

# 1. Bericht zur Senioren- und Pflegeplanung

Aspekte zur Umsetzung der Prämisse  
„ambulant vor stationär“

**1. Bericht zur Senioren- und Pflegeplanung**

**Aspekte zur Umsetzung der Prämisse „ambulant  
vor stationär“**

Herausgeber:  
Stadt Duisburg, Der Oberbürgermeister,  
Amt für Soziales und Wohnen

Januar 2013

Verfasser:           Stefan Ernst  
                          Guido Kower

Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Kontakt:            Stadt Duisburg  
                          Amt für Soziales und Wohnen  
                          Sachgebiet Senioren-, Behinderten- und  
                          Pflegeangelegenheiten  
                          47049 Duisburg

Tel:   0203/283 2774  
      0203/283 2742



Schreibtelefon: 0203/9400111  
Telefax: 0203/283 2374



E-Mail: [pflegeplanung@stadt-duisburg.de](mailto:pflegeplanung@stadt-duisburg.de)

E-Mail: [kommunikation-ohne-barrieren@stadt-duisburg.de](mailto:kommunikation-ohne-barrieren@stadt-duisburg.de)

---

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1	Entstehungsprozess	10
<b>2.</b>	<b>Altersbilder haben sich verändert</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>Die Entwicklung der Altersgruppen</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>Neuausrichtung der Altenhilfepolitik ( und –planung)</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Wohn- und Lebensräume</b>	<b>21</b>
5.1	Wohnen	22
5.2	Wohnen im Pflegeheim	26
5.3	Quartiersentwicklung und Vernetzung auf regionaler Ebene	27
5.4	Nahversorgung	32
5.5	Haushaltsnahe Dienstleistungen/Komplementäre Dienste	33
5.6	Ambulante Pflege	33
5.7	Tagespflege	34
5.8	Mobilität und Wohnumfeld	34
5.9	Soziale Senioren- und Pflegeberatung	36
5.10	Pflegeberatung gemäß § 7 a und b SGB XI	38
5.10.1	Pflegestützpunkte	39
5.11	Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“	40
<b>6.</b>	<b>Pflegefachkräfte - Mangel und Ausbildung -</b>	<b>45</b>
6.1	Bestand der Pflegefachkraftausbildung und Weiterentwicklung	51

---

6.2	Bedarf an Pflegefachkräften bis 2016	52
<b>7.</b>	<b>Die Strategie für Wohnen und Arbeiten Duisburg <sup>2027</sup></b>	<b>57</b>
<b>8.</b>	<b>A U S B L I C K</b>	<b>58</b>
	Abbildungsverzeichnis	60
	Tabellenverzeichnis	60
	Anhang	61

## 1. Einleitung

Die Stadt Duisburg betreibt seit etwa Mitte der siebziger Jahre „Altenplanung“. So wurden damals die Planungsarbeiten zur Lebens- und Versorgungssituation älterer Menschen bezeichnet.

Mit Inkrafttreten des novellierten Landespflegegesetzes (PfG NW) zum 01.08.2003 ist die bisherige kommunale Pflegebedarfsplanung (Bedarfsprüfung) durch eine kommunale Pflegeplanung (§ 6) abgelöst worden. Gleichzeitig wurde die bisher an die Bedarfsbestätigung gekoppelte vorschüssige Objektförderung der Investitionskosten für teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen eingestellt und auf eine nachschüssige Förderung von Investitionskosten für solche Plätze umgestellt, die von HeimbewohnerInnen genutzt werden, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Die Notwendigkeit, Pflegebedarfsplanung und Förderverfahren zu entkoppeln, ergab sich aus den Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), den im EU-Recht enthaltenen Vorgaben zur Vermeidung unzulässiger Beihilfen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) zur Gleichbehandlung der Anbieter am Pflegemarkt im Hinblick auf die Gewährung einer Förderung.

Aufgrund der Veränderungen der kommunalen Pflegeplanung und dem damit verbundenen Wegfall der Bedarfsbestätigungen für stationäre Einrichtungen findet heute die kommunale Planungsverpflichtung ihren Ausdruck in der „Berichterstattung zur Senioren- und Pflegeplanung“. Es geht um die Beobachtung des Pflegemarktes, die daraus resultierende Beratung für Leistungsanbieter sowie die adäquate Ausgestaltung und die prophylaktischen Angebote der sogenannten offenen Altenhilfe (§ 71 SGB XII).

Im Jahr 2007 hat das Land NRW Handlungsempfehlungen zur kommunalen Pflegeplanung entwickelt. Hierin wird empfohlen, Pflegeplanung weiter zu fassen als bisher. Das heißt, es soll eine „ganzheitliche“, möglichst ortsnahe, Betrachtung aller Angebote (nicht nur stationär oder ambulant) für Seniorinnen und Senioren durchgeführt werden.

Deshalb werden (alle zwei Jahre) im Rahmen dieser Berichterstattung auch die Jahresberichte der Städtischen Senioren- und Behinderten-Beratungsstellen und der kommunal geförderten Begegnungs- und Beratungszentren, sowie Seniorentreffs veröffentlicht. So stellen die einzelnen Berichte ein umfassenderes Bild der vielfältigen Themen kommunaler Senioren- und Pflegeplanung dar. Um diese Systematik beizubehalten, wird dieser „Pflegeplan“ nun als „1. Bericht zur Senioren- und Pflegeplanung“ titulierte.

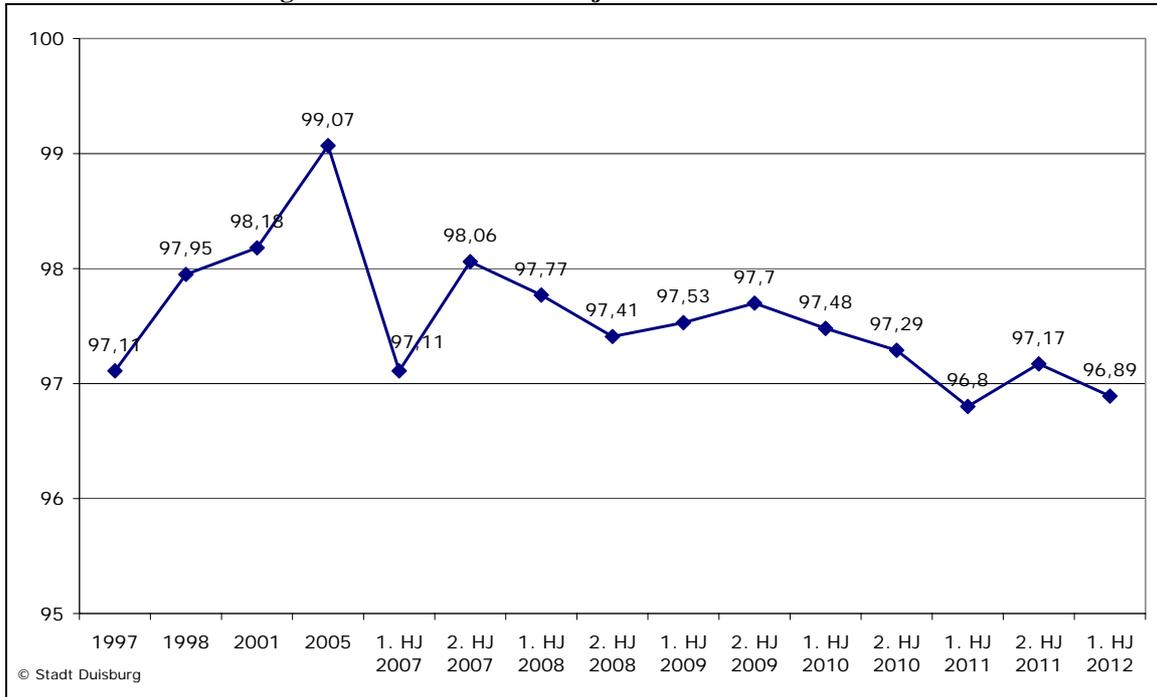
Die kommunale Senioren- und Pflege(bedarfs)planung hat sich im Laufe der Jahre schwerpunktmäßig weiterentwickelt. So standen in den ersten Plänen noch die Begegnungsstättenbedarfsplanung und später die sich aufbauenden Heimplatzdefizite und die damit verbundenen langen Wartezeiten für potentielle NutzerInnen im Mittelpunkt. Mit Hilfe des Indikatoren gestützten Bedarfsberechnungsmodells (1997 bis 2003) wurde deutlich, dass in Duisburg bezogen auf vollstationäre Pflege noch ein Nachholbedarf bestand. In einer gemeinsamen Aktion des heutigen Amtes für Soziales und Wohnen mit dem jetzigen Stadtentwicklungsdezernat wurden städtische Grundstücke ermittelt, um diese potentiellen Betreibern zum Verkauf anbieten zu können. Das vorhandene Platz-Defizit wurde in kurzer Zeit behoben. 1991 existierten damals in Duisburg insgesamt 3.166 Altenheim- und Pflegeplätze. Davon waren 1.220 Altenheimplätze und 1.946 Pflegeplätze in 35 Einrichtungen. Mittlerweile sind es 5.127 Pflegeplätze in 58 Pflegeheimen. (Stand: 19.11.2012).

Die Auslastung hat sich verändert und es ist heute nicht mehr schwierig in Duisburg zeitnah einen Pflegeheimplatz zu finden. Der Auslastungsgrad im 1. Halbjahr 2012 betrug 96,89%, wenn man die Auslastung der eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze ebenfalls berücksichtigt. Ohne diese Kurzzeitpflegeplätze lag die Auslastung bei 95,53%.

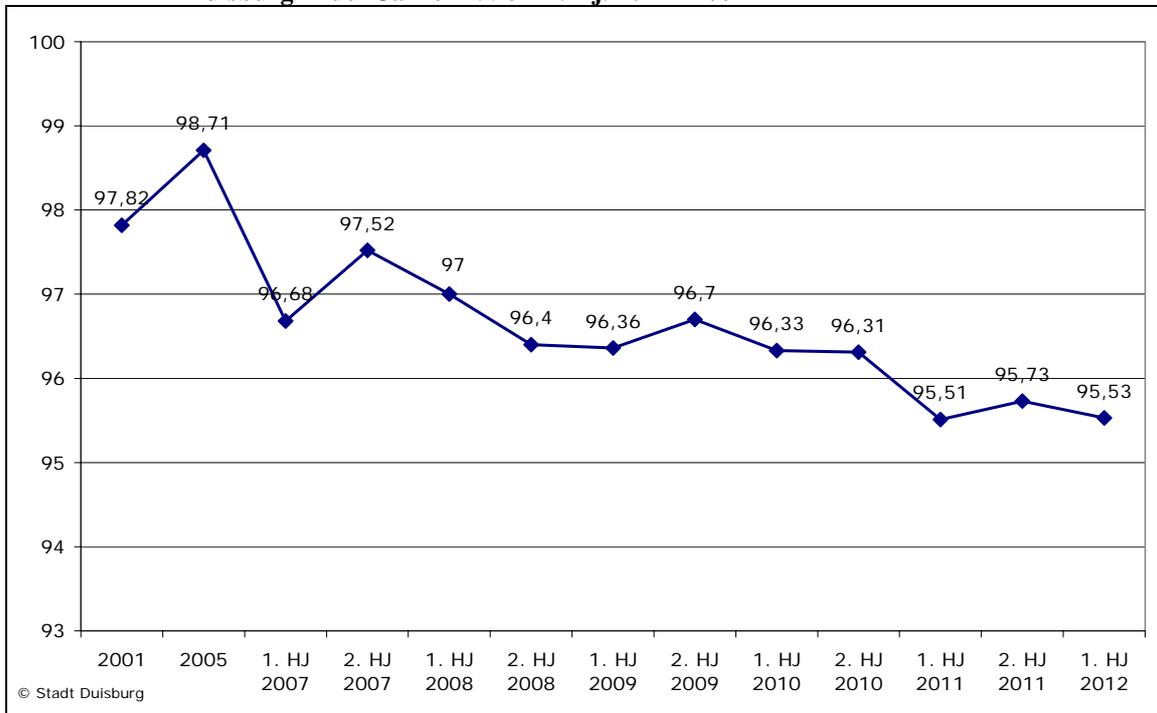
Die letzte Marktbeobachtung der teil- und vollstationären Pflege (2009) prognostiziert, dass mindestens bis zum Jahr 2015 die Versorgung mit stationären Pflegeplätzen sichergestellt ist und in Duisburg keine vollstationären Pflegeeinrichtungen mehr benötigt werden.

Dennoch lassen sich leider nicht alle Investoren hiervon leiten.

**Abbildung 1 Auslastungsgrad der vollstationären Dauerpflege inkl. eingestreuter Kurzzeitpflege in Duisburg in den Jahren 1998 – 1. Hj. 2012 in %**



**Abbildung 2 Auslastungsgrad der vollstationären Dauerpflege exkl. eingestreuter Kurzzeitpflege in Duisburg in den Jahren 1998 – 1. Hj. 2012 in %**



Erfreulich ist auch die Tatsache, dass die Träger die Handlungsempfehlungen der kommunalen Pflegeplanung zu Bedarfen von Personen mit besonderem Pflege-

---

/Betreuungsbedarf (u. a. Menschen mit geistiger Behinderung, junge Pflegebedürftige) aufgegriffen und teilweise schon umgesetzt haben.

Kommunale Pflegeplanung hat sich in den letzten 20 Jahren von der Bedarfsermittlung zur Marktbeobachtung gewandelt. Ohne das Werkzeug der Bedarfsbestätigung ist der Einfluss auf Planungen geringer geworden und der freie Markt eher gestärkt worden. Gerade deshalb nimmt die Pflegeplanung ihre Beratungsfunktion von Investoren und Trägern aktiv wahr und konnte, nicht dem Bedarf entsprechende, Planungen mitunter durchaus verhindern bzw. umlenken.

Der letzte Bericht zur kommunalen Senioren- und Pflegeplanung (2009) empfiehlt auf Grundlage der Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) eine nachhaltige Seniorenplanung und –politik mit zentralen Bausteinen wie der Stärkung der Teilhabe älterer Menschen, Förderung bürgerschaftlichen Engagements, neuen Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige Menschen und fordert somit eine Neuausrichtung der kommunalen Seniorenpolitik und –planung.

