Pflegegrad



(Quelle: IT-NRW, Eigene Darstellung, Stand: 31.12.2019)

Von ambulanten Pflegediensten werden überwiegend Personen mit Pflegegrad 2 gepflegt. Die Anzahl der von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen ist seit dem Jahr 2017 von 2.838 auf 3.528 Personen (Jahr 2019) gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff haben einem zusätzlichen Personenkreis den Bezug von Pflegeleistungen ermöglicht (u.a. Demenz Erkrankte). In diesem Zusammenhang ist auch der Blick auf die Abb. 14 „Pflegegrade und Versorgungsart“ 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 ausschließlich von Angehörigen gepflegt.

Von den 3.528 professionell ambulant betreuten Personen erhalten 2.559 Personen **Hilfe zur Pflege** nach SGB XII. Die Hilfe zur Pflege ist eine Sozialleistung zur Unterstützung pflegebedürftiger Personen. Sie ist bedarfsorientiert und wird an pflegebedürftige Personen ausgezahlt, die die Kosten für den notwendigen Pflegeaufwand nicht mit eigenen Mitteln tragen können. Dies sind **73%**!

Bedarfsprognose:

Ambulante Pflegedienste versorgen Pflegebedürftige im gesamten Stadtgebiet und sind auch über die Stadtgrenzen hinaus tätig. Dies verdeutlicht auch die Karte (Abb. 25). Ambulante Dienste siedeln sich in den „Ortskernen“ und im Randgebiet der Stadt zu den angrenzenden

„Großstädten“ an. Im Oberhausener-Norden, angrenzend an den Kreis Wesel, in „weniger verdichteten“ Wohngebieten sind auch weniger amb. Dienste angesiedelt. Daten zu den ambulanten Pflegediensten, z. B. die Anzahl der versorgten Personen, werden am Sitz des Pflegedienstes erhoben. 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).

Die prognostizierte demografische Entwicklung der Oberhausener Bevölkerung geht davon aus, dass die Anzahl der Personen in der Altersgruppe „65 bis unter 79 Jahre“ vom 31.12.2021 bis ins Jahr 2026 um +4.149 Personen steigen wird. Bei diesen „Jungen Senioren“ überwiegt die ambulante Versorgung, die stationäre Unterbringung tritt zurück. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Pflegestärkungsgesetz II, ab 01.01.2017) erhält ein zusätzlicher Personenkreis Pflegeleistungen. Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen im Prognosezeitraum weiter an Dynamik gewinnt. Die vom Gesetzgeber gewollte „Ambulantisierung“ der Pflege weitet sich aus. Dies bedeutet aber auch eine steigende Betreuungslast für die Angehörigen, da der professional ambulant Betreute in der eigenen Häuslichkeit verbleibt. Die Unterstützung von Angehörigen und weitere komplementäre Dienstleitungen werden dringend benötigt.

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 Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen und Hospize.

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 (zusätzlicher) Anspruch definiert.

Bestand und Entwicklung:

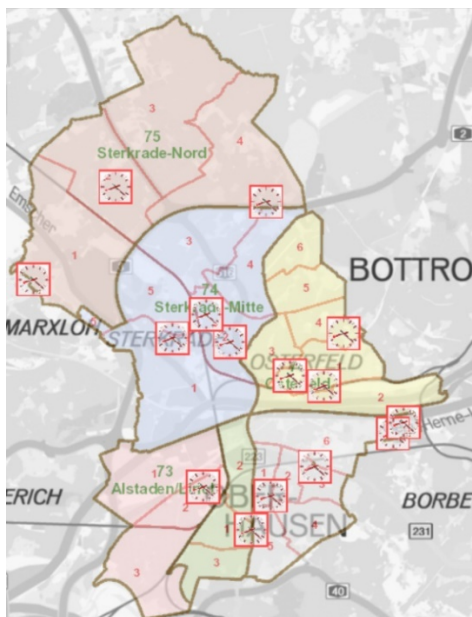
Die Anzahl der Tagespflegeplätze konnte aktuell auf 272 Plätze (Jahr 2019=223) ausgebaut werden. Zusätzlich stehen 5 Nachtpflegeplätze zur Verfügung. Damit wurde das Angebot weiter erfolgreich – in einer wohnortnahen Versorgungsstruktur - ausgebaut. Zwei weitere

Tagespflegen mit mehr als 20 Plätzen werden voraussichtlich ab Ende 2022 in Betrieb gehen. Am 31.12.2017 waren erst 165 Tagespflegeplätze vorhanden. Sämtliche Tagespflegeeinrichtungen bieten einen Fahrdienst an. Grundsätzlich nutzen Personen die Tagespflege nur an einzelnen Tagen in der Woche, so dass es zu Mehrfachnutzungen eines Tagespflegeplatzes innerhalb der Woche kommt. Erfahrungswerte gehen von durchschnittlich 3 Nutzungstagen pro Woche je Tagespflegegast aus.

Solitäre Einrichtungen der Nachtpflege werden (auch auf Landesebene) grundsätzlich kaum angeboten. Nachtpflegeplätze werden fast ausschließlich angeschlossen an stationäre Dauerpflegeeinrichtungen eingerichtet.⁴⁹ Die 5 Nachtpflegeplätze in Oberhausen sind nicht ausgelastet und werden auch von umliegenden Kommunen genutzt.

Während der Corona-Pandemie mussten zahlreiche Tagespflegen ihr Angebot zeitweise einstellen. Dies bedeutete für viele pflegende Angehörige eine erhebliche Belastung, da die eingeplante Betreuung nicht mehr sichergestellt war. Auch nach der Entschärfung der pandemischen Lage hatten viele Angehörige Angst ihr pflegebedürftiges Familienmitglied an der Tagespflege teilnehmen zu lassen. Das Beisammensein der vulnerablen Pflegebedürftigen wurde als Risiko angesehen. Inzwischen entspannt sich die Lage wieder.

Abbildung 27: Karte – Verteilung der Tagespflegeeinrichtungen im Stadtgebiet



(Quelle: GIS Portal; Eigene Darstellung, Stand: 31.12.2021)

Das Tagespflegeangebot verteilt sich auf die Sozialräume im Stadtgebiet, so dass ein wohnortnahes Angebot an Tagespflegeplätzen vorhanden ist (§ 2 APG NRW, wohnortnahe / quartiersbezogene Versorgung). Über den Internetauftritt der Stadt Oberhausen kann unter dem folgenden Link eine aktuelle Liste der Anbieter aufgerufen werden:

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

⁴⁹ Bericht BMFSJ „Situation der Heime“, 2006

Bedarfsprognose:

Es liegen weitere Anfragen von potenziellen Investoren zur Eröffnung von Tagespflegen vor. In den Beratungsgesprächen wird darauf hingewiesen, dass in einzelnen Sozialräumen bereits ein „auskömmliches“ Angebot an Tagespflegeplätzen vorhanden ist. Dort berichten die Betreiber inzwischen auch von keiner vollständigen Auslastung an allen Wochentagen. Zur Berechnung des Bedarfes an Tagespflegplätzen existieren unterschiedliche Annahme-Modelle. Das Institut für Gerontologie (TU Dortmund) geht von einem Bedarf von 10% der professionell ambulant betreuten Pflegebedürftigen aus (Maximale Annahme). Am 31.12.2019 wurden 3.528 Personen durch ambulante Dienste betreut, so dass ca. 350 Tagespflegeplätze nach dem Modell der TU Dortmund benötigt würden. Die vorhandenen 272 Plätze sind aktuell in der Praxis auskömmlich, da nicht alle Tagespflegen ausgelastet sind. Mindestens weitere 20 Plätze entstehen Ende 2022. Aufgrund der demografischen Entwicklung der Altersgruppe „65 bis unter 79 Jahre“ bis ins Jahr 2026 (+4.149 Personen), einer Altersgruppe mit überwiegend ambulanter Versorgung, ist von einer steigenden Nachfrage auszugehen. Zunächst wird der steigende Bedarf durch nicht belegte Tagespflegeplätze kompensiert werden können. Danach ist genau zu prüfen, ob für weitere Tagespflegen eine Nachfrage in einzelnen Stadtgebieten besteht. Bereits heute besteht eine Angebots-Verdichtung in bestimmten zentralen Lagen im Stadtgebiet.

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. Eine Betreuung im Alltag ausschließlich durch Angehörige – in der Wohnung des Pflegebedürftigen (Zuhause) - wird immer schwieriger zu realisieren sein.

Tagespflege stellt im Vergleich zur vollstationären Versorgungsform eine kostengünstigere Alternative dar und folgt dem Primat „ambulant vor stationär“, welches ausdrücklich zu fördern ist. Weiterhin kann der Wunsch der Pflegebedürftigen „Verbleib in der eigenen Wohnung“ so gelebt werden.

6.5.2 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

In Oberhausen werden überwiegend eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze von stationären Einrichtungen angeboten. Das gleiche gilt für die solitäre Kurzzeitpflege. Die Darstellung erfolgt bei den stationären Versorgungsformen im Kapitel 6.1 „Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot“. Das Platzangebot konnte erfreulich ausgebaut werden. Im Ameos Klinikum St. Marien wird Kurzzeitpflege im Krankenhaus angeboten.

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.⁵⁰ 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. Das Arbeitsvolumen und die Energie, welche für diese Arbeit erforderlich sind, müssen besonders gewürdigt werden.

Bestand und Entwicklung:

Stationär:

In Oberhausen gibt es das stationäre St. Vinzenz Pallotti Hospiz mit 10 Gästezimmern. Bei Neuaufnahmen werden gelegentlich auch Gäste aus Nachbarstädten berücksichtigt. Die hauptamtlichen Mitarbeiter werden von ehrenamtlichen Mitarbeitern unterstützt. Das stationäre St. Vinzenz Pallotti Hospiz leistet zusätzlich wichtige Beratungsarbeit, da die Betroffenen in dieser schwierigen psychischen Situation begleitet werden müssen.