Unter anderem hat auch der Weltseniorentag im Jahr 2007 in Kooperation mit der WHO und dem Land NRW gezeigt, dass Duisburg auf dem Weg zu einer altersfreundlichen Stadt ist. Viele Maßnahmen und Akteure innerhalb und außerhalb der Verwaltung sind dafür ein Beispiel. So seien hierfür nur exemplarisch die mittlerweile im Großen und Ganzen bedarfsgerecht ausgebaute Pflegeinfrastruktur, die sich entwickelnden Angebote der sogenannten haushaltsnahen Dienstleistungen, die Begegnungs- und Beratungszentren, die Regionalkonferenzen zur offenen Seniorenarbeit in den sieben Bezirken, der Fahrdienst für mobilitätseingeschränkte Menschen (RollstuhlnutzerInnen), der Seniorenbegleitdienst der DVG, die vielen – teilweise ehrenamtlich basierten – Besuchs- und Hilfsdienste“, die Angebote der Alzheimer Gesellschaft Duisburg oder die runden Tische „Demenz“ genannt.

Gerade Projekte wie das integrierte Stadtentwicklungskonzept „Duisburg 2027“ und das damit zusammenhängende neue kommunale Fachkonzept zum Bereich Wohnen „WohnVision Duisburg“ (Sozialbericht 2010), definieren Ziele und formulieren Handlungsempfehlungen, die (zwangsläufig) u.a. an den Wünschen der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung ansetzen, „dass sie im Alter möglichst weitgehend selbst bestimmt im vertrauten Quartier wohnen bleiben und dort auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die notwendigen Dienstleistungen in An-

spruch nehmen kann. Vor dem Hintergrund einer ansonsten durchaus sehr heterogenen Struktur der Bevölkerung im Rentenalter bedeutet dies für das Fachkonzept WohnVision, dass eine Vielfalt von altengerechten Wohnformen geschaffen werden sollte. Damit werden auch die Voraussetzungen zur Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ und des Vorrangs häuslicher Versorgung vor vollstationärer Pflege geschaffen. Da die Bereitschaft zum Umzug in altengerechten Wohnraum stark mit der Möglichkeit zum Verbleib im vertrauten Quartier verknüpft wird, ist es wichtig, dass in möglichst vielen Wohnvierteln für das Wohnen im Alter geeignete Wohn- und Versorgungsbedingungen gegeben sind.“ (vgl. Sozialbericht 2010, S. 102)

Im Ergebnis beschreiben die aktuellen seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Nordrhein-Westfalen bis 2025 in den ausgewiesenen Handlungsbereichen ziemlich exakt den gleichen Handlungsbedarf und geben die gleichen Handlungsempfehlungen (vgl. MGFFI; Gemeinsam in einer Gesellschaft des langen Lebens, 2010, insbesondere Leitlinie 5, S.6; Seniorenpolitische Handlungsfelder, 5.2 Lebensräume, S. 28).

Zukünftige zentrale Handlungsfelder werden also eine altengerechte Stadtteilentwicklung sein, mit Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der physischen Wohn- und Lebensbedingungen sowie auf Integration und Zusammenleben zielen. Der Umgang mit der Alterung der Gesellschaft als ein zentraler Aspekt des demographischen Wandels ist aus kommunaler und kommunalpolitischer Perspektive als eine Querschnittsaufgabe zu verstehen: Sie ist Gegenstand von Wohnungsbau, Stadtentwicklung, Verkehrs- und Infrastrukturpolitik, Sozial- und Kulturpolitik, von Bildung, Sport und Freizeit. Daraus folgt, dass kleinräumige Analysen erforderlich wären, um zielgerichtete und nachhaltig wirksame Maßnahmen zu entwickeln – denn der demographische Alterungsprozess verläuft in den Stadtteilen unterschiedlich.

Es geht nicht darum, einen speziellen Städtebau für Ältere zu fordern, sondern stadträumliche Strukturen mit einer großen Offenheit für Vielfalt und Eignung für unterschiedliche Lebensphasen und Bedürfnisse zu schaffen.

Einzelne „altenspezifische“ Maßnahmen wie Seniorenwohnungen oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen garantieren noch kein gutes Leben im Alter, denn das gesamte Wohnquartier sollte den vielfältigen Anforderungen und Aktivitäten des Alltags gerecht werden.

---

## 1.1 Entstehungsprozess

Vor diesem Hintergrund hat sich die Sozialverwaltung die Frage gestellt, wie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ mit Leben in der Praxis gefüllt werden könnte.

Um einen fachlichen Austausch anzustoßen, wurde deshalb der Arbeitskreis „Pflegeplanung“ der Duisburger Pflegekonferenz einberufen. Dieser tagte im Jahr 2012 fünfmal. Aktuell ergänzend zu dem Hauptthema dieses Berichtes, ergab sich das Thema „Fachkräftemangel und –ausbildung“. (siehe Kapitel 5.12)

Außerdem wurde festgestellt, dass sich die vorhandenen Beratungsstrukturen noch verbindlicher vernetzen lassen, als es bisher der Fall ist. Hierzu wurde der Arbeitskreis der Duisburger Pflegekonferenz „Beratung“ eingeladen. Dieser hat auch dreimal in 2012 getagt. Hinzu kamen 4 Unterarbeitsgruppen.

Aus diesem Diskussionsverlauf ergab sich die Entwicklung eines Pilotprojektes „Trägerübergreifende Vernetzung von Beratungsstellen und anderen Akteuren – Beratungspartnerschaften“. (siehe Kapitel 5.11)

So entstand dieser Bericht zur Senioren- und Pflegeplanung in einem Diskussionsprozess mit verschiedenen Duisburger Fachleuten aus diesem Bereich. Während Teile des Berichtes geschrieben wurden, wurden diese auch zeitgleich in den Arbeitskreisen diskutiert. So war der Erstellungsprozess quasi eine interaktive Produktion der verschiedenen Teilnehmer dieser beiden Arbeitskreise. An dieser Stelle möchten wir den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die engagierte und konstruktive Diskussion der verschiedenen Themen danken. Die Protokolle der Arbeits-Treffen befinden sich, zur vertiefenden Lektüre, im Anhang.

Dieser Bericht wurde auch mit der kommunalen Pflegekonferenz abgestimmt.

## 2. Altersbilder haben sich verändert



(Quelle: Focus )

Das Bild vom Alter in der heutigen Gesellschaft hat sich im Vergleich zum vorigen Jahrhundert extrem gewandelt, deshalb spricht z. B. die Zeitschrift „Focus“ auch von einer gesellschaftlichen Revolution (siehe oben).

Diese Veränderung spiegelt sich auch zunehmend im allgemeinen Sprachgebrauch durch Begriffe wie „Best Ager“, „Silver Ager“, „Generation Gold“ oder „Generation 50plus“ wider.

Immer mehr Menschen werden immer älter und das bei meist guter Gesundheit. Die Mehrzahl der älteren Menschen ist heute aktiver und ökonomisch besser gestellt als früher und verfügt über deutlich mehr gestalterische Lebenszeit in der nachberuflichen Phase.

Älter werdende und ältere Menschen verfügen über hinreichend eigene Ressourcen und Potenziale, die sie dazu befähigen, im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten aktiv an der sie betreffenden Problemprävention, -vermeidung, -beseitigung und -lösung mitzuwirken (Quelle: Seniorenpolitische Leitlinien des Landes NRW bis 2025).

Das Alter in der Gegenwart ist geprägt von unterschiedlichen Bedarfslagen.

Denn: **Alter(n) ist vielfältig** und es gibt sie nicht **die** Alten !

Vielmehr höchst unterschiedliche Gruppen, z.B.:

Junge Alte – alte Alte,

aktive – zurückgezogene Alte,

Gesunde – kranke/pflegebedürftige Alte,

sozial integrierte – isolierte Alte,

wohlhabende – arme Alte,

selbstständige – auf Hilfe angewiesene Alte.

Das Alter wird heute (in den Medien) polarisiert mit den heute oft einseitig geprägten negativen (Defizitmodell) und positiven Altersbildern (Positivmodell), die keinesfalls die tatsächliche Vielfalt des Alters widerspiegeln.

„Wo Altsein anfängt weiß keiner, wo es aufhört jeder.....!“

Dieser kurze Satz mit seiner eher trivialen Aussage soll deutlich machen, dass es kein klares einheitliches Altersbild [mehr], geschweige denn eine allgemeinverbindliche Definition des „Altersbegriffes“ gibt, an dem sich gesellschaftliche und politische Wünsche, Forderungen und Zielaussagen orientieren.

Was unter Alter verstanden wird, bestimmt sich im Wesentlichen zum Einen nach umgangssprachlich und subjektiv als alterstypisch empfundenen Lebensstadien und zum Anderen nach verschiedenen von Experten, Wissenschaftlern, Mediziner, Statistikern oder vom Gesetzgeber entwickelten Kriterien für die verschiedenen soziologischen und physiologischen Phasen eines Menschenlebens.

Grundsätzlich einig ist man sich wohl darüber, dass damit eine bestimmte Bandbreite des Lebensaltersspektrums gemeint ist, die mit zunehmend höherem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit von einschneidenden (strukturellen) Veränderungen und Folgewirkungen mit sich bringt.

Man spricht hier deshalb auch von einem „Altersprozess“ um deutlich zu machen, dass mit dem Begriff „Alter“ weniger eine kalendarische Altersgrenze, sondern viel mehr eine sich ständig fortentwickelnde Lebensphase mit sich verändernden Lebensansprüchen gemeint ist“ (Quelle: Altenhilfeplan der Stadt Duisburg, Teil I, 1991).

Es geht also im (Pflege-) planerischen Bereich darum, dieser „Vielfalt des Alters“ durch die „Vielfalt der Angebote“ gerecht zu werden.

### 3. Die Entwicklung der Altersgruppen

„Wie in vielen anderen Städten auch, wird die Bevölkerung der Stadt Duisburg im Durchschnitt immer älter. Zwischen 2000 und 2008 ist das Durchschnittsalter um fast zwei Jahre von 41,5 auf 43,3 Jahre gestiegen. Bis zum Jahr 2030 wird das Durchschnittsalter nach Landesprognosen auf 46,1 Jahre steigen. Während jedoch der prozentuale Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung steigt, sinkt ihre absolute Zahl. 2027 werden nach den städtischen Prognosen vermutlich nur noch rund 100.000 Menschen im Alter von 65 Jahren und darüber in Duisburg leben, rd. 5.500 weniger als noch im Jahr 2008. Der Anteil der Älteren an der Bevölkerung wird aber deshalb höher sein, weil andere Altersgruppen noch stärker schrumpfen werden. So wird für die klassischen Haushaltsgründer im Alter von 25 bis unter 45 Jahren ein Rückgang von rd. 133.000 auf nur noch 117.000 vorausberechnet.

#### **Ältere Bevölkerung nimmt absolut ab, relativ aber zu**

Bei den Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird zwar eine leichte Zunahme erwartet, aber auch in dieser Altersgruppe, die besonders auf wohnungsbezogene Dienstleistungen oder spezielle Wohnformen angewiesen ist, wird von 2008 bis 2027 nur ein Anstieg um rd. 1.000 von rd. 26.000 auf rd. 27.000 Personen erwartet. Allerdings mit einem zwischenzeitlichen Anstieg auf rund 31.000 Personen im Jahr 2020. Da die Bestandszahlen der Jahre 2010 und 2011 jedoch unter den prognostizierten Werten für diese Jahre liegen, ist zu vermuten, dass die Vorausberechnung eventuell zu hohe Werte ausweist.

#### **Leichter Zuwachs bei den Hochbetagten (+ 1.000 Personen)**

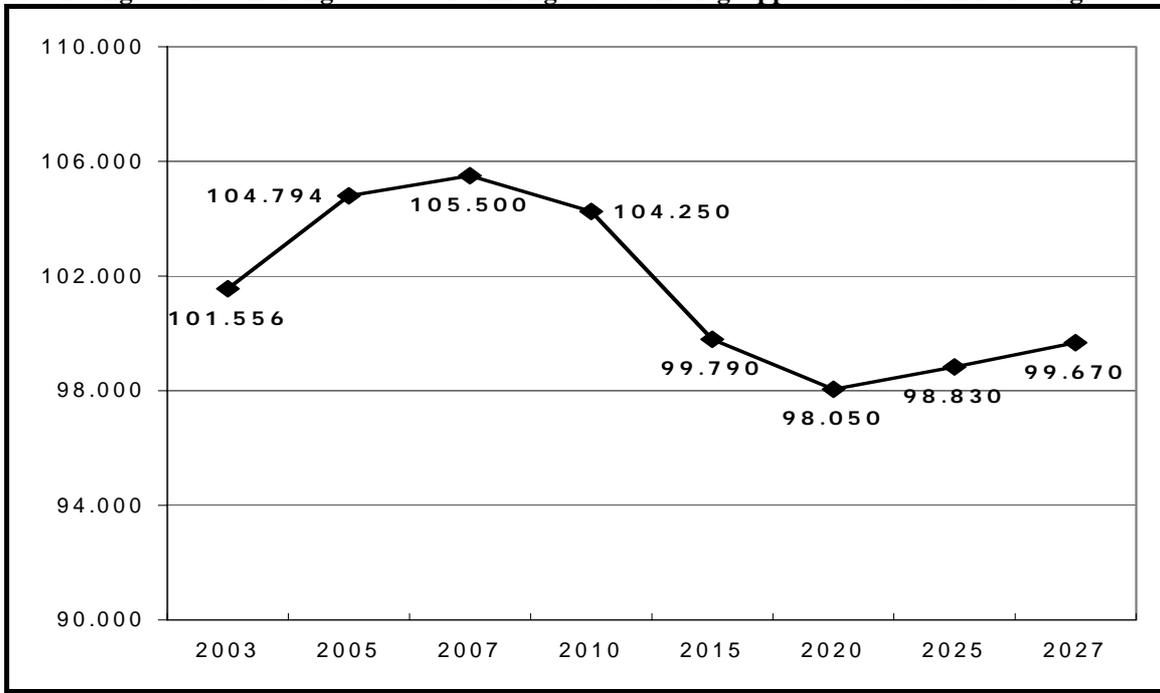
Der Alterungsprozess lässt sich auch über den „Aging-Index“ ausdrücken: Während im Jahr 2008 statistisch 100 jungen (unter 18 Jahre) 72 ältere Menschen (65 und älter) gegenüberstanden, werden im Jahr 2027 voraussichtlich bereits auf 100 junge Menschen 137 ältere Menschen kommen, fast das Doppelte wie derzeit.