Ambulant:

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.⁵¹ Die beiden ambulanten Hospize haben eine Vielzahl an Begleitungen geleistet.

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

⁵⁰ www.bmg.bund.de

⁵¹ www.hospiz-oberhausen.de

sind für ihre Aufgaben speziell geschult. Ambulante Hospizdienste erbringen für Menschen in der letzten Lebensphase qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung.

Netzwerk:

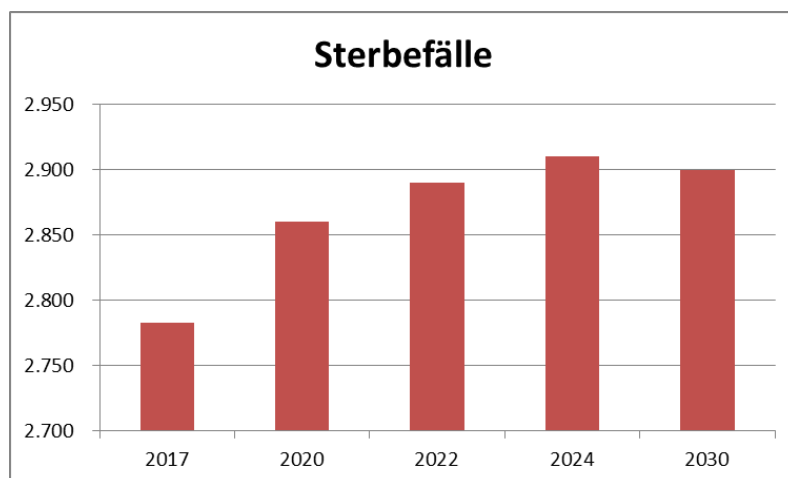
In Oberhausen ist das „Palliativnetzwerk Oberhausen“ aktiv, welches „ein kooperativer Zusammenschluss verschiedener palliativtätiger Berufsgruppen ist, die sich im Rahmen einer engen und professionellen Zusammenarbeit für Schwerstkranke und Sterbende sowie deren Angehörige einsetzen.“⁵² Die Palliativteam Oberhausen GmbH bietet eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) an.⁵³

Bedarfsprognose:

Der Bereich 4-5/Statistik hat in der „Oberhausener Bevölkerungsprognose 2018 – 2030“ (Beiträge zur Stadtentwicklung Nr.110) eine Vorausberechnung der Entwicklung der Sterbefälle durchgeführt.⁵⁴ Neuere Daten liegen nicht vor.

Durch die Corona-Pandemie ist eine Übersterblichkeit bei Hochbetagten eingetreten. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen sind zahlreiche Personen Corona bedingt verstorben.

Abbildung 28: Vorausberechnete Sterbefälle



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

Die Zahl der Sterbefälle steigt über den vorausberechneten Zeitraum an und verbleibt auf relativ konstantem Niveau. Die Sterbefallzahlen sprechen für einen bestehenden hohen Betreuungsbedarf bei der Hospiz- und Palliativversorgung. 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.

⁵² www.palliativnetz-oberhausen.de

⁵³ <https://palliativteam-oberhausen.de/>

⁵⁴ Abbildung 14: Vorausberechnete Geburten und Sterbefälle, Seite 28

In Oberhausen wird Unterstützung durch „Behandlung im Voraus Planen“ (BVP / Advance Care Planning / neue Form der Patientenverfügung) angeboten. BVP verfolgt primär das Ziel, mögliche künftige medizinische Entscheidungen so im Voraus zu planen, dass Patientinnen und Patienten auch dann zuverlässig nach Ihren individuellen Wertvorstellungen, Behandlungszielen und Wünschen behandelt werden, wenn Sie diese krankheitsbedingt nicht mehr selbst äußern können.

Insgesamt 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 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 wird beim Internetauftritt der Pflegeberatung der Stadt Oberhausen „Entlastung und Hilfen im Alltag“ angeboten:⁵⁵

- Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen einschl. Wäschepflege
- Persönliche Hilfen
- Zeitweilige Betreuung

⁵⁵ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/pflege_in_oberhausen/entlastung_und_hilfen_im_alltag.php

- Hilfen im Bereich der Kommunikation
- Kurzbesuch
- Begleitsdienste bei Arztbesuchen, Einkaufen, Behördengänge 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).⁵⁶

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.“⁵⁷

Besonders hervorzuheben ist das Angebot von ZAQ, das über Arbeitsgelegenheits-Maßnahmen (AGH) zahlreiche Dienstleistungen für Senioren erbringt. Niedrigschwellig kommen diese Leistungen (Einkäufe, Botengänge, Arztbesuche, Haushalt) direkt bei den Senioren an und unterstützen diese unmittelbar im Alltag. Die Quartiersbüros unterstützen bei der Vermittlung.

Bedarfsprognose:

Statistische Daten zur Inanspruchnahme komplementärer ambulanter Dienste liegen nicht vor. Die demografische Entwicklung (Steigerung „Junge Senioren“, vgl. Kap. 4.2), verbunden mit steigendem Altersdurchschnitt und sich verändernden Familienstrukturen (Singularisierung des Alters⁵⁸), lässt vermuten, dass der Bedarf an komplementären ambulanten Diensten stärker nachgefragt werden wird, da das private Unterstützungspotenzial sinkt. Die Angebote tragen auch zur Entlastung der Pflegepersonen bei und unterstützen den Wunsch der meisten Menschen 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.

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

⁵⁶ http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/Qualit__tskriterienpdf.pdf

⁵⁷ <https://www.taschengeldboerse-oberhausen.de/>

⁵⁸ 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.

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. Diese Nachfrage kann nicht voll bedient werden.

Auch Betreiber stationärer Pflegeeinrichtungen werden in Gesprächen auf diese Bedarfe aufmerksam gemacht. Einige Einrichtungen „öffnen“ sich ins Quartier und bieten inzwischen komplementäre Leistungen (z.B. Wäsche-Dienst; Menü-Lieferung) an.

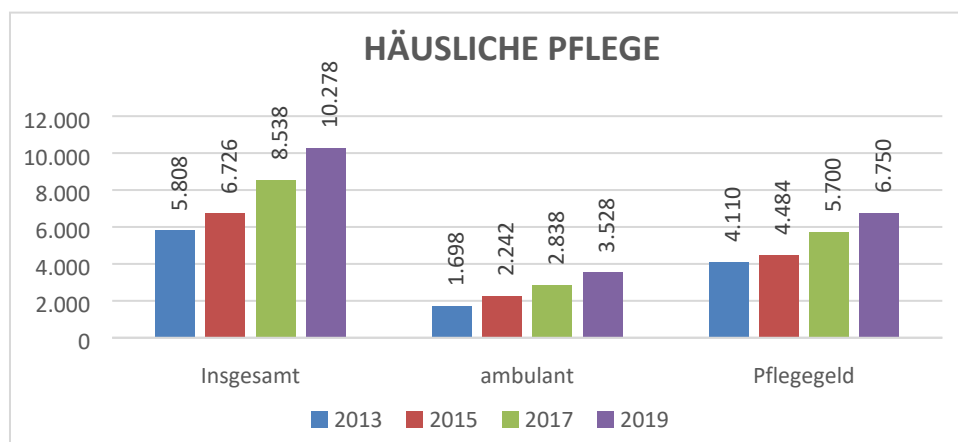
Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sollte darauf hingewiesen werden, dass alle Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 1 monatlich einen Betrag von 125 Euro für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (§ 45b SGB XI) erhalten können.

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.⁵⁹ Weiterhin sind professionelle ambulante Pflegedienste (ergänzend) im häuslichen Umfeld tätig.

Bestand und Entwicklung:

Abbildung 29: Häusliche Pflege



(Quelle: IT.NRW, Eigene Darstellung)

⁵⁹ APG NRW Gesetzesbegründung

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 11.013 (10.278+735 Pflegegrad 1) Pflegebedürftige (85 %) in der eigenen Häuslichkeit betreut. Von den in der eigenen Häuslichkeit betreuten Personen bezogen 6.750 (61%) Pflegegeld (§ 37 SGB XI), d.h. die Betreuung erfolgt ausschließlich durch Angehörige / Bezugspersonen.⁶⁰ Der Bezug von Pflegegeld (reine Angehörigenpflege) stellt seit Jahren das am häufigste genutzte Pflegesetting dar – die Zahlen steigen. Hier wirkt sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (PSG II) aus, da neue Leistungsberechtigte Pflegeleistungen erhielten.

Die Universität Witten/Herdecke hat eine Untersuchung zur „Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“ durchgeführt. Die Pflegeverantwortung ist für diese „Young Carer“ (10 – 19 Jahre) eine starke Belastung. Unterstützung und Hilfsangebote sind notwendig. Daten sind nicht bekannt, die private Situation wird nicht öffentlich gemacht (vgl. Vorlage A/16/4904-01 vom 04.09.2019). Auf Bundesebene wurde ein Programm für pflegende Kinder und Jugendliche: „Pausentaste - Wer anderen hilft, braucht manchmal selber Hilfe“ und das Kinder- und Jugendtelefon der „Nummer gegen Kummer“ eingerichtet.

Der ASB hat in Oberhausen das Kontaktbüro Pflegeselbsthilfe für pflegende Angehörige eröffnet. Weiterhin bieten diverse Akteure Gesprächskreise an.

Der Caritasverband Oberhausen bietet eine Kurberatungsstellen für pflegende Angehörige an.

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 Pflegegrad 5 (vgl. Abb. 14) – verdeutlicht dies. Es stellt sich die Frage, ob diese Vorstellungen auch zukünftig, bei sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen sowie familiären Strukturen, 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, dies bedeutet kinderlose ältere Menschen, 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 besonders in Singlehaushalten keine familiäre Pflege besteht. Um dieser 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.