Bei sozialräumlich differenzierter Betrachtung wird dabei eine Nord-Süd-Aufteilung der Stadt deutlich mit erheblich mehr „jüngeren“ Ortsteilen im Norden und mehr „älteren“ Ortsteilen im Süden Duisburgs.“

(Quelle: Stadt Duisburg, Sozialbericht 2010)

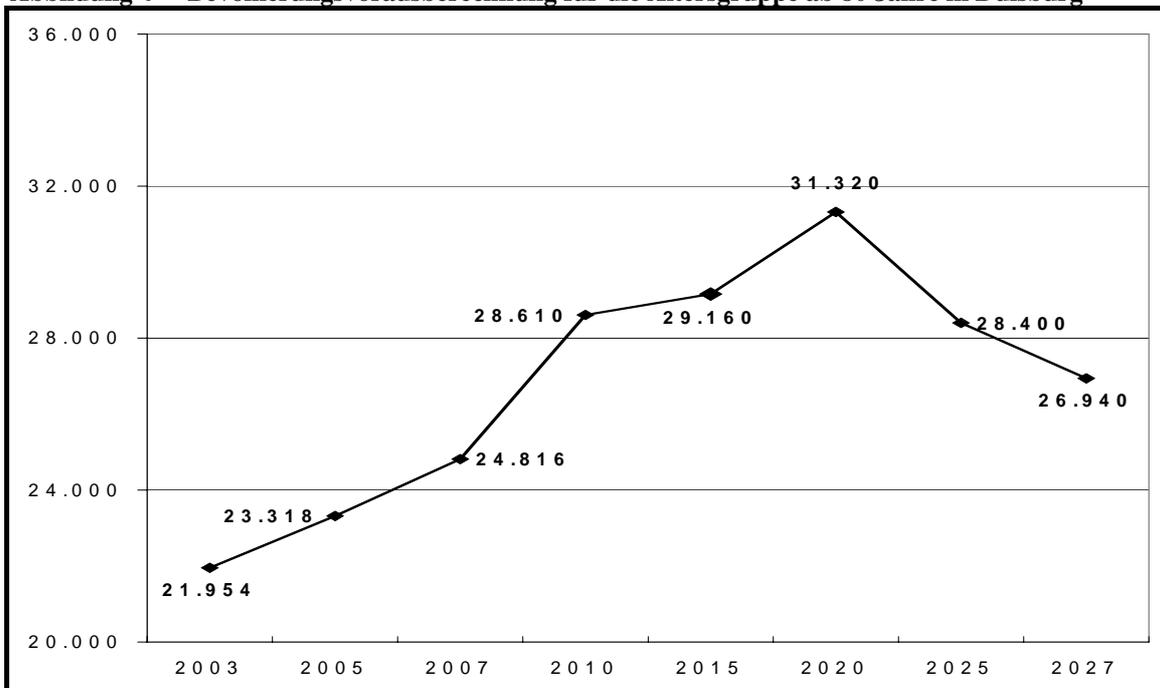
Bereits heute ist mehr als ein Fünftel der Duisburger über 65 Jahre alt, etwa 4 Prozent sind 80 Jahre und älter.

**Abbildung 3** Bevölkerungsvorausberechnung für die Altersgruppe ab 65 Jahre in Duisburg



Quelle: Amt für Stadtforschung, Statistik und Europaangelegenheiten der Stadt Duisburg, Pflegeplan 2009

**Abbildung 4** Bevölkerungsvorausberechnung für die Altersgruppe ab 80 Jahre in Duisburg



Quelle: Amt für Stadtforschung, Statistik und Europaangelegenheiten der Stadt Duisburg, Pflegeplan 2009

## 4. Neuausrichtung der Altenhilfepolitik ( und – planung)

Unter anderem aufgrund der oben beschriebenen Vielfalt des Alters, der demographischen Entwicklung und der planerischen Erkenntnis, dass zusätzliche Pflegeheimplätze in Duisburg bis (mindestens) 2015 nicht benötigt werden (siehe Berichterstattung zur Senioren- und Pflegeplanung 2009) sollte es nun endlich darum gehen, das komplementäre und ambulante Hilfesystem entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen zu entwickeln.

Denn schon lange wissen wir, dass es der Wunsch der allermeisten Menschen ist, nicht in ein Pflegeheim einziehen zu müssen, sondern zu Hause zu leben und zu sterben.

Wenn man im Internet nach dem Begriff „Wohnen im Alter“ und der Einschränkung auf Seiten aus Deutschland sucht, erscheinen über eine Millionen Suchergebnisse.

Eine Fülle von Initiativen und Veröffentlichungen beschäftigen sich schon längere Zeit mit entsprechenden Angeboten bzw. Alternativen zum Pflegeheim. Exemplarisch seien hier einige genannt:

- Seniorenpolitische Leitlinien NRW
- Enquete-Kommission des Landtags NRW
- Bundes-, Landes- und kommunale Altenpläne/-berichte
- Landesprojekte NRW „Quartier hoch 4“, „Wohnen im Quartier, Nachbarschaft leben“
- Kuratorium deutsche Altershilfe
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
- Bertelsmann-Stiftung
- Bürgerforen Duisburg 2027

Die Enquete-Kommission des Landtages NRW beschreibt beispielsweise einen von ihr für möglich gehaltenen Veränderungsprozess:

„Bei den alternativen Versorgungsstrukturen sind auch die stationären Pflegeeinrichtungen bezüglich Struktur, baulicher Ausrichtung und Vernetzung im Stadtteil und Wohnquartier neu ausgerichtet worden. So ist bei einer Reihe von Pflegeheimen im Sinne einer Deinstitutionalisierung eine kleinräumige Verteilung und innere Unstrukturierung vorgenommen worden. In Anlehnung an Erfahrungen aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern besteht die Ausrichtung

darin, einen wesentlichen Teil der stationären Pflegekapazitäten in kleine Pflegewohngruppen zu verlagern und ambulante Pflegestützpunkte im Quartier zu bilden. Dabei gilt es auch, die in der Regel konkurrierenden ambulanten und stationären Versorgungssysteme in den Stadtteilen miteinander zu verknüpfen und trägerübergreifende Kooperationen zu fördern.

In diesem Sinne haben sich mittlerweile verschiedene Modelle entwickelt. Hierzu gehört beispielsweise die Umgestaltung von Alten- und Pflegeheimen zu Wohnhäusern für pflegebedürftige Menschen.

Dieses Konzept sieht Veränderungen bei den baulichen Standards, Betreuungskonzepten und der Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor.

Die hierbei zu Grunde gelegten Überlegungen für die Veränderungen in den Heimen basieren auf den Erfahrungen der ambulanten Pflege. Verbunden ist diese Umgestaltung mit der Bildung von überschaubaren Wohngruppen und eines für jede Bewohnerin und jeden Bewohner abgeschlossenen, individuell gestaltbaren Wohnbereichs. Nicht die Abläufe der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung stehen im Zentrum, sondern die Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen.“ (vgl. Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Seite 212)

Eine besonders akzentuierte und sicher provokante Stimme, die notwendige Pflege- und Unterstützungsleistungen hilfsbedürftiger Menschen in deren angestammten Wohnumfeld priorisiert und sogar für eine Abkehr von der Pflege in stationären Versorgungsformen eintritt, gehört Prof. Dörner<sup>1</sup>. Die Kernaussagen seines 2007 erschienenen Buches „Leben und sterben, wo ich hingehöre“ fasst folgende, hier auszugsweise wiedergegebene Rezension sehr treffend zusammen:

„Die Deckung des Pflegebedarfs im Alter ist in unseren alternden Gesellschaften ein Dauerthema. Angesichts zunehmender Individualisierung auch im Alter mit Verringerung familialer Pflegepotenziale ängstigt die mögliche Erschöpfung pflegerischer Ressourcen für die letzte Lebensspanne mit schwindender Alltagskom-

---

<sup>1</sup> Klaus Dörner, Prof. Dr. med. Dr. Phil, \* 22. November 1933 in Duisburg, gilt als der vielleicht profilierteste Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie. Er studierte Medizin, Soziologie und Geschichte, habilitierte an der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg. Von 1980 bis 1996 war er ärztlicher Leiter der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie in Gütersloh. An der Universität Witten/Herdecke lehrte er Psychiatrie. In den vergangenen Jahrzehnten hat es sich durch zahlreiche Veröffentlichungen zu medizinisch-ethischen und medizinisch-ökonomischen Fragen hervor getan.

petenz im privaten Bereich. Die menschlich entwürdigende und ökonomisch sich verschärfende Heimproblematik ist bekannt. Wenn unter diesen Umständen der seit Jahren als Institutionalisierungskritiker und Heimgegner bekannte Psychiater Klaus Dörner in seiner neuen Veröffentlichung (.....) mit einer ausschließlich ambulanten Altenpflegerischen Betreuung das Ende der stationären Versorgung einläutet, dann ist ihm die Aufmerksamkeit aller mit den Altenhilfesystemen befassten Sozialberufler und Experten gewiss.

### **Grundlegende Inhalte und Entstehungshintergrund**

Beim lebenslangen Credo (....) für die Ent-Institutionalisierung und Heimauflösung nimmt es nicht Wunder, dass er (.....) der ausschließlichen Versorgung alter Pflegebedürftiger in ihrem angestammten Wohnbereich das Wort redet. Wenn von den für 2050 erwarteten 3 Millionen Pflegebedürftigen nach seriösen Schätzungen 42 Prozent stationär versorgt werden müssten, würde die Heimbewohnerzahl von gegenwärtig 700.000 Menschen auf 1,3 Millionen Heimbewohner steigen.

Bei der von Dörner bereits konstatierten „Konzentration der Unerträglichkeit“ im Heimbereich der Super-Gau. Dazu noch begleitet von einem Kostenanstieg von 30 Milliarden Euro. „Dörner weist folglich den Weg vom für ihn unabänderlichen Heim-Auslaufmodell zum „Übersprungsmodell“ der im bürgerschaftlichen, dritten Sozialraum angesiedelten, ausschließlichen ambulanten Wohnpflegegruppen-Betreuung der alten Pflegebedürftigen. Helfer und Helferinnen sind für Dörner hierbei in Anlehnung an das alte Subsidiaritätsmodell die Pflegebedürftigen mit ihren verbliebenen Kräften selbst, ihre Angehörigen, Freunde, Nachbarn und Stadtteilbürger vor den Professionellen. Dieses Helfer-Setting muss zur Aufrechterhaltung seiner Lebensweltlichkeit („wo ich hingehöre“) bürgerzentriert und darf nicht mehr profizentriert sein: Die Hilfe muss zum alten Menschen gebracht werden, statt dass dieser in die Hilfesysteme transferiert wird.

### **Ausgewählte Inhalte**

Als **neuartige menschheitsgeschichtliche Aufgabe** umreißt Dörner zunächst die mit den herkömmlichen Praktiken der Institutionalisierung „auf der grünen Wiese“ und der Ökonomisierung mittels Sozialleistungssystemen nicht mehr lösbaren Zunahmen der drei wachsenden Hilfebedürftigen-Gruppen Alte, Demente und Neo-Psychisch-Kranke. Wenn Staat und Markt teilweise versagen, bleibt für ihn nur noch das bürgerschaftliche Engagement abrufbar.

Das Entstehen einer **solidaritätsorientierten Bürgerbewegung** gerade auf dem Altenhilfe-Sektor sieht Dörner sodann seit den 1980er Jahren heraufge-

kommen. „Wir sind bereits in der Deinstitutionalisierung angekommen“, stellt er fest (.....). Die „auf uns haftenden Augen der Hilfebedürftigen“ bewirken diese „neue Kultur des Helfens“ (....).

Die **Bürger-Wiederbelebung des dritten Sozialraums** (neben privater und staatlicher Sphäre) lokalisiert Dörner im dritten Abschnitt jenseits der Familie in Nachbarschaft, Kommune und Kirchengemeinde, wo nach der Auslagerung der diakonischen Institutionen vor die Städte nun wieder „Gottes- und Menschen-Dienst zusammengeführt“ werden können.

Vom Hilfsbedürftigen her gesehen, entsteht nach Dörners viertem Abschnitt lokal als **Orte des Pflegens und des Helfens** neben dem eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen Nachbarschafts-Wohnpflegegruppen und Pflegestützpunkte: In der Stadt alle 500 bis 1000 Meter, auf dem Land alle fünf Kilometer.

Schließlich umreißt Dörner, wie sich die **Pflege-Professionellen und die Heime an diese neue Entwicklung anpassen** können: Mit Auslagerung von stationären Pflegegruppen und mit Fließmodellen. Der Staat habe diese Entwicklung mit persönlichen Budgets für die Pflegebedürftigen und mit Pflegeberücksichtigungszeiten für die Pflegenden zu flankieren.

In der „normalen Umgebung“ soll sich auch das Sterben mit dem **„Ziehen der letzten Spur für die anderen“** vollziehen.

## Diskussion

Dörners am skandinavischen Behinderten-Normalisierungsprinzip orientiertes Eintreten für eine ausschließlich ambulante Altenpflege ist (.....) aufrüttelnd (....). Ein gewaltiger Pluspunkt von Dörners (....) Buch ist die Tatsache, dass er seine These von der Gangbarkeit der Ambulantisierung zum einen mit seinen eigenen Erfahrungen der Schaffung der Gemeindepsychiatrie um sein einstiges Gütersloher Landeskrankenhaus und sodann mit einer Fülle an Beispielen tragfähiger ambulanter Altenpflegedienste bis zum Lebensende aus eigener Anschauung belegt. Die vielen ambulanten Pflegemodelle, die Dörner immer wieder mit Adressen gespickt schildert, reichen deutschlandweit von Steinen im Wiesental über das mittelbadische Ettenheim, Eching bei München, Schwandorf, Bielefeld, Minden und Hamburg bis Husum.

Es geht also doch, möchte man meinen. Freilich: Skeptische Fragen bleiben. Die vielen erwähnten Beispiele sind ortsspezifisch heterogen. Kategorial verbleiben doch peinliche Reste. Etwa: Tragen Dörners Visionen zivilgesellschaftlich gestütz-

ter Pflege noch, wenn die familiäre Stützung von derzeit 70% in vier Jahrzehnten auf unter 40 Prozent sinkt? Dörner geht dem nicht dezidiert nach. Und sind die „auf mir haftenden, fragenden Augen des Hilfebedürftigen“ die große Motivation dazu, meinen „Überschuss an Freizeit“ (Seite 69) „sozial in meine Bedeutung für andere abzubinden“? Da gibt es sicher bei unseren Zeitgenossen auch ganz andere Präferenzen“<sup>2</sup>

In seinem engagierten Plädoyer für eine ausschließliche ambulante altenpflegerische Betreuung blendet Dörner jedoch eine ganze Reihe wesentlicher Aspekte aus, die für die Plausibilität seiner Vision tragend sind:

- Auch wenn allgemein das familiäre Pflege- und Unterstützungspotential momentan immer noch hoch einzuschätzen ist, würde es schon nicht ausreichen, um die rd. 5.000 in Duisburger Pflegeheimen lebenden Menschen zu Hause zu pflegen und zu versorgen.
- Die Entscheidung dieser Menschen und ihrer Angehörigen in ein Altenpflegeheim umzuziehen, ist ja gerade nach reiflichem Abwägungsprozess genau in dem Bewusstsein getroffen worden, dass eine ambulante Versorgungsalternative nicht (mehr) besteht. In Duisburg wurden alle Antragsteller zur Übernahme der Heimkosten durch den örtlichen Sozialhilfeträger nochmals von der Senioren- und Pflegeberatung zu allen ambulanten Möglichkeiten im häuslichen Bereich beraten. Hier zeigen die Erfahrungen (und Zahlen), dass eine Umkehr auf eine weitere ambulante Versorgung in ganz wenigen Fällen von den Angehörigen erwogen wird und dann meistens auch nur noch für einen kurzen Zeitraum. Deshalb hat die Verwaltung diese Beratung vor Kostenübernahme eingestellt, weil der Aufwand nicht im Verhältnis zum erwünschten Ergebnis stand.
- Auch wenn anzunehmen ist, dass durch eine deutliche qualitative und quantitative Entwicklung des komplementären und ambulanten Hilfesystems entsprechend dem Wunsch der allermeisten Menschen, zu Hause zu leben und zu sterben, der Anteil der nicht stationär untergebrachten pflegebedürftigen Menschen gesteigert werden könnte, scheint ein vollständiger Verzicht auf stationäre Versorgungsformen kaum realistisch zu sein.