Die Weiterentwicklung von Angeboten und die Vernetzung auf Quartiersebene können Räume für den Austausch, das Treffen der Bewohner des Sozialraums schaffen, so dass „sorgende

⁶⁰ Häusliche Pflege ist sichergestellt durch Angehörige oder ehrenamtlich tätige Person. Über die Verwendung des Pflegegeldes kann frei verfügt werden.(DeStatis)

Gemeinschaften“ bzw. „kleine Lebenskreise“ im Sinne sorgender Nachbarschaften entstehen.⁶¹

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 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 / Beratungen und Schulungen für pflegende Angehörige, sowie das Beratungsangebot der kommunalen Pflegeberatung und der Quartiersbüros in den 6 Oberhausener Sozialräumen (Beginn: Jahr 2019). **Die Beratungs- und Qualifizierungsangebote für pflegende Angehörige sollten daher weiter niedrigschwellig ausgebaut werden, damit eine Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials und des häuslichen Pflegearrangements erreicht werden kann.**⁶² **Edukative Maßnahmen** (Wissensvermittlung) sind von erheblicher Bedeutung, denn sie können zur Stabilisierung oder Entlastung der pflegebedürftigen Personen sowie der Angehörigen in der jeweiligen Lebenssituation beitragen (IGES 2019c, Kantar Public 2019). Dadurch soll die Selbstpflegekompetenz bzw. die Pflegekompetenz der Angehörigen gesteigert und durch gezielte Befähigung eine Erhöhung der Selbständigkeit erreicht werden, um besser mit den Herausforderungen der Lebenssituation umgehen zu können.⁶³ Angehörige sollen erreicht und sensibilisiert werden bevor sie zu pflegenden Angehörigen werden.

6.8 24 Stunden Pflege – Live In Pflege

Neben stationärer und ambulanter Pflege hat sich eine weitere Form als dritte Säule des Altenpflegesystems etabliert: Migrantische Frauen - meist aus Mittel- und Osteuropa - pflegen ältere Menschen in Privathaushalten. Diese sogenannten Live-Ins arbeiten und leben in den Haushalten der Pflegebedürftigen. Sie übernehmen Aufgaben der Hauswirtschaft, Pflege und Betreuung und wechseln sich meist in einem Abstand von zwei bis drei Monaten mit einer anderen Live-In aus dem Herkunftsland ab. Ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit in Deutschland erfolgt Schätzungen zufolge durch Live-Ins. Trotz der weiten Verbreitung dieses Modells wird in dieser Branche immer wieder gegen arbeitsrechtliche Regelungen verstoßen. Das zentrale Problem bilden die umfassenden Arbeitszeiten. Angehörige und Vermittlungsagenturen in der „24-Stunden-Pflege“ haben häufig die Erwartung einer Rund-um-die-Uhr Anwesenheit und Abrufbarkeit an sieben Tagen pro Woche. Durch das Verschwimmen von Wohn- und Arbeitsort besteht die Gefahr einer stark entgrenzten Arbeitszeit. Ein Großteil dieser Arbeit wird in irregulärer Beschäftigung geleistet; die Anzahl der Agenturen, die Live-Ins vermitteln, nimmt allerdings zu. Aufgrund eines Mangels an Kontrolle und Interventionen bei Rechtsverstößen besteht in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen – und spezifisch der Arbeitszeit – für die Agenturen ein deutlicher

⁶¹ 7. Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung“

⁶² Bertelsmann Stiftung, Themenreport – Pflege 2030

⁶³ 7. Pflegebericht

Handlungsspielraum. Auf dem Live-In-Markt nehmen Vermittlungsagenturen damit eine zentrale Rolle ein⁶⁴. Das Angebot besteht auch in Oberhausen. Daten sind nicht vorhanden.

6.9. 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.⁶⁵ 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. Die Pflegeberatungsstelle bietet zusätzlich eine mobile Pflegeberatung an bestimmten Standorten im Stadtgebiet an. Weiterhin wird durch pro wohnen e.V eine niedrigschwellige muttersprachliche Beratung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund an bestimmten Wochentagen angeboten. 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.

Die seit dem Jahr 2019 von der Stadt geförderten Quartiersbüros in den sechs Sozialräumen dienen der Umsetzung von quartiersorientierter Senioren- und Seniorinnenarbeit und als lokale Anlaufstellen für Rat suchende ältere Menschen. Die Quartiersbüros wurden in Kooperation mit lokalen Trägern aufgebaut, so dass „das vorhandene Know-how der Fachleute, räumliche und personelle Ressourcen mitgenutzt werden können.“⁶⁶ Das Beratungsangebot wird durch die Quartiersbüros laufend erweitert. Der „Sachbericht 2021“ zur Arbeit der Quartiersbüros dokumentiert den Erfolg und die positive Wirkung der quartiersorientierten Senioren*innenarbeit, durch hohe Beratungszahlen und vielfältige Angebote/Unterstützungsleistungen.

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

⁶⁴ Reduktion der Arbeitszeit in der Live In Pflege, Hans Böckler Stiftung 04/2022

⁶⁵ www.oberhausen.de „Pflegeberatung“

⁶⁶ <https://www.oberhausen.de/de/index/rathaus/verwaltung/verwaltungsfuehrung/chancengleichheit/leben-im-alter/quartiersbueros.php>

Pflegeunterstützungssysteme können passgenaue Lösungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen gefunden werden. Im Rahmen der Pflegeberatung sollte das **Casemanagement** einen hohen Stellenwert einnehmen. Bei komplexen Fällen von Pflegebedürftigkeit sollte die **Einmündung** der Pflegebedürftigen in das passende, individuelle Pflegesetting nachgehalten werden. **Über die Beratung hinaus ist die tatsächliche Wahrnehmung der individuell richtigen pflegerischen Betreuung durch den Pflegebedürftigen wesentlich.**

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

In den Facebook-Auftritt der Stadt Oberhausen wurden Hinweise auf das Pflegeberatungsangebot aufgenommen. Die Monitore in den Wartebereichen der Bürgerservicestellen blenden ebenfalls Hinweise ein.

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 Wohnung 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 ökonomische Vorteile (Eigenanteil Pflegebedürftige; 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 „langer Selbstständigkeit in den eigenen vier Wänden“ gefolgt.

In diesem Zusammenhang belegt eine Reihe von Studien sowohl den Wirkungsgrad von altersgerechtem Umbau auf die Vermeidung eines Heimeintritts als auch die fiskalischen Effekte. Danach ließe sich über den altersgerechten Umbau der Wohnung im Mittel für 15 % der Pflegebedürftigen der Heimeintritt verhindern/verzögern.⁶⁷

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.⁶⁸ 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 (im Erdgeschoss) zur Verfügung stehen würden. Auch für Familien mit kleinen Kindern und Kinderwagen sind breitere Türöffnungen sowie ebenerdige Raumübergänge vorteilhaft.

Im Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2022 wurden keine Mittel für das KfW Zuschussprogramm „Altersgerecht Umbauen – Investitionszuschuss“ (Nr. „455 Zuschuss“) eingestellt. Noch im Jahr 2021 hatten das BMI und die KfW auf die anhaltend hohe Nachfrage nach Barriere Reduzierung reagiert und die Mittel auf 130 Mio. aufgestockt. Alternativ kann nun nur das Darlehnsprogramm "Altersgerecht Umbauen" (Nr. 159 "Kredit") in Anspruch genommen werden.

Der überwiegende Wohnungsanteil in Oberhausen existiert in Gebäuden vor Baujahr 1969 / 1999. 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. In Anbetracht des demographischen Wandels ist die Bereitstellung bedarfsgerechten und angemessenen Wohnraums für ältere Menschen besonders dringlich. Wenn die Kommunen älter werdende Menschen darin unterstützen wollen, möglichst lange selbstständig zu leben, müssen dafür auch die Wohnbedingungen vorhanden sein. Ein Lösungsansatz ist der „Wohnungsumbau im Bestand“ (s.o.), damit

⁶⁷ Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung 2014; Bundesinst. für Bau-, Stadt- und Raumforschung

⁶⁸ Zur grundsätzlichen Wohnsituation vgl. IfS „Wohnen in Oberhausen 2012“

zukünftigen Anforderungen an „altersgerechtem Wohnraum“ - unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, einer alternden Stadtgesellschaft - entsprochen werden kann.

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.“⁶⁹

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.“⁷⁰

Über den Internetauftritt der Pflegeberatung der Stadt Oberhausen wird eine aktuelle Liste der Seniorenwohnungen angeboten: https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/material_senioren/seniorenwohnungen.pdf

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. Bei Neubauten liegt der m²-Preis bei mindesten 11€/kalt,

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

⁶⁹ Alten- und Pflegeplan 2009-2010

⁷⁰ www.oberhausen.de, „Seniorenwohnungen“

NRW's wird baurechtlich nur eine geringere Quote gefordert, so dass z. B. nur für 3 Wohnungen gemeinsam ein Stellplatz nachzuweisen ist. **Eine baurechtliche Satzungsanpassung würde zusätzliche Möglichkeiten für die Schaffung von seniorengerechten Wohnungen - auch in den Zentren der Stadtbezirke - eröffnen.** Eine Revitalisierung leerstehender Immobilien könnte zu einer Belebung von Zentren führen und das vorhandene Versorgungsangebot einbinden.

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 Stadtteilm BewohnerInnen 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.“⁷¹

Bustouren „Wohnformen im Alter“

Der Bereich Chancengleichheit organisierte bis 2019 jährlich 2 Besichtigungstouren zu verschiedenen Wohnformen, damit interessierte Bürgerinnen und Bürger sich über Modelle für das Leben im Alter informieren und vor Ort besichtigen konnten.