---

<sup>2</sup> Kurt Witterstätter, aus Rezension vom 27.06.2007 zu: Klaus Dörner: Leben und sterben, wo ich hingehöre, Paranus Verlag (Neumünster) 2007, 220 Seiten, ISBN; 978-3-926200. In: socialnet Rezensionen, ISSN 2190-9245, [http:// www.socialnet.de/rezensionen/5009.php](http://www.socialnet.de/rezensionen/5009.php)

- Auch die an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Entwicklungsfähigkeit stationärer Altenpflege wird verkannt. Neue Konzepte wie beispielsweise Hausgemeinschaftsmodelle<sup>3</sup> und kompetente Qualitätsmanagementsysteme haben zu spürbaren Verbesserungen geführt. Vergleicht man nämlich die baulichen und die versorgenden Strukturen der Pflegeheime, die das Konzept des Hausgemeinschaftsmodells haben, mit den ambulant betreuten Wohngemeinschaften, so lassen sich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede entdecken.
- Dieser konzeptionelle Umgestaltungsprozess ist allerdings noch längst nicht bei allen Beteiligten angekommen. So werden noch immer Pflegeheime mit herkömmlichen und überholten fachlichen und baulichen Konzepten verwirklicht, obwohl die kommunale Pflegeplanung die Investoren bzw. Betreiber anders berät.

### Fazit

Ob Prof. Dörner mit seinem Eintreten für eine Lebenswelt-Pflege oder auch das KDA, der Deutsche Verein, die Bertelsmann-Stiftung oder seniorenpolitische Leitlinien aus Bund und Land, alle haben mit ihrem Einsatz für eine Orientierung der Pflege-, Hilfs- und Unterstützungsleistungen an den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen, notwendige und unabweisbare Hinweise für eine menschenwürdigere Altenpflege geliefert, „wie wir sie uns sicherlich für alle, für uns selbst und für all unsere Weggenossen wünschen.“<sup>4</sup>

Mit der Beschreibung diverser Handlungsfelder zeigt das nächste Kapitel, wie der Wunsch der Menschen, nicht in eine Pflegeheim umsiedeln zu müssen, bereits – wenn auch noch in unterschiedlicher Ausprägung – beginnt, die für das Wohnen im Quartier als notwendig erkannten Bedingungen zu verändern. Selbst die Angebote hierfür individuell nötiger ambulanter und komplementärer Leistungen scheinen sich qualitativ und quantitativ zu entwickeln.

---

<sup>3</sup> Unter (stationärer) Hausgemeinschaft versteht man eine Konzeption mit einer oder mehreren Wohnungen in einem oder mehreren Gebäuden mit jeweils 8-12 Bewohnern, in denen das Zusammenleben in Form eines üblichen Wohnalltags gestaltet wird. Die BewohnerInnen sind soweit möglich an den Tagesverrichtungen beteiligt bzw. übernehmen diese so selbstständig wie möglich.

<sup>4</sup> Kurt Witterstätter, aus Rezension vom 27.06.2007 zu: Klaus Dörner: Leben und sterben, wo ich hingehöre, Paranus Verlag (Neumünster) 2007, 220 Seiten, ISBN; 978-3-926200. In: socialnet Rezensionen, ISSN 2190-9245, [http:// www.socialnet.de/rezensionen/5009.php](http://www.socialnet.de/rezensionen/5009.php)

## 5. Wohn- und Lebensräume

### *Lebensräume im Alter gestalten*

„Wohnen im Alter und die Weiterentwicklung bedarfsgerechter Lebens- und Wohnformen wird künftig ein wesentliches Handlungs- und Gestaltungsfeld für den Erhalt von Selbstständigkeit und Gesundheit älterer Menschen sein. Der Bedeutungsgewinn resultiert aus dem Anstieg der Anzahl älterer Menschen und deren mehrheitlichem Wunsch, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit und der sozialen Wohnumgebung zu bleiben. Da die Vielfalt der älteren Bevölkerung in Bezug auf verschiedene Dimensionen der Lebensgestaltungen und –stile steigt, kann es folgerichtig nicht die Wohnform für ältere Menschen geben. Gleichwohl stimmen Wohnwünsche älterer Menschen bislang mindestens in den folgenden vier Dimensionen häufig überein:

- Der Wunsch nach Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Autonomie in der Lebensführung,
- der Wunsch nach Kontinuität und nach gesellschaftlicher Integration, der zugleich das Gefühl der Nützlichkeit und des Gebrauchtwerdens sowie das Bedürfnis nach intergenerationellen Kontakte einschließt,
- der Wunsch nach Erhöhung (bei den jüngeren Kohorten) bzw. nach Erhalt (bei den älteren Kohorten) von Lebensqualität, wobei die Bedeutung von Lebensqualität dabei in dem Maße steigt, in welchem die Individualisierung zunimmt und die materiellen/finanziellen Grundbedürfnisse zunehmend abgesichert sind,
- der Wunsch nach einem leicht zugänglichen, auf differenzierte Bedarfslagen zugeschnittenen hauswirtschaftlichen und/oder sozial-pflegerischen Dienstleistungsangebot, für dessen Nutzung man durchaus – wenn auch nur angemessen – zu zahlen bereit ist.

Die Umsetzung der genannten Wohnwünsche entspricht der Heterogenität des Alters. Wohnbedürfnisse, die sich aus diesen Wünschen ergeben, variieren nicht nur in Abhängigkeit von Geschlecht, Lebensalter, Familienstand, Gesundheit, Kohortenzugehörigkeit, ethnischer und/oder sozialer Schichtzugehörigkeit, sondern

---

auch nach Lebensstil, gesellschaftlicher Integration und Kommunikationsfähigkeit.“ (Quelle: Seniorenpolitische Leitlinien des Landes NRW bis 2025)

## 5.1 Wohnen

Die o.g. Leitlinien fassen eigentlich recht gut die in Duisburg ebenfalls formulierten Kernpunkte zum Wohnen im Alter zusammen. Schon 1999 wurde ein Pflegeplan zum „Wohnen im Alter“ herausgegeben und der Sozialbericht 2010 beschäftigt sich ebenfalls mit dem Thema „Wohnvisionen“ u.a. auch mit denen der Seniorinnen und Senioren. In Zukunft wird die Vielfalt der Wohnformen zunehmend in den Fokus rücken, um Alternativen zu vollstationären Pflegeangeboten zu entwickeln. Erste Aktivitäten sind in der Wohnungswirtschaft erkennbar. So stellt der sogenannte „Rote Riese“ in Homberg ein neues Angebot für das Wohnen von Seniorinnen und Senioren dar durch die Kooperation mit der Caritas und einem „Concierge-Service“ und ist somit ein Beispiel für die barrierearme Umgestaltung von bestehendem Wohnraum. Es gibt weitere Neubau-Initiativen z. B. des Christophoruswerkes in Form des Christophorushofes in Buchholz oder des Christophorus-Wohnparks in Meiderich. Hier werden vielfältige Wohnformen für unterschiedliche Bedürfnisse und Lebenslagen angeboten. Auch das fertiggestellte und vom Land geförderte Umbau-Projekt in Neumühl (Sahle Wohnen) stellt ein ergänzendes Angebot im Bereich Wohnen in Verbindung mit sozialer Betreuung und Pflege im Bestand dar.

Auch die bereits im Pflegeplan 2009 geforderte Angebotskombination von altengerechtem Wohnungsbau und Tagespflegeeinrichtungen wird zunehmend Realität. So sind in Hochheide und Aldenrade solche Wohn- und Dienstleistungsangebote vor kurzem fertig gestellt worden. Weitere Wohngemeinschaften, die durch ambulante Pflegedienste betreut werden, sind in Planung.

Viele Wohnungsgesellschaften haben Angebote insbesondere für ihre älteren Mieterinnen und Mieter entwickelt.

Eine ausführliche Darstellung des Bestandes von altengerechten Wohnungen und Serviceangeboten im Bereich Wohnen ist im Wegweiser „Wohnen in Duisburg, Ein Ratgeber für Seniorinnen und Senioren“ zu finden. Dieser Ratgeber wurde erstmals im November 2009 herausgegeben, um Seniorinnen und Senioren umfassend zu diesem wichtigen Thema zu informieren.

---

Der Sozialbericht 2010 „Wohnvision Duisburg“ beschäftigt sich u.a. auch mit dem Thema „Wohnen für ältere Menschen. Hier die Kernpunkte des Sozialberichtes dazu:

### **„Quartiersentwicklung**

Auf der Grundlage einer Potenzialbewertung wird eine Entwicklung der „Quartiere“ angestrebt. Dazu bedarf es politischer Grundsatzbeschlüsse.

Wo immer möglich, gilt es, das Engagement der Quartiersbevölkerung und der vor Ort vertretenen Wohnungseigentümer zu aktivieren und zu nutzen. Den Ausbau des Quartiermanagements und der Entwicklung kleinräumiger quartiersbezogener Konzepte unter aktiver Beteiligung der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen im Stadtteil kommt eine bedeutsame Rolle zu.

### **Wohnen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen**

Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich, dass sie im Alter möglichst weitgehend und selbstbestimmt im vertrauten Quartier wohnen bleiben und dort auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die notwendigen Dienstleistungen in Anspruch nehmen kann. Für die ansonsten durchaus sehr heterogene Bevölkerung im Rentenalter ist daher eine Vielfalt von altengerechten Wohnformen in möglichst vielen Duisburger Wohnquartieren erforderlich.“ (Quelle: Sozialbericht 2010, „Handlungskonzept WohnVision Duisburg“)

Für ältere BewohnerInnen wird die Wohnung immer wichtiger, denn mit zunehmenden Alter verbringen viele Menschen immer mehr Zeit in den eigenen „vier Wänden“. Vor diesem Hintergrund gewinnen Strategien, Maßnahmen und Projekte an Bedeutung, die das Thema Wohnen aus der Perspektive Älterer berücksichtigen.

So geht es unter anderem darum, den Zugang zu und die Bewegungsmöglichkeiten in Wohnungen barrierefrei zu gestalten. Auch sollten alternative Wohnformen für ältere Menschen (z. B. „Alten-WGs“ „Mehrgenerationen-Wohnen“) in der Diskussion über eine soziale Stadtentwicklung breiteren Raum einnehmen.

Erforderlich ist letztlich eine Vielzahl an Wohnungstypen, die eine vielfältige Mischung an Haushaltsformen, Alters- und Sozialgruppen ermöglicht.

Darüber hinaus wird es immer wichtiger, Maßnahmen der Wohnungsversorgung mit Serviceleistungen für ältere Menschen zu koppeln, denn die meisten wünschen sich vor allem eine Versorgungssicherheit und auch eine Präsenz persönlicher AnsprechpartnerInnen.

Das Bielefelder Modell greift z. B. diese Wünsche auf und setzt sie mit verschiedenen Kooperationspartnern um. So bietet die BGW (Bielefelder gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH) folgendes Angebot:

### **Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale**

- Sicherheit durch Dauermietvertrag
- Barrierefreie Wohnungen
- Wohncafé auch als Treffpunkt für gemeinsame Mahlzeiten
- Gästezimmer
- Servicestützpunkt
- Versorgungssicherheit rund um die Uhr
- Behandlungspflege im Bereich der ärztlich verordneten Anwendungen
- Begleitung von Aktivitäten, Hobbys, Kultur und Freizeit
- Eingliederungshilfe für jüngere Menschen (Frührentner)
- Familienverhinderungspflege
- Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten
- Begegnungen der Generationen
- Vermittlung von Hauswirtschafts- und Pflegediensten
- Förderung der Dienstleistungsvielfalt

Die Besonderheit des Bielefelder Modells ist die Versorgungssicherheit ohne Betreuungspauschale. In den Seniorenwohnanlagen der BGW stehen älteren Menschen komfortable, moderne Wohnungen in guter Lage zur Verfügung. Die Kooperationspartner der BGW sind in den Häusern mit einem Servicestützpunkt vertreten, der rund um die Uhr besetzt ist. Alle Mieter können auf die Hilfs- und Betreuungsangebote zurückgreifen, die aber nur im Bedarfsfall vergütet werden müssen.

Die Wohnungsbauförderung des Landes NRW greift diese Ansätze der Wohnvielfalt auf und fördert seit 1998 den barrierefreien Wohnungsbau.

Seit 2002 werden alternative Wohnformen z. B. Gruppenwohnungen zusätzlich gefördert.

Im Jahr 2006 hat das Land ein investives Bestandsförderprogramm aufgelegt, dass u. a. dazu beitragen soll ein differenziertes Wohnungsangebot insbesondere auch für ältere und pflegebedürftige Menschen zu schaffen, damit diese langfristig in ihren Wohnungen und Quartieren wohnen bleiben können.

Mit erheblichen Wohnungsbau-Fördersummen und der Förderung „Neubau Pflegeplätze“ wurde in Neumühl eine zukunftsweisende Quartiersmodernisierung im

Bestand durchgeführt. Es entstanden entsprechend modernisierte und barrierearme Wohnungen in Kombination mit einem Stadtteil-Treffpunkt für die Bewohner und Nachbarn, einem ambulanten Pflegedienst, sozialer Mieterbetreuung und einem Pflegeheim mit 20 vollstationären Plätzen. Die Wohnungen waren in kurzer Zeit alle vermietet. Wenn man sich dieses Wohnviertel vor und nach der Sanierung anschaut, liegen Welten dazwischen. Das Quartier ist nun in freundlichen Farben offener gestaltet und die Freiflächen laden förmlich zum Verweilen ein. Durch die professionelle soziale Betreuung fühlen die Mieter/Mieterinnen sich sehr wohl in dem neuen bzw. erneuerten Wohnviertel.