Bedarfsprognose:

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der vorhandene Wohnungsbestand in Oberhausen nur beschränkt barrierefrei bzw. barrierearm und damit nicht seniorengerecht ist. Aufgrund der langfristig (Jahr 2030) abzusehenden Entwicklung einer alternden Stadtgesellschaft sollte hier zusätzlicher barrierefreier Wohnraum geschaffen werden. Gestiegene und weiter steigende Wohnkosten führen dazu, dass ein größerer Anteil älterer Menschen armutsgefährdet ist. Einpersonenhaushalte und Haushalte mit Migrationshintergrund tragen dadurch ein erhöhtes Risiko für relative Einkommensarmut im Alter.⁷² **Aufgrund der drohenden „Altersarmut“ ist preiswerter und bezahlbarer Wohnraum dringend notwendig.** Sozial geförderter Wohnungsbau erhält Bedeutung.

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

⁷¹ www.oberhausen.de „Pro Wohnen“. PendlerInnen zwischen Heimat- und Aufenthaltsland.

⁷² DZA, Pressemitteilung 16.07.2021 „Wohnkostenentwicklung“

an die demografisch bedingte Alterung der Bevölkerung 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 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.

Eine **zugehende Wohnberatung** ist wesentlicher Bestandteil um den Ausbau barrierearmer/-freier Wohnungen zu fördern.

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:⁷³ „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 alternsgerechte 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.⁷⁴ Nicht zuletzt steht ein sozialraumorientiertes Vorgehen mit dem Erfolgsfaktor des bürgerschaftlichen Engagements in einem engen Zusammenhang.

Die Kommunen haben zur Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialbereich eine besondere Verantwortung. Hierzu gehört auch der präventive Hausbesuch.⁷⁵ Das Modell-Projekt „Gemeindeschwester“ kann z. B. die vulnerable Gruppe der Hochaltrigen unterstützen. Zu den Aufgaben gehört die aufsuchende präventive und gesundheitsfördernde Beratung zu Hause. Weiterhin werden individuelle Unterstützungsangebote vermittelt, die die Selbstständigkeit erhalten. Es ist denkbar, dass ein entsprechendes Angebot in den 6 Quartiersbüros verortet wird.

Der Masterplan altengerechte Quartiere NRW beschreibt folgende Ziele der Quartiersentwicklung:

⁷³ KDA „Was sind altersgerechte Quartiersprojekte?“

⁷⁴ Vgl. auch <http://www.sozialraum.de> (Zugriff 02.12.2016).

⁷⁵ Koalitionsvertrag Zeile 4501 ff; PSG III; 7. Altenbericht „Daseinsvorsorge“

- Selbstbestimmtes Leben in der vertrauten Umgebung auch bei Unterstützungs- oder Pflegebedürftigkeit möglich machen
- In den Quartieren lebendige Beziehungen zwischen den Generationen entstehen lassen oder bewahren
- Soziale Folgekosten durch wohnortnahe Prävention und Stärkung der haushaltsnahen Versorgung vermeiden
- Gesellschaftlichen Dialog über das Zusammenleben in einer solidarischen Gesellschaft unter den Bedingungen des demographischen Wandels fördern

Wesentliche Bestandteile sind:⁷⁶

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. Hier setzt auch das Beratungsangebot der 6 Quartiersbüros an. Soziale Netze und lebendige Nachbarschaften sind zu stärken, um soziale Kontakte zu erhalten, Eigeninitiative zu stärken und gegenseitige Hilfe zu fördern.

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 – und **zum anderen geht es um Pflegeleistungen, die in Quartiersprojekten dezentral, zugehend und kleinteilig organisiert werden.** Ziel ist es 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.

⁷⁶ Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (2011) und (2012).

Entwicklung alter(n)sgerechter Quartiere

Der Rat der Stadt Oberhausen hat den Beschluss gefasst quartiersorientierte Senioren*innenarbeit einzurichten (Senioren im Mittelpunkt – Förderung sozialer Teilhabe, A/16/4177-02 vom 19.11.2018). Daher wurden Kooperationsverträge mit Trägern abgeschlossen, damit in den sechs Oberhausener Sozialräumen dezentrale Quartiersbüros – von der Stadt gefördert – eingerichtet werden.

Ziele der quartiersorientierten Senioren*innenarbeit sind:

- eine partizipative Sozialraumplanung
- der Aufbau von Versorgungsnetzwerken
- die Initiierung altengerechter Bau- und Wohnprojekte
- der Aufbau und die Stärkung von Nachbarschaftshilfen und -initiativen
- die Initiierung wohnungsnaher Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige
- eine ganzheitliche Ausrichtung der sozialen wie pflegerischen Infrastruktur
- die Schaffung zielgruppenspezifischer Zugänge zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten
- die Initiierung von Engagementmöglichkeiten sowie
- die Initiierung von teilhabeorientierten und gesundheitsfördernden Maßnahmen

Die Quartiersbüros sind „Anlaufstelle für Rat suchende ältere Menschen und die Mitarbeiter*innen sollen sich an den vorhandenen Netzwerken beteiligen und bei den quartiersbezogenen Entwicklungsprozessen fachkompetent mitarbeiten. Die Quartiersbüros sollen über eine Expert*Innenrunde unter Federführung des Bereichs Chancengleichheit der Stadt Oberhausen begleitet und evaluiert werden.“

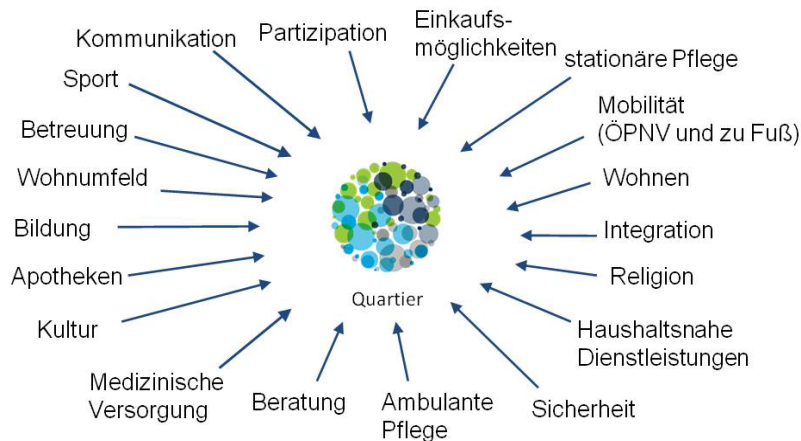
Der Bereich Chancengleichheit hat in Kooperation mit Wohnungsunternehmen das Oberhausener Modell entwickelt. Dabei geht es um den Umbau von barrierefreien Wohnungen im Bestand, gekoppelt mit Dienstleistungen, die das Wohnen komfortabler machen sollen. Durch neue Wohnformen wie Generationenwohnen, Wohn-,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

Der Rat der Stadt Oberhausen hatte 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 Nebeneinanders 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.“

Die **Verschränkung der Planungs- und Steuerungsansätze zur städtebaulichen und sozialen Infrastrukturgestaltung sollte intensiviert werden**. Der Fachbereich 5-1-30, Quartiersplanung ist in diesem Themenfeld tätig.

Um ein altengerechtes Quartier zu entwickeln sind viele Bereiche angesprochen, wie nachfolgende Grafik verdeutlicht:⁷⁷



Ohne eine bürgernahe, 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.

Es braucht aufsuchende Strukturen und weitere Kooperationen mit Organisationen/Initiativen im Sozialraum, die einen Zugang zu Älteren haben, die ihre Wohnung nicht mehr verlassen (können).

9. Seniorenpolitische Handlungsfelder

Nachstehend werden beispielhaft seniorenpolitische Handlungsfelder dargestellt, die 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. Passgenaue Strukturen sind zu entwickeln und die Lebenswelt von Älteren ist ganzheitlich in den Blick zu nehmen, damit (auch) die Potenziale von Älteren zur Erhaltung eines möglichst langen selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebens in der eigenen Häuslichkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Für die älteren Bürger*innen sollen attraktive Lebensumfelder und Rahmenbedingungen für die Gewährleistung von Individualität, Selbstbestimmung und Lebensqualität entstehen.⁷⁸

⁷⁷ MGEPA NRW 2013

⁷⁸ Seniorenpolitisches Gesamtkonzept Fortschreibung 2020, Landkreis München

Zukunftsfähige kommunale Seniorenpolitik und Seniorenarbeit ist weit mehr als eine Bedarfsfeststellung von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Hierzu bedarf es in Zukunft vielmehr eines integrativen regionalen seniorenpolitischen Gesamtkonzepts (vgl. Ratsantrag A/17/1347-01 „Seniorenförderplan“ vom 13.12.2021), das nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen sowie neue Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen umfasst.

Die Einbindung weiterer Akteure ist bei der Gestaltung seniorengerechter Strukturen für die Zukunft bedeutsam (z. B. private Anbieter, Wohnungswirtschaft, Haus- und Fachärzte, Apotheken, Sozialdienste von Krankenhäusern, Kranken- und Pflegekassen, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen, Vereine, Träger, Wohlfahrtsverbände). Weiterhin ist die Beteiligung und Mitwirkung der älteren Bürger*innen unerlässlich, damit ihre Interessen und Bedarfe berücksichtigt werden.

Die nachstehenden Handlungsfelder sind nicht trennscharf und beinhalten teilweise auch übergreifende Querschnittsthemen. Ein erster stichwortartiger Ansatz:

Wohnen

Orts- und Entwicklungsplanung

Bauleit- und Verkehrsplanung berücksichtigen Belange der Älteren. (Ampelschaltungen, Sitzgelegenheiten, abgesenkte Bürgersteige bei Straßenquerungen, barrierefreie/-arme öffentliche Räume/Gebäude, WC's, Nahversorgungsinfrastruktur und Einzelhandel, öffentlicher Personennahverkehr).

Wohnen zu Hause

Angebote von der zugehenden Wohnberatung bis zu alternativen Wohnformen; besonders wichtig ist das „Wohnen bleiben“ einschl. Wohnraumanpassung und barrierefreies Bauen.