Allerdings sind nicht allein die Wohnungsunternehmen gefordert, sich diesen neuen Herausforderungen zu stellen. Auch die kleineren Privatvermieter und Eigentümer von selbstgenutztem Wohnraum müssen sich dieser Thematik annehmen.

Derzeit ist die Bereitschaft, für die seniorengerechte bzw. barrierefreie Gestaltung Investitionen zu tätigen, nur sehr begrenzt vorhanden. Sei es aus Unkenntnis oder aus Investitionsscheu.

Private (Klein-)Vermieter verwehren nicht selten ihre Zustimmung zu notwendigen Umbauten, die den Verbleib der Mieterin/des Mieters in der Wohnung unterstützen, auch wenn die Kosten des Umbaus durch die Mieterin/den Mieter getragen würden.

Es wird verkannt, dass die Umbauten häufig sogar eine Verbesserung und somit eine Wertsteigerung der Immobilie darstellen sowie die Chancen einer Wiedervermietung gesteigert werden.

Das private (Klein-)Vermieter aus Eigeninitiative heraus einen seniorengerechten Umbau durchführen, dürfte die absolute Ausnahme sein.

Eigentümer von selbstgenutztem Wohnraum sehen die eigene Immobilie häufig als Altersversorgung an, die ab dem Renteneintritt eine „Rendite“ abwerfen soll. Dabei werden in der Finanzplanung zwar Instandsetzungskosten z. B. fürs Dach oder Haustechnik, aber kein finanzieller Aufwand für eine seniorengerechte Anpassung berücksichtigt.

Das Bewusstsein muss in dieser Hinsicht gestärkt werden. Hilfreich wäre eine intensive Öffentlichkeitsarbeit z. B. durch die Vereine von Haus und Grund. Landes - Fördermittel stehen zur Verfügung. So wurden hieraus in 2009 und 2010 36 Wohnungen zur Schaffung von Barrierefreiheit gefördert. In 2011 wurden 112 Wohneinheiten gefördert. Da die Fördermittel der Kreditbank für Wiederaufbau 2012 bevorzugt in Anspruch genommen wurden, wurde aus Landesmitteln nur

eine Wohnung in Duisburg gefördert. Zahlen zur KfW – Förderung liegen nicht vor.

### **Gruppenwohnen / ambulant betreute Wohngemeinschaften**

Bei der Planung oder dem Betrieb von Gruppenwohnungen stoßen die Anbieter auf verschiedene Hemmschwellen, die die Planung oder den Betrieb erschweren. Es ergeben sich z. B. Finanzierungsprobleme bei der Betreuungspauschale. Für diesen Bereich ist nach wie vor die Finanzierung ein Handlungsfeld, welchem sich der Gesetzgeber annehmen müsste, z. B. bei den Wohngeldbestimmungen. Aufgrund der geschilderten Situation ist davon auszugehen, dass sich für dieses (alternative) Wohnmodell kaum private Investoren finden werden. Die Hemmschwellen die durch die entsprechenden Bestimmungen bzw. deren Auslegung oder den damit verbundenen langwierigen Entscheidungsprozesse der zuständigen Behörden entstehen sind derzeit einfach noch zu hoch.

## **5.2 Wohnen im Pflegeheim**

Auch wenn in der Öffentlichkeit das Leben in einem Pflegeheim **nicht** mit dem Begriff des „Wohnens“ sondern mit der pflegerischen Versorgung assoziiert wird, so begründet der Einzug in ein Pflegeheim in erster Linie einen Wechsel des **Wohnortes**. Dies wird zunehmend von den Akteuren im Pflegebereich akzeptiert, so dass der Wohnwert innerhalb des Leistungsgeflechtes eines Pflegeheimes zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Auch der Landesgesetzgeber hat dies erkannt und in der ländereigenen Nachfolgegesetzgebung zum bundesweiten Heimgesetz diesen Stellenwert deutlich betont. Allein die Namenswahl des Gesetzes „Wohn- und Teilhabegesetz“ macht dies deutlich.

Ein wichtiger Schritt des Gesetzgebers zur Schaffung von wohnlicheren Pflegeheimen war z. B., dass die Krankenhausbauverordnung nicht mehr in Pflegeheimen Anwendung findet. Selbstverständlich ist der Bau von Pflegeheimen damit nicht gänzlich unreglementiert. Allerdings gelten damit Rahmenbedingungen, die den Bau von Pflegeheimen fern ab von dem reinen und in der Vergangenheit vorherrschenden institutionellen Charakter ermöglichen. Eine Ausnahme stellt allerdings der Brandschutz dar, der immer wieder zum Zielkonflikt in den Einrichtungen führt, da wohnliche Gestaltung und Brandschutz oft kollidieren.

Als Beispiel sei das Pflegeheim „St. Clemens“ in Kaßlerfeld genannt. Dort ist das Hausgemeinschaftskonzept in Einzelbauten realisiert worden, die sich nur noch wenig von reinen Wohngebäuden mit Wohngemeinschaften unterscheidet.

Das zeigt, dass ein Pflegeheim nicht zwangsläufig eine Aneinanderreihung von Zimmern an einem langen Flur sein muss, bei dessen Benutzung der Eindruck eines krankenhaushähnlichen Betriebes entsteht.

Um den Anspruch der bedürfnisorientierten Wohnwelten zu entsprechen, müssen sich bestehende und neue Pflegeheime in Zukunft so weit wie möglich baulich und konzeptionell von dem klassischen Einrichtungscharakter verabschieden. Ziel muss die Vergleichbarkeit mit der Individualwohnung sein. Das so genannte Normalitätsprinzip sollte in allen Belangen erfüllt sein.

Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf der Anpassung des Bestandes. Zum Einen, weil die Quantität und somit das Anpassungspotential wesentlich höher ist. Zum Anderen, weil der Pflegeheimneubau auf Grund der Bedarfsprognose des letzten Pflegeplans 2009 in Zukunft die Ausnahme sein sollte. Diese Prognose geht davon aus, dass der Bedarf vollstationärer Pflege bis auf Weiteres mit dem Bestand und weit fortgeschrittenen Neubauprojekten mehr als gedeckt sein wird.

Auch bei der stationären Versorgung von besonderen Personengruppen gibt es keine nennenswerten Gründe, von der Maxime, Wohnlichkeit schaffen zu wollen, abzuweichen. Sei es z. B. bei der Versorgung von jungen Pflegebedürftigen oder von geistig behinderten älteren pflegebedürftigen Menschen. Auch hier sollten zukünftig keine neuen Plätze geschaffen, sondern der Bestand durch Qualifizierung entsprechend angepasst werden. Auch hier ist Kreativität gefordert, da diese wohnliche Gestaltung in Verbindung mit einem notwendigen Brandschutzkonzept eine große Herausforderung für die Einrichtungsträger bedeutet.

### **5.3 Quartiersentwicklung und Vernetzung auf regionaler Ebene**

Der Begriff „Quartier“ wird unterschiedlich definiert.

Einige sehen hierin die Ortsteile, andere wieder eher historisch gewachsene Strukturen und wieder andere noch kleinräumigere Wohnviertel. Auf alle Fälle ist festzustellen, dass jedes „Quartier“ seine eigenen Strukturen hat und in den meisten Fällen keine Vergleichbarkeit hergestellt werden kann.

So muss jedes „Quartier“ einzeln betrachtet und auch weiterentwickelt werden.

Der zur Zeit stark präferierte Quartiersbezug in der kommunalen Seniorenplanung ist einerseits sinnvoll, wird aber andererseits von Fachleuten der Senioren-

---

arbeit in Frage gestellt. Es wird davor gewarnt (so die Diskussion im Arbeitskreis „Pflegeplanung“ der Duisburger Pflegekonferenz) in eine „Quartiersromantik“ zu verfallen.

Dies hängt damit zusammen, dass in den kommenden Generationen und im Trend auch schon heute bei älteren Menschen eine höhere Mobilität beim Wohnen zu verzeichnen ist. Die Bindungen an das Wohnviertel, werden zukünftig keine so große Rolle mehr spielen, wie bei den früheren „bodenständigen“ älteren Generationen.

Auch heute schon hat der Umzug zur oder in die Nähe der Familie (Kinder, Enkel) eine höhere Priorität, als die Bindung an das Wohnquartier.

Es bleibt also festzuhalten, dass die Bindung an das Quartier bzw. der Quartiersbezug, damit zu tun hat, dass es hier um das Gefühl der Sicherheit und um soziale Beziehungen geht, die diesem Prinzip zu Grunde liegen. Der Bezug zum Quartier hat auch immer mit den Menschen zu tun, zu denen positive und hilfreiche Beziehungen bestehen.

Als „handhabbare und umfassende Definition des Begriffes Quartier“ eignet sich folgende:

„Ein Quartier ist ein kontextuell eingebetteter, sozial konstruierter, jedoch unscharf konturierter Mittelpunkt alltäglicher Lebenswelten und individueller sozialer Sphären. Diese werden funktional vielfältig genutzt (Wohnen, Arbeiten, Freizeit) und bilden sich als Ausschnitt des öffentlichen Raums im Zusammenhang eines überschaubaren Wohnumfeldes heraus.“<sup>5</sup>

„Eine besondere Rolle bei der Gestaltung der alternativen Versorgungsstrukturen spielen neben der Entwicklung geeigneter Wohnformen auch die Integration und Vernetzung der Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsangebote in die bestehenden Versorgungs- und Wohnquartierstrukturen.

Quartierbezogene Konzepte sind darauf gerichtet, die Angebote für Wohnen, Betreuung und Pflege, soziale Kontakte und die Organisation gegenseitiger Hilfe im Hinblick auf ein Wohnquartier oder auch einen Stadtteil auszurichten. Der kleinräumige Ansatz ist dabei ein entscheidendes Merkmal. Dabei sollten möglichst viele Angebote und Hilfeleistungen im Quartier oder Stadtteil wahrgenommen werden, wenn sie nicht in der eigenen Wohnung in Anspruch genommen werden können. Dies ist sinnvoll, da hierdurch pflegeunterstützende Dienstleistungen wirksamer organisiert werden können, wenn sie leicht erreichbar und in

---

<sup>5</sup> Nachrichten des Deutschen Vereins April, 2012, Barth, Cordula, „Verständnis und Potenziale alter(n)sgerechter Quartiere“

---

einem überschaubaren Umfeld operieren. Für eine kleinräumige Ausrichtung spricht auch, dass eine Mobilisierung von Nachbarschaftshilfen in einem kleinräumigen, sozialen Netz leichter zu erreichen ist und ältere Menschen – insbesondere wenn Hilfebedürftigkeit eintritt – Infrastruktureinrichtungen nur in einem begrenzten Radius in Anspruch nehmen können. Eine zeitintensive Betreuung bis hin zu einer „rund-um-die-Uhr“ – Versorgung lässt sich nur kleinräumig effektiv organisieren. Die Besonderheiten der räumlichen, baulichen und sozialen Verhältnisse können so leichter berücksichtigt werden.“<sup>6</sup>

Die Entwicklung der Stadtteile verläuft unterschiedlich. Jedes Wohnviertel hat seine Geschichte, seine Tradition, seine BewohnerInnen und seine eigene Dynamik.

Aus der Sicht älterer Menschen (und der Senioren- und Pflegeplanung) ist die Quartiersentwicklung und die Vernetzung von Fachleuten und / oder BewohnerInnen bzw. die Entwicklung von Netzwerken das zukünftige zentrale Thema.

Deshalb werden insbesondere die ortsnahen Begegnungs- und Beratungszentren, in den Quartieren als ein zentraler Baustein der pflegeergänzenden bzw. prophylaktischen Angebote kommunal gefördert.

In den sieben Stadtbezirken werden die regionalen Akteure der Seniorenarbeit einmal jährlich (bei Bedarf auch öfter) zur Vernetzung (Regionalkonferenzen) unter der Federführung des jeweiligen Begegnungs- und Beratungszentrums eingeladen.

Diese Treffen können hilfreich und stabilisierend für die Seniorenarbeit in den Ortsteilen/Bezirken wirken, weil hier die relevanten Themen der Region diskutiert werden und die Diskussionen um das Thema „Alt werden im Quartier“ zu weiteren Aktivitäten führen. Diese Regionalkonferenzen bergen ein Potential, das zur Steuerung der Quartiersentwicklung genutzt werden könnte.

So hat z. B. die Bezirksvertretung Walsum Seniorenbeauftragte aus ihren Reihen bestimmt, die sich um die Belange älterer Menschen in Walsum kümmern. Dies ist eine weitere Möglichkeit Seniorinnen und Senioren aktiv zu unterstützen. Es sind fertig gestellt bzw. entstehen regionale Seniorenwegweiser oder Quartiers-Stadtpläne (für SeniorenInnen) (z. B. in Beeck; Meiderich, Walsum). Der runde Tisch Meiderich (AKSUS) hat eine AG „Seniorinnen und Senioren“ gegründet.

---

<sup>6</sup> Bericht der Enquete-Kommission des Landtages von Nordrhein-Westfalen, Düs-seldorf 2005

In den Stadtteilen finden zunehmend mehr Informationsveranstaltungen wie Demenz-Tage, Wohnungsbörsen, Gesundheitsmessen, Seniorenaktionstage und Vorträge statt. Die Akteure vor Ort haben erkannt, dass die Information zu bestehenden Angeboten für ältere Menschen wichtig ist.

Allerdings setzen diese Angebote alle auf eine „Komm-Struktur“ und somit werden hauptsächlich die mobilen älteren Menschen bzw. Angehörige erreicht. Im Rahmen von Stadtteilsozialarbeit stellt sich die Frage, wer sich zukünftig um die älteren Menschen sorgt, die ein geringes Einkommen haben und alleinstehend, ohne weitere Unterstützung sind. Es gibt Lebenssituationen, in denen diese Menschen „durch alle sozialen Netze“ rutschen, weil faktisch niemand zuständig ist bzw. sein kann. Um diese Menschen, deren Anzahl wahrscheinlich zunehmen wird, zu unterstützen bzw. zu stabilisieren, bedarf es u. a. auch intakter Nachbarschaften.

Im Stadtteil sollten Versorgungseinrichtungen, altengerechte Wohnungen und ein sicheres Wohnumfeld vorhanden sein. Hilfe, Begleitung und Teilhabe sind wichtige Elemente für das selbstbestimmte Leben im Alter.

Man darf aber auch nicht die sozialen, privaten Netzwerke unterschätzen. Gerade in den etlichen Neubauquartieren der 1960er und 1970er Jahre gehören die meisten älteren Menschen oft noch zu den Erstbeziehern und sind gemeinsam alt geworden. Diese „alten Bande“ vor Ort, die gewachsenen Nachbarschaften älterer Menschen und damit deren hilfreiches „Sozialkapital“ sind zur Stabilisierung eines Stadtviertels nicht zu unterschätzen.