Bezahlbare Wohnangebote/Sozialer Wohnungsbau - auch für Rentner/Witwen bezahlbar.

Die Polizei bietet eine kostenfreie Beratung – nicht nur – für ältere Menschen an und zeigt wie vorbeugende Maßnahmen vor kriminellen Delikten schützen. Das gilt nicht nur für das Verhindern von Wohnungseinbrüchen.

Die ehrenamtliche Seniorensicherheitsberatung⁷⁹ 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. Sie ist als Vorbeugungsmaßnahme Teil eines gesellschaftlichen 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.

⁷⁹ <http://www.seniorensicherheitsberatung-oberhausen.de/index.html>

Soziales

Prävention

Setzt an vorhandenen Ressourcen und an der Selbstverantwortung für ein gesundes und aktives Altern an – sportliche Aktivitäten, Ernährungsberatung, Früherkennung (Hausärzte). Sturzprophylaxe, präventive Hausbesuche, Bildungsangebote.

Sport und Bewegung leisten auch im Alter einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Lebensqualität. Wissenschaftliche Studien 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 („Seniorenport“). Ähnliche Ansätze werden von einzelnen stationären Einrichtungen durch Kurse wie „Fit für 100“ oder durch das Angebot des Stadtsportbundes „Sport im Park“ mit speziellen Bewegungsangeboten für Best Ager oder durch Workshops „Bewegungsangebote im Setting Altenpflege“ realisiert. Der Bereich Sport hat ein „Sportpolitisches Handlungskonzept“ entwickelt, welches verschiedene Handlungsfelder aufgreift und auch auf die „Bewegungsförderung für Hochaltrige / Ältere“ eingeht. Das gemeinsame Ziel ist es, die Aktivenquote der älteren und hochaltrigen Menschen in Oberhausen zu steigern und ihnen auch im hohen Alter ein gesundes, aktives Leben zu ermöglichen.

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. 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.⁸⁰

Seniorenport 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.

Teilhabe

Es sollen vorhandene Kontakte stabilisiert, neue begründet und damit der im Alter häufig zunehmenden Vereinsamung entgegengewirkt werden (Seniorentreffs,

⁸⁰ Kuratorium Deutsche Altershilfe

stadtteilorientierte Alten-/Servicezentren, Volkshochschulen, Mehrgenerationenhäuser, Tanztee, Interessengruppen, etc.).

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.total-lokal.de/city/oberhausen/barrierefrei/57/seniorentreffs.html>

Der überwiegende Teil der Altentagesstätten und -treffs öffnet nur einmal wöchentlich. 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.⁸¹

Teilweise berichten die Träger der Einrichtungen über eine sinkende Nachfrage bei den bisherigen „typischen“ Angeboten 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. Der Paritätische Oberhausen bietet entsprechende Interessen-Gruppen an.

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.⁸² Ein Ausbau der Aktivitäten Oberhausener Kulturschaffender in diesem Themenfeld ist wünschenswert.

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 Engagement bis hin zu kommunalpolitischen Diskussionsrunden.

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.

⁸¹ Alten- und Pflegeplan 2009 - 2010

⁸² <https://ibk-kubia.de/angebote/foerderprogramme/foerderfonds-kultur-und-alter/>

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. Zusätzlich werden im Hörbuchbereich mehrere tausend Titel unterhaltsamer, spannender und literarisch anspruchsvoller Werke zum Hören angeboten.⁸³

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.

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 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 Rente stellt ein nüchternes Abbild der Erwerbsbiografie dar. 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, können kaum noch am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilhaben.⁸⁴

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. Die Anzahl der Grundsicherungsempfänger ist seit 2017 von 1.848 Personen auf 1.935 Personen im Jahr 2020, welche die Altersgrenze erreicht haben, gestiegen.

Der „Sozialbericht Oberhausen 2020“ identifiziert von „Altersarmut“ betroffene Quartiere:

SOZIALQUARTIER	INNENSTADT	LIRICH-SÜD	BRÜCKTOR-VIERTEL	MARIEN-VIERTEL-OST	OSTERFELD-MITTE/VONDERORT	MARIEN-VIERTEL-WEST	TACKENBERG-OST (AB760603)	STERKRADE-MITTE (AB740502)	SCHLAD
VON ALTERSARMUT BETROFFENE	++	++	+	+	+	+	o	+	o

++ = stark überdurchschnittlich hoher Anteil; + = überdurchschnittlich hoher Anteil; o = durchschnittlicher Anteil; - = unterdurchschnittlicher Anteil

⁸³ https://www.oberhausen.de/de/index/leben-in-oberhausen/senioren/kulturelle_angebote/freizeit_sonstiges.php

⁸⁴ Bertelsmann Stiftung, „Analysen und Konzepte“ (4/2015)

In den „++ 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 oder „Zusatzleistungen eingekauft“ werden, so dass die Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit sinken. Die Art, die Intensität und auch die Qualität der Pflege leiden darunter. Der Sozialhilfeträger wird bei Bedürftigkeit finanziell eine pflegerische Unterstützungsleistung gewähren müssen, so dass eine pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit eintritt.

Bei der gesetzlichen Pflegeversicherung handelt es sich um eine „Teilkasko-Versicherung“, da nicht die vollen Pflegekosten abgedeckt werden. Die Pflege-Versorgungslücke muss durch eigene Vermögenswerte des Pflegebedürftigen (Eigenanteil) oder nachrangig durch Angehörige (Angehörigen-Entlastungsgesetz) bzw. den Sozialhilfeträger aufgefangen werden.

In Oberhausen wurden folgende monatlichen **Zusatzkosten** (Ø Eigenbetrag!) ermittelt:⁸⁵

- 1.039 € Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
- 596 € Unterkunft
- 460 € Verpflegung

Gesamt: 2.094 € am 01.01.2021 (01.01.2019 = 1.783 €) zzgl. Investitionskosten.

Oberhausen ist damit „günstig“ und liegt unter den Werten der angrenzenden Städte des Rheinlandes (2.235€ Ø mtl. Zusatzkosten). Welche Rente reicht hierfür aus? In NRW kann unter bestimmten Voraussetzungen die anteilige Übernahme der Investitionskosten als Pflegewohngehalt beantragt werden. Die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) verabschiedete Pflegereform (Leistungszuschläge vgl. Kap. 3.2) führt nur zu einer kurzfristigen Entlastung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Auch in Zukunft wird daher ein erheblicher

⁸⁵ PKV: LVR durchschnittliche Entgelte 01.01.2021; Werte wurden gerundet

Teil der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen auf Sozialhilfe angewiesen sein. Die Zusatzkosten sind in den letzten 2 Jahren erheblich gestiegen.

Der von der Pflegeversicherung abgedeckte weitere „pflegerische Aufwand“ beträgt in Oberhausen monatlich Ø 1.447 € (PG1) bis max. 3.048 € (PG5).⁸⁶

Mobilität

Gut erreichbare Nahversorgungsinfrastruktur, insbesondere bei Gütern des täglichen Bedarfs. Öffentlicher Nahverkehr, Bürgerbus. Barrierearmer öffentlicher Raum.

Ehrenamt

Förderung ehrenamtlichen Engagements (Pflegebegleiter, -lotsen, Ausbildungspaten, Kinderbetreuung etc.); Paradigmenwechsel von der Defizitorientierung hin zum Kompetenzmodell; Bürgerschaftliches Engagement für und von Seniorinnen und Senioren.

„Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege weiter gestärkt. Denn mit der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen steigt sowohl der Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften als auch der Bedarf an Menschen, die ehrenamtlich in der Pflege tätig sind. Die Pflegeversicherung fördert deshalb gemäß § 45c SGB XI ... den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen. Das betrifft zum Beispiel Angebote zur Unterstützung im Alltag auf kommunaler Ebene wie Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, die Entlastung von Pflegepersonen durch die stundenweise Übernahme der Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Person zu Hause.“⁸⁷ Ehrenamtliche Besuchs- und Hilfsdienste (z. B. wohnortnahe, nachbarschaftliche Selbsthilfe) können bei niedrigschwelligen Betreuungsangeboten eine wichtige Entlastung für pflegende Angehörige bedeuten und beratend und unterstützend tätig sein (vgl. auch 7. Altenbericht).

In Oberhausen gibt es den Besuchsdienst „Gesellschaft leben“, der ein auf ehrenamtliches Engagement gestützter Besuchsdienst für Menschen zur Freizeitunterstützung ist, die alleinlebend oder eingeschränkt mobil sind und deshalb am gesellschaftlichen Leben kaum noch teilnehmen können.

Besondere Zielgruppen

Ältere mit Migrationshintergrund, Demenz-Erkrankte, Junge Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und altersbedingtem Pflegebedarf, Alters-Depression, Single-Haushalte, LSBTIQ.

Die besonderen Bedarfe sind in Versorgungskonzepten zu berücksichtigen.

⁸⁶ PG = Pflegegrad

⁸⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/ehrenamtliches-engagement-in-der-pflege.html>

Betreuung, Hilfe, Pflege

Das Handlungsfeld „Betreuung und Pflege“ zeichnet sich mittlerweile durch eine hohe und weiter zunehmende Komplexität aus. Es beinhaltet neben den stationären Pflegeplätzen die häusliche Versorgung durch ambulante Dienste, Beratungsangebote wie Wohnberatung und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Auch Tagespflege, Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege, Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen zu Hause, ambulant betreute Wohngemeinschaften sowie unterschiedlichste niedrigschwellige Angebote und Betreuungsformen sind Bestandteil dieses Handlungsfeldes. Komplementäre Dienste/haushaltsnahe Dienstleistungen sind bereits bei eintretender Hilfsbedürftigkeit wichtig und stellen auch im weiteren Alterungs-/Pflegeprozess eine wichtige, unterstützende Leistung bei der Erhaltung eines möglichst langen selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebens in der eigenen Häuslichkeit und zur Vermeidung von fortschreitender Pflegebedürftigkeit dar.

Aufgrund der demografischen Entwicklung, der zunehmenden Alterung der Stadtgesellschaft, steigen altersbedingte Erkrankungen, so dass geriatrische und gerontopsychiatrische sowie pflegerische und hospizliche Versorgungsangebote stärker zu verzahnen sind.

Digitale Technologien sind in allen Lebensbereichen präsent. Daher sind ältere Menschen auch in der Nutzung von alltagsnahen Anwendungen (Haushaltsgeräte mit digitaler Bedienung) zu unterstützen. Ältere Menschen sind durch Schulungsangebote in ihrer digitalen Kompetenz zu stärken, damit eine unterstützende Nutzung digitaler Technik im Alltag ermöglicht wird. Die Angebote zur Stärkung digitaler Kompetenz müssen sich an der Lebenswelt orientieren (Haushaltsgeräte, Auto, Finanzen, Fahrkarten-Automaten, Shopping), damit ein konkreter Mehrwert vorhanden ist. Smart-Home-/AAL⁸⁸ Technologien u.a. in den Bereichen Sicherheit, Komfort, Telemedizin, Teilhabe und Kommunikation können den längeren, selbstständigen Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen.

Angehörige sind die tragende Säule in der pflegerischen Versorgung. Sie müssen unterstützt und entlastet werden.

Gesundheitliche Versorgung

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. 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.⁸⁹ § 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 gesundheitliche Situation der

⁸⁸ Ambient Assisted Living

⁸⁹ DeStatis, DZA, Robert-Koch-Institut, „Gesundheit und Krankheit im Alter“

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 **Übergänge zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (medizinische, pflegerische und soziale Versorgung)** zu richten, da besonders Hochaltrige auf ineinandergreifende, aufeinander abgestimmte Hilfesysteme angewiesen sind (**Care und Case 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.

Pflege fordert ein ganzheitliches Pflegeverständnis ein, in dem im engeren Sinne pflegfachliche Verantwortungsbereiche und das Gelingen ganzheitlicher (gesundheitlicher) Versorgung unter einem umfassenden Pflegebegriff (Care und Cure) zusammengefasst werden.⁹⁰

Beratung, Beteiligung

Generell ist der Zugang zu Versorgungseinrichtungen/–leistungen zu erleichtern. Informationsbroschüren an den richtigen Stellen auslegen (Apotheken, Ärzte, Wochenmarkt). Ausbau der Anlauf- und Beratungsstellen, Öffentlichkeitsarbeit. Beteiligung der Älteren durch Seniorenkonferenzen, Quartierskonferenzen.

Die Handlungsfelder Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit sowie Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sollten als Querschnittsthemen in allen Bereichen berücksichtigt werden.

Kooperationen

Träger- und ressortübergreifende Vernetzung, teilträumliche Arbeitsgemeinschaften, auch mit verschiedenen Trägerorganisationen, gemeinsame Fortbildungen. Ressortübergreifende, an der Lebenswelt der Älteren orientierte Prozesse.

⁹⁰ Strukturreform Pflege und Teilhabe - Hoberg, Klie, Künzel; Nov. 2013

10. Digitalisierung in der Pflege

Dieses Thema wurde bereits kurz in Kapitel 9 „Seniorenpolitische Handlungsfelder“ skizziert. Aufgrund der zunehmenden Relevanz der Digitalisierung erfolgen nachstehend weitere Ausführungen.

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. Dank zahlreicher Produkte des Ambient Assisted Living (AAL) und der Smart-Home-Technologien kann die Selbstständigkeit vieler älterer Menschen in der eigenen Häuslichkeit trotz gesundheitlicher Probleme erhalten oder sogar erhöht werden. Der Einsatz von digitaler Technik soll hierbei nicht die menschliche Beziehung „Pfleger – Pflegebedürftiger“ ersetzen, sondern zusätzliche Freiräume / Zeitfenster für eine persönliche Unterstützung schaffen. Digitalisierung assistiert in der pflegerischen Versorgung und ersetzt nicht den persönlichen Kontakt. Auch digitale Teilhabe ist eine Form der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – besonders bei nachlassender Mobilität. Medienkompetenzförderung ist eine vordringliche Aufgabe um digitale und soziale Teilhabe im Alter zu ermöglichen.

Der Aufbau digitaler Kompetenzen im Alter ist eine absolute Notwendigkeit. Digitale Kompetenzen kompensieren einerseits Funktionseinbußen, die eine selbstständige Lebensführung einschränken, und ermöglichen andererseits die Befähigung zur Nutzung der digitalen Leistungsangebote im unmittelbaren Lebensumfeld (Bank, Fahrkartenautomat, Shopping, Lieferservice Lebensmittel, Freizeitgestaltung, Reservierungen, PKW-Assistenten).

Die Corona-Pandemie hat den Einsatz von digitalen Anwendungen in vielen Lebensbereichen befördert (Video-Konferenzen, Telemedizin, Video-Anrufe).

Mit der „konzertierten Aktion Pflege“ 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 wurde die Achte Altersberichtskommission mit dem Schwerpunktthema: „Ältere Menschen und Digitalisierung“ beauftragt.

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

DIGITALE ANWENDUNGEN IN DER PFLEGE

So können Pflegebedürftige im häuslichen Alltag und Pflegekräfte bei ihrer Arbeit unterstützt werden.



(Quelle: Verbraucherzentrale Faktenblatt Digitalisierung Pflege)

Weiterhin sind bei den „Pflegerobotern“ noch „Sozial Roboter/Companion Roboter“ im Einsatz (z.B. Pepper, Yanny). Diese Roboter sind in der Tagesgestaltung aktiv und regen zum Mitmachen an (Singen, Hocker-Gymnastik, Rätsel/Wissensfragen).

Ein Yanny-Roboter wurde vom Netzwerk Demenz/Verein Lebensqualität bei Demenz beschafft. Er kann von stationären Pflegeeinrichtungen ausgeliehen werden. Das Projekt „go4cognition“ (Kombination aus geistigem und körperlichem Training bei kognitiven Beeinträchtigungen) wurde unter Mitwirkung der Senioreneinrichtung Gute Hoffnung realisiert.

Neue technische Produkte und Anwendungen führen zu einer immer stärkeren Technisierung und Digitalisierung von ganz unterschiedlichen Lebensbereichen der Gesellschaft. Auch in den Alltagswelten (Information, Kommunikation, Unterhaltung) älterer Menschen sind diese Veränderungen angekommen. Die Entwicklung einer „digitalen Kluft“ zwischen unterschiedlichen (sozioökonomischen) Bevölkerungsgruppen beim Zugang zu, der Verwendung von und der Nutzung von den Vorteilen digitaler Technologie gilt es zu vermeiden. Kulturelle, soziale, wirtschaftliche, psychologische Faktoren oder der Gesundheits- und Behindertenstatus, entscheiden darüber, ob ein älterer Mensch digitale Technologien nutzt oder nicht.⁹¹

Die Mitglieder der „Kommunalen Konferenz Alter und Pflege“ hatten zu dem Thema „Digitalisierung in der Pflege“ weiteren Informationsbedarf geäußert. Daher wurde am 10.04.2019 ein „Fachtag Digitalisierung in der Pflege“ mit ca. 90 Teilnehmern veranstaltet. Neben verschiedenen Vorträgen und Diskussionsrunden wurde ein „Markt der Möglichkeiten“ (Ausstellung) angeboten. Ein weiterer Fachtag „Was Digitalisierung kann“ wurde am 20.10.21 von der Einrichtung Gute Hoffnung Sterkrade durchgeführt.

Der Fachbereich 3-2-20 / Ältere Menschen hat die Einführung der App „Gut versorgt in Oberhausen“ begleitet. Die App ermöglicht den Zugriff auf verschiedene Informations- und Beratungsangebote, die sich auch auf das Themenfeld Älterwerden, Pflege und Gesundheit beziehen. Zusätzlich werden Tipps für den Alltag angeboten. Mit dieser App wird eine weitere, zusätzliche Informationsquelle geschaffen, die über ein Smartphone genutzt werden kann.

Erfreulich ist festzustellen, dass einige stationäre Pflegeeinrichtungen in Oberhausen bereits an dem Förderprogramm „Sensoren statt Pflegeheim“ teilnehmen. Hier geht es um die

⁹¹ UNECE „Altern im digitalen Zeitalter“

Einbindung von Technikunterstützung in den Pflegealltag. Weiterhin wurde eine AG Robotik gegründet. In einem Projekt wurden geförderte „Caremanagement-Lösungen“ (Übergang Krankenhaus – stationäre Pflege) angeboten. Hierfür konnte kein Interessent gewonnen werden.

11. Bürgerbeteiligung

Die in Oberhausen eingerichteten Quartiersbüros führen Bürgerbeteiligungen in Form von Senior*Innenkonferenzen durch.

Diese haben mehrere Funktionen:

- Bedarfsermittlung durch zielgruppenspezifische Vorgehensweisen,
- eine verbesserte Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren/innen (Pflegedienste, Träger der stationären Pflege, soziale und komplementäre Dienstleister, Akteure/innen der Gesundheits- und medizinischen Versorgung, Vertreter/innen der Nutzer/innen usw.),
- die Entwicklung passgenauer Angebote (etwa für ältere Migranten/innen oder ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung),
- Überprüfung der Wirksamkeit der vorhandenen Angebote,
- Plattform für Austausch und Kommunikation,
- Interkommunaler Austausch mit Quartiersbüros und Pflegestützpunkten

Ziel ist es, möglichst viele Bürgerinnen und Bürger als Expertinnen und Experten des Alltags aktiv in die Entwicklung von Strukturen und Angeboten einzubinden. Mindestens einmal im Jahr soll eine SeniorInnenkonferenz auf Stadtebene stattfinden.⁹² Durch die Senioren*Innenkonferenzen ist eine gute Bürgerbeteiligung in allen Sozialräumen sichergestellt.