Diese Einschätzung können beispielweise u. a. die Erfahrungen bei der Modernisierung des Wohnquartiers Rheinpreußensiedlung (Homburg) bestätigen.

Schon von 1989 bis 1992 wurde hier das Projekt „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ im Rahmen von Modellvorhaben des Bundes gefördert.

Die Modernisierung der Wohnungen im bewohnten Zustand war besonders für die älteren Menschen eine große Belastung. Hier musste die Hilfe ansetzen. Um ihnen die Situation zu erleichtern, wurde ein System verschiedener praktischer Hilfen entwickelt. Diese „Soziale Bauleitung“ wurde von zwei hauptamtlichen Mitarbeitern sowie engagierten älteren Bewohnern durchgeführt. Es wurden intensive Beratungsgespräche geführt, über die anstehenden Arbeiten informiert und gemeinsam nach individuellen Lösungen gesucht. Beim Umziehen der Möbel von Zimmer zu Zimmer haben Hilfskräfte unterstützt. Die Mitarbeiter der „Sozialen Bauleitung“ haben den Bauprozess entscheidend mitgesteuert und eng mit den Architekten zusammengearbeitet. Sie haben das Zusammenwirken von Architek-

ten, Handwerkern, Helfern koordiniert. Zu den Aufgaben gehörte auch die Beratung über technische Hilfsmittel und Möglichkeiten der Finanzierung von Maßnahmen zur Wohnungsanpassung. So konnte insbesondere die Situation für ältere Menschen verbessert werden. Aufgrund des Finanzkonzeptes und der intensiven Begleitung konnten alle Wohnungen modernisiert werden und die älteren Menschen in ihren Wohnungen bleiben.

Der Verein Rheinpreußenhaus e.V. hat Angebote im Bereich Kultur, Freizeit, Bildung und Sozialarbeit entwickelt und ausgebaut. Die aktive Selbst- und Nachbarschaftshilfe spielt dabei eine wesentliche Rolle. Über Drittmittel wurden Personen eingestellt, die Hilfsdienste, wie z. B. Gartenarbeiten, Schneeräumen, Putzen, Laubfegen übernehmen können, für Menschen, die Unterstützung benötigen. Dieser integrierte und gemeinwesenorientierte Ansatz erfordert ein Angebot an Räumlichkeiten, die für Begegnung, Austausch und Beratung zur Verfügung stehen. Durch den Umbau eines ehemaligen Milchladens konnte die Begegnungsstätte Rheinpreußenhaus e.V., geschaffen werden – eine zentrale Anlaufstelle und Treffpunkt für die Menschen der Siedlung.

In den letzten Jahren wurde u. a. in Duisburg (Ostacker und Bruckhausen) ein Projekt des Landes NRW „Im Quartier bleiben“ durchgeführt. Hier wurden ältere Menschen des Seniorentreffs Ostackerweg befragt, welche Vorschläge sie für die Quartiersentwicklung hätten. Z. B. der Wunsch nach Sitzbänken an bestimmten Orten wurde von der Bezirksverwaltung zeitnah realisiert. In Zusammenarbeit mit Schülerinnen und Schülern der 8. Klasse der Gesamtschule Beeck wurde ein Stadtplan für ältere Menschen entwickelt und von Studenten der Hochschule Niederrhein für den Druck gestaltet. Dieser Stadtplan ist im März 2011 veröffentlicht und an vielen Stellen des Ortsteils ausgelegt.

In den Jahren 2011 und 2012 befasste sich das Projekt insbesondere mit den Unterstützungspotentialen der bestehenden nachbarschaftlichen Strukturen. Deshalb wurde das Landesprojekt „Im Quartier bleiben“ nun erweitert um die Aufgabe „Nachbarschaft leben“. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Ergebnisse dieser Projektphase in Beeck bzw. Bruckhausen auf andere Ortsteile bzgl. Nachbarschaften übertragen lassen.

Weitere Informationen unter:

[http://www.mgepa.nrw.de/alter/leben\\_im\\_alter/leben\\_im\\_quartier/Im\\_quartier\\_bleiben\\_-\\_nachbarschaft\\_leben/index.php](http://www.mgepa.nrw.de/alter/leben_im_alter/leben_im_quartier/Im_quartier_bleiben_-_nachbarschaft_leben/index.php)

Auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) hat hilfreiche Empfehlungen „Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! - Emp-

fehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur“ im Dezember 2010 herausgegeben.

([http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/2010/pdf/DV%2005-10.pdf](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2005-10.pdf))

Diese Empfehlungen sehen - im Fazit - als ein wesentliches Mittel zur Steuerung der wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, die Kooperation und Vernetzung auf der lokalen Ebene, als auch zwischen den Akteuren verschiedener Ebenen.

Damit alle an der pflegerischen und medizinischen Versorgung und dem sozialen Unterstützungssystem Beteiligten im Sinne einer kooperativen Strategie zusammenwirken können, empfiehlt der DV die Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen insbesondere im Pflege- und Gesundheitssystem quartiersbezogen auszurichten.

## 5.4 Nahversorgung

Quartiere haben auch mit Blick auf ihre Versorgungsfunktionen große Bedeutung für das Leben älterer Menschen. Vor allem die nur eingeschränkt Mobilen sind auf die Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen „vor der Haustür“ angewiesen: Der „Tante Emma“ - Laden oder Supermarkt um die Ecke, die Bank- und Postfiliale im Stadtteilzentrum, das Ärztehaus in der Nachbarstraße, der Seniorentreff und das Sportangebot im Gemeindezentrum sind zentrale Faktoren für die Lebensqualität älterer Menschen im Quartier.

Die Frage, wie Strukturen der Nahversorgung stabilisiert oder qualitativ ausgebaut werden können, stellt sich in wirtschaftlich und sozial benachteiligten Stadtquartieren generell, erhält jedoch aus der Perspektive älterer Menschen besonderen Nachdruck. Allerdings sollte nicht nur über die Sicherung oder den Ausbau des Bestehenden nachgedacht werden. Auch eine Flexibilisierung und vor allem Mobilisierung von Angeboten, die es in vielen Bereichen bereits gibt – Essen-, Lebensmittel- und Getränkebringdienste sind dafür Beispiele - können die Versorgung älterer Menschen im Quartier sichern (vgl. „Soziale Stadt info 24“ – Juli 2010).

## 5.5 Haushaltsnahe Dienstleistungen/Komplementäre Dienste

Zu den nötigen Angeboten eines selbstständigen Wohnens im Alter gehören natürlich die ergänzenden (nicht pflegerischen) mobilen sozialen Dienste. Hier hat sich der Markt auch weiterentwickelt.

Im Pflegeplan 2001/2002 waren z. B. für hauswirtschaftliche Hilfen oder Begleitedienste 7 Anbieter verzeichnet, im November 2012 waren es 29 Anbieter und mit den 11 Mahlzeiten-Diensten insgesamt 40 Anbieter.

Diese Steigerung um rund 500 % ist ein Indiz dafür, dass dieses Pflegemarkt-Segment sich auf die vorhandene Nachfrage einstellt und flexibel reagiert.

Die ambulanten Dienste bieten im Rahmen ihrer Tätigkeitsmodule alle auch hauswirtschaftliche Leistungen an.

## 5.6 Ambulante Pflege

Die ambulante pflegerische Versorgung ist durch zwei Arten von „Dienstleistern“ geprägt. Zum Einen sind dies die professionellen ambulanten Pflegedienste. Zum Anderen die Erbringer aus dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen, also Familie, Bekanntschaft und Nachbarschaft.

Zuletzt<sup>7</sup> wurden 3.306 Personen durch einen professionellen Pflegedienst in Duisburg gepflegt. Hierunter fallen auch die Empfänger der so genannten Kombileistung, d. h. dass neben der professionellen Pflege auch noch nicht-professionelle Pflege durch den o. g. Personenkreis geleistet wurde. Die Zahl der Personen, die ohne professionelle Hilfe gepflegt wurden, belief sich auf 7.820.

Allgemein ist festzuhalten, dass der Markt der professionellen ambulanten Pflege bis vor kurzer Zeit schnell in der Lage war, auf Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Bedarfe einzugehen und diese zu erfüllen, so lange es um die Verrichtung pflegerischer Dinge ging und die Finanzierung sicher gestellt war.

Häufig wird von Pflegebedürftigen und auch den Pflegepersonen/Pflegeanbietern bemängelt, dass den Pflegekräften für persönliche Ansprache und Betreuung nicht genügend Zeit zur Verfügung steht. Dies ist jedoch kein Problem des Duisburger Pflegemarktes allein, sondern ein bundesweites Problem, resultierend aus den begrenzten finanziellen Mitteln der Kostenträger.

---

<sup>7</sup> Pflegestatistik 2009

Die Pflege durch nicht-professionelle Helfer als systemimmanente Säule des Pflegesystems in Deutschland bedarf gerade deshalb unterstützender Maßnahmen; angefangen durch Gesprächskreise für pflegende Angehörige über gute Beratungsstrukturen bis hin zu einem gut ausgebauten Netz an teilstationären und komplementären Diensten.

Aber es muss auch deutlich gemacht werden, dass ambulante Pflege im eigenen Haushalt ihre Grenzen hat. Nicht jeder Einzug in ein Pflegeheim ist für den Betroffenen negativ. Er kann auch zu einer besseren Lebensqualität führen, als zu Hause. Das bedeutet: Eine ambulante Pflege, um den Pflegebedürftigen so lange wie möglich zu Hause zu belassen, quasi auf „biegen und brechen“ ist auch unverantwortlich.

## 5.7 Tagespflege

Die Einrichtungen der Tagespflege stellen einen wichtigen ergänzenden Baustein zur häuslichen Pflege dar. Zum Einen können Alleinstehende hier einen strukturierten Tag in der Gemeinschaft verbringen. Zum Anderen werden vorhandene Pflegepersonen an bestimmten Tagen bzw. die gesamte Woche, durch den Besuch des Pflegebedürftigen in der Tagespflege, entlastet.

Die Inanspruchnahme der Duisburger Tagespflegeeinrichtungen hat sich sehr zufriedenstellend entwickelt. Mittlerweile liegt die Auslastung bei rund 89% (1. Halbjahr 2012). Die Platzzahl hat sich durch neue Einrichtungen auf 123 Plätze erhöht.

## 5.8 Mobilität und Wohnumfeld

Damit ältere Menschen Angebote und Funktionen des Quartiers nutzen können, sind sie auf eine altengerechte Gestaltung von Verkehrswegen und – mitteln sowie ein möglichst barrierefreies Wohnumfeld angewiesen. Insbesondere die Anbindung von am Stadtrand gelegener Viertel an den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) und die Barrierewirkung großflächiger Verkehrsanlagen (z. B. Autobahnen, Eisenbahnanlagen) zählen zu den häufigsten Problemen. Ein gut ausgebauter ÖPNV ist gerade für ältere Menschen, deren Möglichkeiten individuelle Verkehrsmittel zu nutzen, meist eingeschränkt sind, zentral für die gesellschaftliche Teilhabe. Mit Blick auf Barrierefreiheit und Verkehrssicherheit im

Wohnumfeld geht es unter anderem darum, Querungs- und Orientierungsmöglichkeiten zu schaffen, Maßnahmen der Verkehrsberuhigung umzusetzen, Hörschwellen bei Wegen und Zugängen zu nivellieren und „Angst-Räume“ zu beseitigen.

Darüber hinaus wünschen sich Ältere ein Wohnumfeld mit einem vielfältigen Angebot an privat und öffentlich nutzbaren Freiflächen sowie mit Möglichkeiten für Aufenthalt und Begegnung. Projekte, die ältere Menschen in die (altengerechte) Gestaltung der Freiflächen im Quartier einbeziehen, sichern, dass diese genutzt und angenommen werden und tragen zu einer aktiven Lebensgestaltung älterer Menschen bei. (vgl. „Soziale Stadt info24“ – Juli 2010).

Für die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben der mobilitätseingeschränkten BürgerInnen (Rollstuhlnutzer) bezuschusst die Stadt personenbezogen die Fahrtkosten verschiedener zugelassener Fahrdienste.

Um eine weitere Lücke für SeniorInnen im Rahmen des ÖPNV zu schließen, bietet die DVG u.a. einen Fahrgast-Begleitservice an, der ebenfalls große Resonanz bei den älteren Menschen hervorruft. Mobilitätseingeschränkte Fahrgäste werden auf ihrer Fahrt mit der DVG begleitet, damit Sie sicher an Ihr Ziel kommen.

Menschen, die mit dem Rollator oder leichtem Faltrittstuhl unterwegs oder einfach nicht gut zu Fuß sind, werden durch Helfer des DVG-Begleitservice kostenlos bei ihrer Fahrt mit Bussen und Bahnen der DVG betreut. Hilfestellungen werden zum Beispiel am Ticketautomaten, im Bus und in der Bahn oder beim Ein- und Aussteigen geleistet. Auf Wunsch werden diese Fahrgäste von dem Begleiter auch von zu Hause abgeholt.

Darüber hinaus bietet die DVG für interessierte Seniorinnen und Senioren ein Bustraining an. Die älteren Menschen können dadurch Sicherheit gewinnen und Vertrauen fassen. Gemeinsam mit den Trainern können Sie den Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln erlernen. Ohne Alltagshektik bekommen sie hilfreiche Sicherheitshinweise und trainieren kostenlos in einem der Busse.

Um die Möglichkeit zur Begegnung und zur Beratung für Seniorinnen und Senioren möglichst ortsnah sicherzustellen, bezuschusst die Stadt Duisburg seit über 30 Jahren die Arbeit der sogenannten offenen Altenhilfe der freien Träger der Wohlfahrtspflege. Das Konzept wurde über die vielen Jahren stets den aktuellen Bedürfnissen angepasst.

Die Beratungs- und Begegnungszentren für ältere Menschen sind in

Duisburg wesentlicher Bestandteil der in § 71 SGB XII definierten Aufgabe, altersbedingte Schwierigkeiten zu verhüten, zu überwinden, zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben im Gemeinwesen teilzunehmen. Daneben findet dort Beratung nach § 4 PfGNW und § 71 SGB XII niederschwellig und stadtteilorientiert statt, werden wichtige Steuerungsaufgaben zur Vermeidung von Kosten der Hilfe zur Pflege nach dem Grundsatz "ambulant vorstationär" wahrgenommen. Die Vielzahl der niederschwelligen Angebote der Begegnungs- und Beratungszentren hebt der Bericht der Gemeindeprüfungsanstalt NRW über die überörtliche Prüfung der Stadt Duisburg in den Jahren 2007 und 2008 lobend hervor - wird doch "durch ..... Maßnahmen im vorpflegerischen Bereich ..... der vorzeitigen Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen und einer Heimaufnahme entgegengewirkt" (mit entsprechend positiven Wirkungen für die kommunalen Aufwendungen im Bereich der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII). Im letzten Controllingzeitraum (01.10.2009 – 30.09.2010) konnten durch diese Arbeit 1,38 Mio. EUR durch vermiedene oder verzögerte Heimunterbringungen als Ausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen vermieden werden. Dieses positive Ergebnis führte somit zu einer vollständigen Kompensation der städtischen Zuschussmittel von seinerzeit 1,35 Mio. EUR.