12. Seniorenwirtschaft

Das Konzept der Seniorenwirtschaft umfasst Produkte und Dienstleistungen, die insbesondere von älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Es handelt sich dabei nicht um einen eigenständigen, klar abgrenzbaren Wirtschaftsbereich, sondern vielmehr um einen Querschnittsmarkt. Die Produkte und Dienstleistungen der Seniorenwirtschaft zeichnen sich dadurch aus, dass sie verschiedene Sektoren integrieren, z. B. Digitaltechnik und Wohnangebote im Ambient Assisted Living. Angesichts des demographischen Wandels ist zu erwarten, dass aus der Entwicklung bzw. dem Angebot dieser integrierten Leistungen Beschäftigungseffekte und Wirtschaftswachstum (ökonomische Möglichkeiten) resultieren.⁹³

Die Bedürfnisse und Konsumwünsche älterer Menschen führen zu einer Nachfrage nach neuen / angepassten Produkten und Dienstleistungen. Älteren Menschen wird eine eigenständige Verbraucherrolle auf den öffentlichen und privaten Konsummärkten zuerkannt,

⁹² Konzept Quartiersbüros

⁹³ Handbuch Soziologie des Alterns, Springer

was ihrem steigenden Selbstwertgefühl in der Gesellschaft entspricht. Die Altersphase kann zunehmend weniger als Ruhe- denn als Schaffensphase verstanden werden ("aktive Alte").

Als Hauptbranchen kommen in Frage:

- Bildung/ Freizeit/Tourismus;
- Ernährungswirtschaft;
- Wohnen/Dienstleistungswirtschaft;
- Transport;
- Handwerk sowie
- Medizin/Gesundheit/Pflege.

Steigen wird vor allem die Nachfrage nach haushaltsnahen/komplementären Dienstleistungen. Die Projektion der Altersentwicklung in Oberhausen zeigt in den nächsten Jahren beachtliche Zuwächse in der Altersgruppe 65 -79 Jahre (vgl. Abb. 10). Bei diesen „jungen Senioren“ überwiegt der Hilfs-/Unterstützungsbedarf – eine stationäre Versorgung ist nachrangig. Bereits jetzt ist eine starke Nachfrage nach diesen Leistungen vorhanden, die noch an Dynamik gewinnen wird. Die Leistungen werden auch von ambulanten Pflegediensten sowie vereinzelt von stationäre Pflegeeinrichtungen (Öffnung ins Quartier) angeboten.

Im Rahmen der Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO NRW bieten sich Geschäftsfelder und Unterstützungsangebote, die auch „ohne (Pflege-)Fachkräfte“ umgesetzt werden können. Besonders die „Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag, § 4 AnFöVO) sind zu nennen. In diesem Geschäftsfeld sollten mehr Oberhausener Akteure aktiv werden.

Inzwischen haben sich auch in Deutschland eine Reihe von Bundesländern, Kommunen und auch Industrie- und Handelskammern für den Auf- und Ausbau der Seniorenwirtschaft engagiert. So zum Beispiel das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW), das eine "Geschäftsstelle Seniorenwirtschaft" beim Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen, einrichtete.⁹⁴

13. 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 die Bedarfsprognose im Rahmen der örtlichen Planung wurden für den Zeitraum bis zum 31.12.2026 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 Maßnahme Planung zu überführen sind. **Die Sicherung guter Pflege vor Ort, der Ausbau von Beratungs-,**

94 Seniorenwirtschaft (Silver Economy-silver market) - Wirtschaft und Schule

Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen sowie die Stärkung der Infrastruktur zur Unterstützung für pflegende Angehörige sind hierbei übergeordnete Ziele.

Überblick zur Bedarfsentwicklung:

Bedarfsentwicklung - Pflegeinfrastruktur (2022 - 2026)					
			Ist		Nachfrage
Stationäre Einrichtungen					↘
Tagespflege					↔
Kurzzeitpflege (eingestreute)					↗
Solitäre Kurzzeitpflege					↗
Ambulante Dienste					↗
Komplementäre Dienste/Leistungen					↑
Demenz-WG's					↗
Junge Pflege					↔
Behinderte mit altersbedingtem Pflegebedarf					↗
Hospiz- und Palliativversorgung					↔
Fachkräfte					↑
Angehörige					↑
Betreutes Wohnen / Seniorenwohnungen					↑

(Eigene Darstellung)

Die demografische Entwicklung führt zu einer grundsätzlich steigenden Überalterung der Stadtgesellschaft, der Altenquotient steigt. Eine vollstationäre Versorgung wird jedoch erst in einem hohen Alter wahrscheinlicher (Heimeintrittsalter 82,4 Jahre). Die unterschiedliche Entwicklung der jeweiligen Alterskohorten (vgl. Kap. 4.2) im Planungszeitraum, führt zu unterschiedlichen Pflegebedarfen und hat Einfluss auf die vorzuhaltende pflegerische Infrastruktur.

Vollstationäre Pflege:

Hinsichtlich der stationären Versorgung Pflegebedürftiger besteht grundsätzlich kein Handlungsbedarf, da die Anzahl der angebotenen stationären Pflegeplätze den Bedarf bis 2026 deckt. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind in allen Sozialräumen vorhanden. Ein Rückgang der Personenanzahl findet in der Alterskohorte der Hochaltrigen – Personen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit stationärer Versorgung - statt.

Tagespflege:

Die Anzahl der Tagespflegeplätze konnte weiter auf ~272 erhöht werden. Zusätzliche ca. 20 Plätze werden Ende 2022 dazu kommen. Die Versorgung mit Tagespflegeplätzen ist daher „fast auskömmlich“. Neue Tagespflegeeinrichtungen sind nur noch in bestimmten Sozialräumen sinnvoll, da nicht alle Tagespflegen ausgelastet sind.

Der Ausbau der Tagespflege bedeutet eine wichtige Entlastung für pflegende Angehörige und ermöglicht dem zu Pflegenden einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Auch hier sollte das Angebot der Tagespflege stärker in das Bewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen gebracht werden. Ab Pflegegrad 2 besteht ein (zusätzlicher) Anspruch auf Tagespflege. Die Tagespflegeeinrichtungen sind dazu aufgerufen in ihren Konzepten auch zielgruppenrelevante Erfordernisse (z. B. Demenz, Schwerbehinderung, LSBTIQ) und eine interkulturelle Öffnung (Sprache, Ernährung, Religion) zu berücksichtigen.

Kurzzeitpflege:

Zu dem Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen kann mangels geeigneter Daten (z. B. Tagesbelegungszahlen) keine belastbare Aussage abgegeben werden. Erfahrungswerte und die Nachfrage (teilweise saisonal, Urlaubszeiten) sprechen für einen zusätzlichen Bedarf. Erfreulich ist, dass die Anzahl der solitären Kurzzeitpflegeplätze erweitert werden konnte.

Ein weiterer Ausbau der solitären Kurzzeitpflege ist wünschenswert, damit das „Aktivierungspotenzial“ der Kurzzeitpflege genutzt werden kann und diese nicht nur als „Warteposition“ nach einem Krankenhausaufenthalt dient, bis eine stationäre Pflegeeinrichtung zur Verfügung steht. Aufgrund der immer kürzer werdenden Krankenhausaufenthalte („blutige Entlassung“) wird stationären Pflegeeinrichtungen empfohlen Kooperationen mit Oberhausener Kliniken einzugehen, damit nach der Krankenhausbehandlung ein sicherer Übergang in die eigene Wohnung des pflegebedürftigen Patienten gewährleistet wird. Die Einrichtung von solitären Kurzzeitpflegeplätzen wird so auch für die stationären Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich kalkulier- und tragbar.

Die Ausrichtung der Kurzzeitpflege unterscheidet sich von einer stationären Unterbringung, da die Kurzzeitpflege grundsätzlich eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorsieht. Der Pflegebedürftige sollte sich während der professionellen Betreuung in der Kurzzeitpflege erholen und durch aktivierende, mobilisierende Maßnahmen seine eigenen (körperlichen, geistigen) Ressourcen stärken. „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. 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

Kurzzeitpflegegast zu erstellen.“⁹⁵ Das Überleitungsmanagement erfüllt hierbei eine wichtige Rolle. Die Kurzzeitpflege kann daher einen wichtigen Beitrag zur Fortführung einer ambulanten Betreuung leisten und erhebliches Potenzial zur „Hilfe zur Selbsthilfe“ bieten, so dass ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wird.

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 Verhinderungspflege⁹⁶ - sollte pflegenden Angehörigen durch Pflegeberatung und durch Öffentlichkeitsarbeit besser bekannt gemacht und die Möglichkeiten noch mehr in den Vordergrund gerückt werden.

Ambulante Dienste:

Bei der Betreuung durch ambulante Dienste handelt es sich um ein Angebot des freien Pflegemarktes, welches sich durch Angebot und Nachfrage regelt. Aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes (01.01.2017, PSG II) ist die Nachfrage nach ambulanten Diensten stark gestiegen, da zusätzliche Personen einen Anspruch auf pflegerische Versorgung erhalten haben. Die Altersgruppe der 65 – 79-Jährigen wird in den nächsten Jahren stark wachsen. In dieser Altersgruppe besteht vorrangig Bedarf an Hilfs-/ Unterstützungsleistungen / komplementären Diensten, die zu einer Steigerung der Nachfrage bei ambulanten Pflegediensten führen wird.

Bis ins Jahr 2026 ist von einer weiteren Zunahme der Anzahl der ambulant betreuten Pflegebedürftigen auszugehen.