Allgemein lässt sich sagen, dass Begegnungsstätten durch ihre Angebote zur Freizeitgestaltung, zur Begegnung und Beratung älteren Menschen eine wohnortnahe Infrastruktur bieten, die Unterstützung bietet, um möglichst lange, unabhängig und selbstbestimmt in angemessener Lebensqualität im vertrauten Umfeld zu leben. Das Angebot ist nicht verzichtbar, dessen konkrete Ausgestaltung ist aber gesetzlich nicht explizit vorgeschrieben.

Augenscheinlich schätzt die Bezirksregierung dies ganz ähnlich ein, hat sie doch im Juni 2010 der weiteren Förderung der Begegnungs- und Beratungszentren und der Seniorentreffs zunächst für das Jahr 2011 zugestimmt und jetzt erneut sich mit der Förderung in reduzierter Form für die Jahre 2012 – 2016 einverstanden erklärt. (Vgl. DS-NR.: 11-0587)

## **5.9 Soziale Senioren- und Pflegeberatung**

Schon 1994 empfahl der Altenhilfeplan Teil 2 - ambulant - zur Beratung:  
„Zentrale Anlaufstellen in allen Fragen des Alters und des Alterns.

Im Vordergrund muss stehen, dass die Seniorinnen und Senioren wohnortnah ein Beratungs- und Informationsnetz vorfinden, das ihnen in allen Fragen der Bewältigung von Alltags- und Altenproblemen zur Seite steht, damit sie rechtzeitig und zielgenau eventuell notwendige Schritte in Richtung Hilfe und Unterstützung einleiten können.“

Seit Beginn des neuen Förderkonzeptes für die offene Seniorenarbeit in Duisburg im Jahr 2000 setzt die Verwaltung in Kooperation mit den Verbänden der Wohlfahrtspflege auf die prophylaktische Wirkung von umfassender Beratung und der Möglichkeit der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Begegnung). Die Berichte über die Arbeit der Begegnungs- und Beratungszentren sowie der Seniorentreffs der vergangenen Jahre, der Austausch in den Regionalkonferenzen und auf den Fachtagen der hauptamtlichen Fachkräfte zeigen, dass sich dieses ortsnahe System und Hilfenetz gut etabliert hat und funktioniert.

Das Konzept und die Förderung der offenen Altenhilfe und der Beratungsstellen waren kontinuierlich auch Gegenstand politischer Diskussionen, da es sich hier um einen zentralen Baustein der (vor-) pflegerischen Versorgung der älteren Bürgerinnen und Bürger handelt. Von 2003 bis 2012 wurden hierzu 14 Beschluss- bzw. Mitteilungsvorlagen in den politischen Gremien beraten.

Mit der kontinuierlich fortgeschriebenen (Förder-) Konzeption der Begegnungs- und Beratungszentren, die Grundlage der offenen gemeinwesenorientierten Seniorenarbeit ist, wurde diese den sich ändernden Erwartungen, Ansprüchen und Wünschen der alternden Gesellschaft (im Konsens mit den Verbänden) in den vergangenen Jahren immer wieder angepasst.

Dem jetzigen Konzept liegen u. a. folgende Leistungen der Begegnungs- und Beratungszentren (BBZ) zu Grunde:

- Kontakt und Beratung und damit kontinuierliches Erfassen von Bedarfslagen,
- Flexibilität in der Gestaltung von Angeboten und Hilfen,
- Fördern und Fordern älterer Menschen in ihrer Selbstbestimmung und Autonomie,
- Unterstützen sozialer Kontakte und Gemeinschaft,
- Vermindern bzw. Vermeidung vorzeitiger Pflegebedürftigkeit,
- Gesundheitsvorsorge,
- Gestaltungsräume für bürgerschaftliches Engagement und Selbsthilfe,
- Aktionsräume für die Mitgestaltung des Gemeinwesen.

Mit der, im Februar 2012, vom Rat der Stadt beschlossenen Weiterentwicklung der Förderung und der inhaltlichen Ausgestaltung der offenen Seniorenarbeit in den Begegnungs- und Beratungszentren werden ab 2013 diese 23 ortsnahen Standorte in ihrer Aufgabe als „Drehscheibe“ für alle Fragen des Älterwerdens gestärkt. Ein Hauptziel ist damit vorgegeben: Niemand darf wegen seiner altersbedingten Einschränkungen vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen werden.

Durch das erweiterte Beratungsangebot der BBZ (werktägliche Beratung während der Öffnungszeiten) und die überschaubaren Einzugsgebiete (1-3 Ortsteile) für die Beratung ab 01.01.2013 wird die zentrale kommunale Pflege- und Seniorenberatung nicht weiter fortgeführt.

Den Wegweiser für Seniorinnen und Senioren „Älter werden in Duisburg“ mit seinen entsprechenden detaillierten Informationen für SeniorenInnen wird die Stadt weiterhin zur Verfügung zu stellen. Diese Broschüre stellt eine notwendige Informationsquelle für alle älteren Menschen dar. Diese können sich hierdurch über die vielfältigen Möglichkeiten und Angebote für Seniorinnen und Senioren in Duisburg informieren. Die 6. Auflage war in relativ kurzer Zeit vergriffen. Seit September 2011 liegt mittlerweile die 7. Auflage vor und wird wieder stark nachgefragt.

## **5.10 Pflegeberatung gemäß § 7 a und b SGB XI**

„Der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in das SGB XI eingefügte § 7a SGB XI sichert Versicherten, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen oder beantragt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Betreuungsbedarf besteht, ab dem 1. Januar 2009 einen Anspruch auf eine umfassende Pflegeberatung ihrer Pflegekasse im Sinne eines individuellen Fallmanagements zu, das von der Feststellung und systematischen Erfassung des Hilfebedarfs über die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans mit allen erforderlichen Leistungen bis hin zur Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans reicht. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen verbessern, seine Angehörigen entlasten und damit auch die häusliche Pflege stärken.“<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Dieses Beratungsangebot der Pflegekassen beinhaltet ein umfassendes und sinnvolles case-management<sup>9</sup>. Die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen haben einen gesetzlichen Anspruch auf diese Unterstützung durch die Pflegekassen und sollten nicht zögern, diese auch einzufordern.

Das Pflegeeneuausrichtungsgesetz (§ 7 b SGB XI) verpflichtet die Pflegekassen seit Ende Oktober 2012 bei der erstmaligen Beratung von Leistungen dem Antragsteller einen konkreten Beratungstermin spätestens innerhalb von zwei Wochen anzubieten und durchzuführen. Die Kassen können hierfür auch andere Beratungsstellen vertraglich mit dieser Aufgabe beauftragen und dann sogenannte „Beratungsgutscheine“ Ihren Versicherten aushändigen.

### **5.10.1 Pflegestützpunkte**

Zum 01. Juli 2008 ist das SGB XI - Soziale Pflegeversicherung – durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG) novelliert worden.

Unter anderem sieht das PFWG die Errichtung von Pflegestützpunkten vor. Pflegestützpunkte haben nach § 92c SGB XI die Aufgabe der wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Pflegeversicherten.

In den mit den Kassen geführten Verhandlungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten haben Pflegekonferenz, Seniorenbeirat und Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit die Verwaltung im Frühjahr 2009 gebeten, dafür einzutreten, dass die bestehenden guten kommunalen Beratungsstrukturen bei der Ausgestaltung eines zentralen Pflegestützpunktes für Duisburg Berücksichtigung finden.

Wegen der organisationsintern bei der AOK Rheinland/Hamburg, der Novitas BKK – Die Präventionskasse und der Barmer Ersatzkasse getroffenen Entscheidungen jeweils einen eigenen Pflegestützpunkt einrichten zu wollen, war der städtische Vorschlag, nur einen einzigen zentralen Pflegestützpunkt aufzubauen, nicht verhandelbar. Andererseits hätte die Einrichtung der von den Kassen bevorzugten

---

<sup>9</sup> "ganzheitliche Unterstützung": Ansatz im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen, aber auch z. B. in der Arbeitsvermittlung, Unfallversicherung usw., bei dem die betroffene Person (Patient/in, Klient/in, Kunde/Kundin usw.) im Mittelpunkt steht. Durch eine ganzheitliche Sicht aus allen Perspektiven (sachlich und zeitlich) und das Zusammenwirken aller Institutionen und Akteure soll ihr möglichst umfassend, wirksam und effizient geholfen werden. (Online-Verwaltungslexikon, 2012)

Einrichtung von vier Pflegestützpunkten in der Duisburger Innenstadt kaum als bürgerorientiert gelten können. Zudem hätte die Stadt ihre dann nötige personelle Präsenz in den vier Pflegestützpunkten nicht organisieren können.

Abschließend sind AOK Rheinland/Hamburg, die Novitas BKK – Die Präventionskasse, die Barmer Ersatzkasse sowie die Sozialverwaltung am 25.11.2009 übereingekommen, in Duisburg keine Pflegestützpunkte zu errichten. Statt dessen sollte aber die Zusammenarbeit von Stadt und Kassen auf dem Hintergrund ihrer gesetzlich definierten Beratungsaufgaben und –funktionen sowie der in Duisburg existierenden Beratungsstrukturen in einer Kooperationsvereinbarung geregelt werden (s. Anhang).

Nachdem den Pflegekassen der Kooperationsvertrag im Juni 2010 zur Unterzeichnung vorgelegt wurde, warfen sie die Frage auf, ob ein solcher Vertrag angesichts der vorhandenen Beratungsangebote in Duisburg sowohl auf städtischer wie auch auf Kassenseite überhaupt notwendig sei und schlugen vor, auf den formellen Vertragsabschluss zu verzichten.

Insofern kam dann kein Kooperationsvertrag zwischen der Kommune und den Kassen zustande.

## **5.11 Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“**

Im Arbeitskreis „Pflegeplanung“ der Duisburger Pflegekonferenz wurde der fehlende Kooperationsvertrag zwischen Pflegekassen und Kommune bei der Abstimmung bzw. Beratung dieses Pflegeplanes bedauert. Es wurde gerade hierfür ein Bedarf gesehen, weil die Erfahrungen von Experten in der Pflege- bzw. Seniorenberatung, die im Arbeitskreis der kommunalen Pflegekonferenz zusammenarbeiten, deutlich machten, dass die vielfältigen Beratungsangebote in Duisburg kaum vernetzt sind bzw. nur unzureichend miteinander strukturell kooperieren. Kleine Netzwerke sind eher zufällig und personenabhängig entstanden.

So sind z. B. bei einem eintretenden Pflegefall oft der Krankenhaussozialdienst (bei Krankenhausaufenthalt), Pflegedienste oder stationäre Anbieter, die PflegeberaterInnen der Kassen und die kommunal geförderte Senioren- und Pflegeberatung in dem Fall involviert. Allerdings endet die Zuständigkeit des Krankenhaus-Sozialdienstes mit der Entlassung des Patienten / der Patientin.

---

An dieser Stelle stellt sich die Frage, wer nun diesen „Fall“ auch verantwortlich übernimmt und weiterhin betreut?

Spätestens an dieser Stelle (bei Pflegeeinstufung) wären nun die PflegeberaterInnen der Kassen gefragt.

Ein organisatorisches Problem scheint auch die Kommunikationswege zu betreffen. Oftmals werden die Krankenhaus-Sozialdienste oder auch die PflegeberaterInnen viel zu spät informiert, dass eine Krankenhaus-Entlassung bevorsteht.

Das strukturelle Problem in diesem Bereich ist das fehlende methodisch klare und abgestimmte Casemanagement bzw. die ungesteuerte bzw. fehlende Kooperation aller handelnden Institutionen. Obwohl der gesetzliche Anspruch (SGB XI) nach Pflegeberatung bzw. Casemanagement durch die jeweilige Pflegekasse des Versicherten vorhanden ist.

Leider ist vor längerer Zeit der Versuch durch die Pflegekonferenz, ein entsprechend qualifiziertes Pflegeüberleitungssystem (Krankenhaus -> Anschlussversorgung) zu installieren, im Sande verlaufen, da seitens der Kliniken ein Handlungsbedarf nicht gesehen wurde. Ein entsprechend strukturiertes Verfahren wird dennoch als hilfreich angesehen, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch konsequenter umzusetzen.

Der Anfang 2010 vorliegende, einvernehmlich ausgehandelte Kooperationsvertrag (DS:09-0721) - als Alternative zu Pflegestützpunkten - zwischen der Kommune und den Kassen ist, wie bereits erwähnt, nicht zu Stande gekommen (siehe auch DS:10-1825).

Gerade mit diesem Kooperationsvertrag hat die Stadt das Ziel verfolgt, eine strukturierte Zusammenarbeit der verschiedenen Beratungsstellen für Duisburg schaffen können. Hier wurde stark auf Austausch und Vernetzung gesetzt, was immer noch aktuell ist.

Eben diese fehlende Kooperation bzw. Koordination der verschiedenen Angebote könnte auch dazu führen, dass ein Ratsuchender evtl. nicht so lange wie möglich ambulant versorgt wird, weil sich niemand verantwortlich fühlt.

Wegen solcher fehlender, dauerhafter und verantwortlicher („Fall-) Begleitung, kann es eher zum Einzug in eine Pflegeeinrichtung kommen, weil hier eben alle strukturellen Voraussetzungen an einem Ort gegeben zu sein scheinen. Ambulan-

te Pflege, so lange wie möglich im eigenen Haushalt zu organisieren, setzt sehr viel mehr Einsatz, Organisation, Hilfe, Logistik und Absprachen verschiedener Personen und Anbieter voraus. In der Regel versuchen die Familien diese Aufgaben zu meistern und zu bewältigen.

Aber was ist, wenn keine Familie oder Freunde vor Ort vorhanden sind? Wer kümmert sich dann?

Im Bereich der Pflege gibt es ja schon viele ambulante Angebote, aber in der Regel gibt es wohl (nach Erfahrungen der Fachleute des AK „Planung“) kaum einen „Fallmanager“, bei dem alle Fäden zusammenlaufen. Gesetzlich ist diese Aufgabe für Pflegebedürftige durch den § 7 a SGB XI (Pflegeberater) geregelt.

Unter anderem wegen dieser Problematik hat der Arbeitskreis Beratung 2012 mehrfach getagt. Als Ergebnis der Diskussionen wurde ein Pilotprojekt entwickelt, welches an drei BBZ - Standorten in kleinen räumlichen Bezügen durch sogenannte Beratungspartnerschaften eine verbindlichere Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren der Pflege- und Seniorenberatung erreichen soll. Das Projekt sieht folgende Eckpunkte vor:

### **„Pilotprojekt „Ortsnahe trägerübergreifende Beratungspartnerschaften in Duisburg“**

Laufzeit: 01.01.2013 – 31.12.2014

#### **Ausgangslage**

Die kommunale Pflegeplanung hat sich die ortsnahe Versorgung und die aktive Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“ zum Schwerpunkt gesetzt. Hierzu haben einige Sitzungen des Arbeitskreises „Planung“ der Pflegekonferenz stattgefunden. Dieser hat den Arbeitskreis „Beratung“ damit beauftragt, die Vernetzung der Beratungsangebote bzw. deren Kooperationspartner genauer zu betrachten.

In Gesprächen mit den relevanten Akteuren der Seniorenberatung im Arbeitskreis „Beratung“ der örtlichen Pflegekonferenz wurde deutlich, dass es sehr viele Angebote und Hilfen gibt. Diese sind aber kaum vernetzt und eine strukturelle, verbindliche Kooperation besteht bisher nicht.

Deshalb sollen in Duisburg an 3 BBZ - Standorten solche verbindlichen Kooperationen entwickelt werden. Als Arbeitstitel wurde der Begriff „Beratungspartnerschaften“ entwickelt.

---

## Projektziele

- Durch engere trägerübergreifende Zusammenarbeit der Akteure vor Ort soll die regionale Beratungs- und Hilfestruktur sowie der Informationsaustausch verbindlich optimiert / strukturiert werden.
- Konzeptionelle Eckpunkte der Kooperation sollen entwickelt werden.
- Evtl. regionale und konzeptionelle Unterschiede sollen berücksichtigt werden.
- Die Ergebnisse an den drei Standorten sollen auf die evtl. Übertragbarkeit auf die weiteren BBZ-Standorte überprüft werden.
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

## Pilotstandorte

Als Standorte schlägt der Arbeitskreis „Beratung“ folgende Beratungs- und Begegnungszentren (BBZ) vor:

- Meiderich, Auf dem Damm 8 (Diakonie)
- Buchholz, Sittardsberger Allee 34 (Caritasverband)
- Homberg, Ehrenstr./Moerserstr. (AWO)

## Kooperationsstrukturen

Die Federführung und Initiative liegt bei den Fachkräften des jeweiligen BBZ. In den jährlich bis zu 4 zu protokollierenden Kooperationstreffen soll die Verbindlichkeit der Beratungspartnerschaften entwickelt bzw. festgelegt werden.

## Kooperationspartner vor Ort

Beratungspartner sind:

BBZ,

ambulante Pflege, Pflegekassen,

kommunale Behörden und Dienste

Gesundheitswesen, Krankenhäuser (Sozialdienste), Hausärzte

Wohnungsunternehmen

Seelsorge

Polizei, Feuerwehr

usw.

---

### **Laufzeit**

Das Pilotprojekt soll 2 Jahre umfassen, da ein überschaubarer Rahmen gegeben sein soll. Ein Resümee soll insgesamt nach 21 Monaten gezogen werden, um dann ggf. eine Folgekonzeption für die Zeit nach den 24 Monaten der Pilotprojektphase zu entwickeln.

### **Steuerung**

Der Arbeitskreis „Beratung“ ist auch der Lenkungskreis dieses Pilot-Projektes. Er soll zum ersten Mal nach 6 Monaten Laufzeit des Projektes tagen (2. Jahreshälfte 2013).

### **Controlling**

Das Controlling sollte niederschwellig angelegt sein und wenige DIN A 4 Seiten umfassen. Hier soll ein Berichtsraster die Grundlage und den Rahmen bilden. Folgende Eckpunkte sollten zum Controlling Berücksichtigung finden:

- Wie wurden die Verbindlichkeiten festgelegt und erreicht (Qualität / Form)?
- Beschreiben Sie die Vorteile der strukturierten Kooperation:
  - a) für den/die jeweilige(n) BeraterIn
  - b) für den Ratsuchenden
- Ergaben sich Synergieeffekte? Wenn ja, welche?
- Welche Beratungs-Partner haben am meisten zusammengearbeitet?
- Welche Fälle/Themen waren in der Kooperation ein Schwerpunkt?
- Welche Kooperationschwierigkeiten haben sich ergeben?
- Gab es Kooperationspartner, die nicht mitgearbeitet haben?
- Welche Rahmenbedingungen sind erforderlich? Welche fehlten?
- Welche Konzeptaspekte sind aus Ihrer Sicht übertragbar auf weitere Standorte?
- Wo sehen Sie Nachsteuerungsbedarf?“

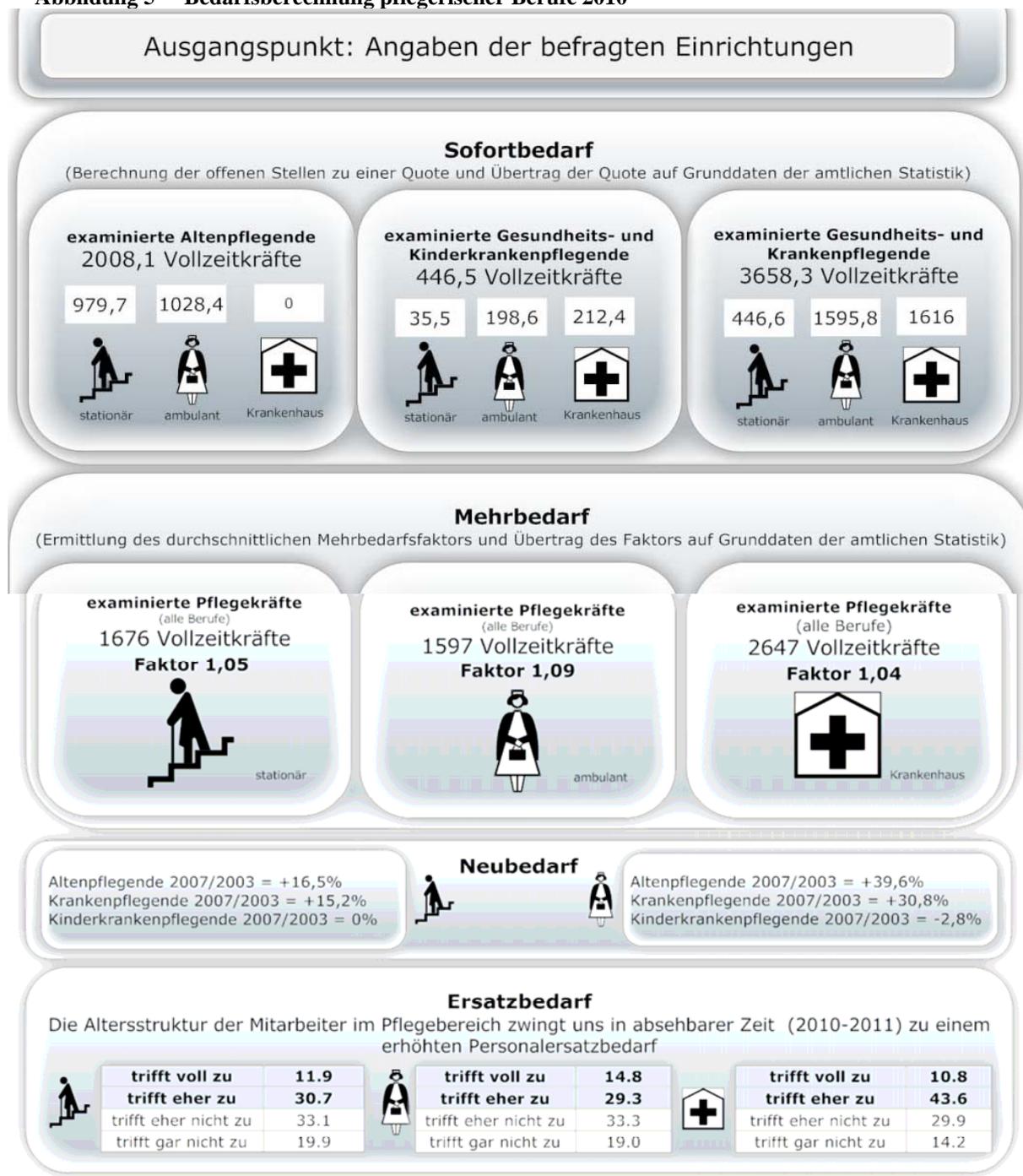
Einen guten Projektverlauf vorausgesetzt, sollen weitere Beratungspartnerschaften und Standorte folgen.

## 6. Pflegefachkräfte - Mangel und Ausbildung -

Diese Thema war der Schwerpunkt des Arbeitskreises „Pflegeplanung“ im Jahr 2012, da in Duisburg derzeit ein Fachkräftemangel in der Pflege, sowohl im ambulanten, wie auch im stationären Bereich besteht.

Die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein Westfalen 2010 kommt zu folgenden Bedarfen:

**Abbildung 5 Bedarfsberechnung pflegerischer Berufe 2010**



„Im Herbst 2011 führte KonkretConsultRuhr eine bundesweite Befragung in stationären Senioreneinrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch. Der Anteil freier Stellen betrug unter den teilnehmenden Einrichtungen 7,7 Prozent, gemessen an den Gesamtstellen in der Pflege. Differenziert man diesen Anteil in examinierte (9,6%) und nicht examinierte Kräfte (5 %), so zeigt sich, dass jede zehnte Pflegefachkraftstelle nicht besetzt werden konnte.

Betrachtet man die Situation nach Trägerschaft und Art der Einrichtung, so werden signifikantere Unterschiede sichtbar. Während bei den frei-gemeinnützigen Trägern die Personalsituation noch relativ entspannt ist, suchen vor allem private Anbieter nach neuem Personal.

Besonders drastisch sind die Unterschiede in der ambulanten Pflege. Liegt der Anteil freier Stellen bei den frei-gemeinnützigen Trägern bei 5,4 %, so beträgt der Anteil bei den privaten Anbietern 17,8 %. Bei examiniertem Personal steigt er sogar auf über 20 % an. Auf Basis dieser Zahlen drängt sich die These auf, dass Arbeitsplatzsicherheit und ein durchschnittlich höheres Lohngefüge im gemeinnützigen Sektor die kritische Personalsituation deutlich abmildern. Dagegen erscheint für viele Beschäftigte der private Bereich aufgrund der gezahlten Löhne deutlich unattraktiver.“<sup>10</sup>

Im Dezember 2011 hat die Regionaldirektion NRW der Bundesanstalt für Arbeit eine Untersuchung zur Situation der Fachkräfte veröffentlicht. Auch diese Zahlen bestätigten den beschriebenen Trend des Fachkräftemangels in der Pflege.

„Die Relation Arbeitslose je Stelle zeichnet für Nordrhein-Westfalen ein ungünstiges Bild. In der weit überwiegenden Zahl der Agenturbezirke steht einem Stellenangebot weniger als ein gemeldeter Arbeitsloser gegenüber (in Duisburg stehen 1,3 arbeitssuchende Fachkräfte einer vakanten Stelle gegenüber).

Die Vakanzzeit liegt um 41,6 Tage deutlich höher als die Vakanzzeit bezogen auf alle Berufe. Das deutet darauf hin, dass Stellenbesetzungen in den meisten Fällen problematisch sind.“ (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen)

Diese Entwicklung wird durch die nachfolgend beschriebene Erhebung zum Fachkräftebedarf bestätigt. Teilweise muss die Übernahme neuer Pflegeaufträge bereits aus Personalmangel abgelehnt werden. Die Träger haben jetzt schon regelmäßig MitarbeiterInnen von Zeitarbeitsfirmen im Einsatz, um die nötigen ambulanten Touren sicherzustellen.

---

<sup>10</sup> CAREkonkret v. 20.02.2012

Das gerade im ambulanten Bereich der Bedarf an Personal so hoch ist, hängt auch mit der fehlenden Attraktivität dieses Arbeitsbereiches zusammen. Dies liegt z. B. an dem Wunsch von Pflegekräften in einer Vollzeitbeschäftigung tätig zu sein und nicht, wie in der Regel bei den ambulanten Diensten, in Teilzeitdiensten beschäftigt zu werden. Dieser Widerspruch zwischen Wunsch und Wirklichkeit ist aber gerade im ambulanten Bereich nicht aufzulösen.

Pflegekräfte arbeiten in der Regel lieber in stationären Einrichtungen, als im ambulanten, häuslichen Bereich. So die Einschätzung der Fachleute aus der stationären und ambulanten Pflege.

Aufgrund des Fachkräftemangels hat sich die Altenpflege auch zu einem „Integrations-Beruf“ entwickelt. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege haben eine Zuwanderungsgeschichte. Auf der Ebene der Teamleitungen haben z. B. mittlerweile 50 % der Fachkräfte eine Zuwanderungsgeschichte. Ausgelöst durch den hiesigen Fachkräftemangel hat die Zuwanderung von Pflegekräften aus dem Ausland zugenommen.

Es ist zunehmend schwieriger, qualifizierte Fachkräfte für die Führungsebenen zu finden. Die Abwanderung der entsprechenden Fachkräfte u. a. zu Sanitätshäusern oder zum MDK erschwert die Suche nach entsprechendem Leitungspersonal. Das führt wiederum dazu, dass wegen fehlender Teamleitungen, die notwendige Praxisanleitung für die Auszubildenden schwerer sicherzustellen ist.

Die vom WTG geforderte Fachkraftquote dürfte zukünftig in vielen stationären Pflegeeinrichtungen kaum noch einzuhalten sein.

Insgesamt geht es bei dem Fachkräftemangel auch um die fehlende Attraktivität des Pflegeberufes. So ist die Zunahme von Teilzeitstellen ein Nachteil bei der Suche von Personal. Aber auch Fragen wie z. B. nach der Versorgung der Kinder des Personals (Betriebskindergarten), der Höhe der Vergütung, dem Ansehen des Berufsbildes in der Gesellschaft, den häufig „geteilten“ Diensten bzw. nach der Dienstplanung überhaupt, führen nicht dazu, dass dieses Berufsfeld als anerkannt und attraktiv wahrgenommen wird. Die durchaus hohen qualitativen Anforderungen und Aufgaben des Pflegepersonals werden in der Öffentlichkeit kaum beachtet.