Komplementäre Dienste / Leistungen:

Komplementäre Dienstleistungen werden am freien Pflegemarkt angeboten. Mangels statistischer Daten kann keine Aussage zur Bedarfsdeckung abgegeben werden. Aufgrund von Rückmeldungen aus der Praxis und der prognostizierten demografischen Entwicklung (Zunahme „junge Senioren“; Singularisierung des Alters) ist von einem weiter steigenden Bedarf auszugehen, da auch das private Unterstützungspotenzial (familiäre Pflege) sinkt. Die Angebote tragen auch zur Entlastung der Pflegepersonen bei und unterstützen den Wunsch der meisten Menschen im Alter in der eigenen Wohnung zu leben. Bereits jetzt können nicht mehr alle Anfragen nach haushaltsnahen Dienstleistungen erfüllt werden. Wichtig ist hierbei, dass aufgrund der „Altersarmuts-Problematik“ ein bezahlbares Angebot existiert.

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

⁹⁵ Modellprogramm des Spitzenverbandes und der gesetzlichen Pflegekassen zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI“, ISO

⁹⁶ Wenn eine private Pflegeperson vorübergehend ausfällt, weil sie verreist oder krank ist, haben alle Bezieher ambulanter Pflegeleistungen Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege oder Ersatzpflege

können. Unternehmensverbände, Industrie- und Handelskammern bieten sich hier Chancen für ihre Mitglieder.

Komplementäre Dienste sollten weiterentwickelt und gefördert werden, da sie bei häuslicher Pflege eine wichtige flankierende Unterstützung leisten.

Zielgruppen mit besonderem pflegerischem Handlungsbedarf:

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/Personen mit Migrationshintergrund bei den Pflegebedürftigen mittelfristig steigen werden, so dass genderspezifische und kulturspezifische Aspekte (Religion, Ernährung, Sprache) beachtet werden müssen. Diese Thematik wird im Arbeitskreis Interkulturelle Öffnung der Pflege und im Projekt „Guter Lebensabend NRW“ aufgearbeitet.

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

Die vorhandenen Fallzahlen bzw. zu erwartende Entwicklung bei Demenz-Erkrankten und Jungen Pflegebedürftigen sprechen bereits jetzt für eine Ausweitung des in Oberhausen vorhandenen pflegerischen Angebotes.

In Beratungsgesprächen werden Akteure und Investoren auf die Bedarfe aufmerksam gemacht, damit auf dem freien Pflegemarkt mehr Plätze entstehen. Für die Einrichtung von Demenz-WGs stehen leider nur wenige geeignete Immobilien zur Verfügung und Baurecht verhindert oft die Realisierung von Projekten. Es besteht erheblicher Bedarf.

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.

Mit der wahrscheinlichen Realisierung des neuen Projektes „Stationäre Versorgung junger Pflegebedürftiger“ (~60 Plätze) ist die „Junge Pflege“ zukünftig gut aufgestellt. Junge Pflegebedürftige werden überwiegend zunächst in den eigenen Familien (Eltern) betreut und eine stationäre Versorgung erfolgt erst im fortgeschrittenen Alter des Pflegenden (bei Überforderung).

Der Blick auf gleichgeschlechtliche Lebensweisen / LSBTIQ 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 der Öffentlichkeit notwendig.⁹⁷ Weiterhin sind die Akteure in der Pflege- / Altenarbeit entsprechend einzubinden und fortzubilden. Der Bereich Chancengleichheit ist in diesem Themenfeld tätig.

⁹⁷ § 1 Abs. 2, § 2 Abs. 1 APG NRW

Behinderte mit (zusätzlichem) altersbedingten Pflegebedarf werden überwiegend in Einrichtungen der Eingliederungshilfe betreut. Hier wird durch entsprechendes Personal auch die „altenpflegerische Betreuung“ gewährleistet. Schwerbehinderte erreichen vermehrt ein hohes Alter, so dass altersbedingter Pflegebedarf – zusätzlich zu einer teilweise seit vielen Jahren bestehenden Behinderung (geistig, körperlich) – entsteht. Der steigende Anteil älterer Menschen mit Behinderungen muss in den Versorgungskonzepten der Leistungsanbieter (Teilhabe, Inklusion, Selbstbestimmung) berücksichtigt werden.

Hospiz und Palliativ-Versorgung:

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 2026 von einer Bedarfsdeckung auszugehen ist.

Die Entwicklung ist zu beobachten, da im Prognosezeitraum die Sterbefallzahlen statistisch auf „hohem Niveau“ verbleiben.

Fachkräfte:

Zur Sicherstellung einer qualifizierten pflegerischen Versorgung ist Pflegefachpersonal notwendig (Fachkräftemangel). Pflegeeinrichtungen wie Altenheime, ambulante Pflegedienste und Krankenhäuser sind akut vom Fachkräfte- und Nachwuchsmangel betroffen.

Leistungsanbieter der pflegerischen Versorgung sollten „positive weiche Faktoren“ (Arbeitszeiten, -modelle, Weiterbildung, Anerkennung, Kinderbetreuung) in ihrem Unternehmen bieten, damit eine Abwanderung von Personal verhindert wird. Zusätzlich wird sich in den nächsten Jahren durch Altersabgänge (berufsdemografische Entwicklungen) und geringe Ausbildungszahlen die Personalsituation verschärfen.

Der demografische Wandel wird den Fachkräftemangel noch stärker ausweiten. Es bleibt abzuwarten, ob und inwieweit „positive Effekte“ durch die neue generalistische Ausbildung eintreten. Die Realisierung und Effekte des neuen „Personalbemessungs-Verfahren nach Prof. Rothgang“ sind ebenfalls noch offen.

Der Ansatz der Oberhausener „Initiative Pflegeberufe Oberhausen“ (IPO) ist daher besonders wichtig und sollte unterstützt bzw. erweitert werden.

Angehörige:

66% der Pflegebedürftigen werden zu Hause ausschließlich (Pflegegeld) von Angehörigen versorgt. Die Angehörigen sind ein wichtiger Garant für das Funktionieren des Pflegesystems. Angehörige (familiäre, informelle Pflege) müssen in ihrer herausfordernden Tätigkeit unterstützt und entlastet werden. Sie sind die tragende Säule der pflegerischen Versorgung.

Qualifizierungskurse und Sprechstunden für Angehörige werden angeboten. 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. Weitere Entlastungsangebote koordiniert das „Netzwerk beo“ und die Stelle „bürgerschaftliches Engagement“ beim Bereich Chancengleichheit. Pro Wohnen bietet

ebenfalls Beratungen an, die gut von Personen mit Migrationshintergrund genutzt werden. Zusätzlich ist durch die Einrichtung der Quartiersbüros in allen Sozialräumen eine gute und wichtige Möglichkeit zur Beratung „vor Ort“ geschaffen worden.

Die demografische Entwicklung und Änderung gesellschaftlicher Strukturen (Singlehaushalte, verstärkte Frauenerwerbstätigkeit) weisen langfristig auf einen Rückgang der Angehörigenpflege hin. Die Folge ist wahrscheinlich eine 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.

Wohnen / Seniorenwohnungen:

Die Steigerung der Anzahl der „Jungen Senioren“ (65-79 Jahre) in den nächsten Jahren spricht für eine weitere Nachfrage nach geeigneten Wohnangeboten. Die Aspekte, langer Erhalt der eigenen Selbstständigkeit und Sicherstellung der zukünftigen Versorgungssicherheit (durch Zusatzleistungen), gewinnen mit zunehmendem Alter an Bedeutung.

Bereits jetzt besteht ein erheblicher Bedarf an Betreutem Wohnen bzw. Seniorenwohnungen. Entsprechende Neubau Wohnangebote sind überwiegend bereits vor Bezugsfertigkeit der Wohnungen vergriffen. Unter dem Gesichtspunkt „Altersarmut“ und „niedrige Witwen-Renten“ ist bezahlbarer Wohnraum wichtig. Ein kommunales Engagement im „sozial geförderten Wohnungsbau“ sollte geprüft werden.

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.

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

Die Wohnberatung hat eine wichtige Bedeutung bei der Sicherstellung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Durch eine präventive und zugehende Beratung kann ein altersgerechter 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. Durch den Ausbau einer „zugehenden“ Wohnberatung lassen sich Einsparpotenziale (Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege) realisieren.

Digitalisierung:

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

weitere Anstrengungen notwendig. 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)⁹⁸ und Konzepte des Ambient Assisted Living (AAL). AAL-Systeme ermöglichen es, Pflegebedürftige zuhause zu unterstützen und sie beispielsweise an die Einnahme von Medikamenten zu erinnern, den Herd in Abwesenheit auszuschalten oder 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 von unterschiedlichen Förderprogrammen unterstützt.

AAL-technische Systeme können genutzt werden, um Wohn-, Versorgungs-, Bildungs- und Mobilitätsangebote für ältere Menschen zu verbessern.⁹⁹

Quartiersbüros:

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.¹⁰⁰

Die Einrichtung von Quartiersbüros in allen Sozialräumen ist ein wichtiger Bestandteil bei der Umsetzung des Oberhausener Ansatzes einer altersgerechten Quartiersentwicklung. Die Verstetigung der Quartiersentwicklung – durch kommunale Förderung - hat erhebliche Bedeutung für gelingende Strukturen im Quartier. Die Quartiersbüros sind nah am Bürger und kennen ihren Sozialraum. Das Leistungsangebot der Quartiersbüros sollte daher sukzessiv ausgebaut werden und sich am Themenfeld „Wohnen und Leben im Quartier“ ausrichten.

Fazit:

“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.”¹⁰¹ „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.“¹⁰²

⁹⁸ Beurteilungsinstrument für den jeweiligen Bedarf der pflegerischen Versorgung

⁹⁹ Prognos Studie, Pflegelandschaft 2030 (2012)

¹⁰⁰ MGEPA „Fragen und Antworten zum GEPA NRW“

¹⁰¹ Ex Gesundheitsministerin Barbara Steffens:

¹⁰² Engelmann/ Gohde/ Künzel/ Schmidt, Gute Pflege vor Ort - Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter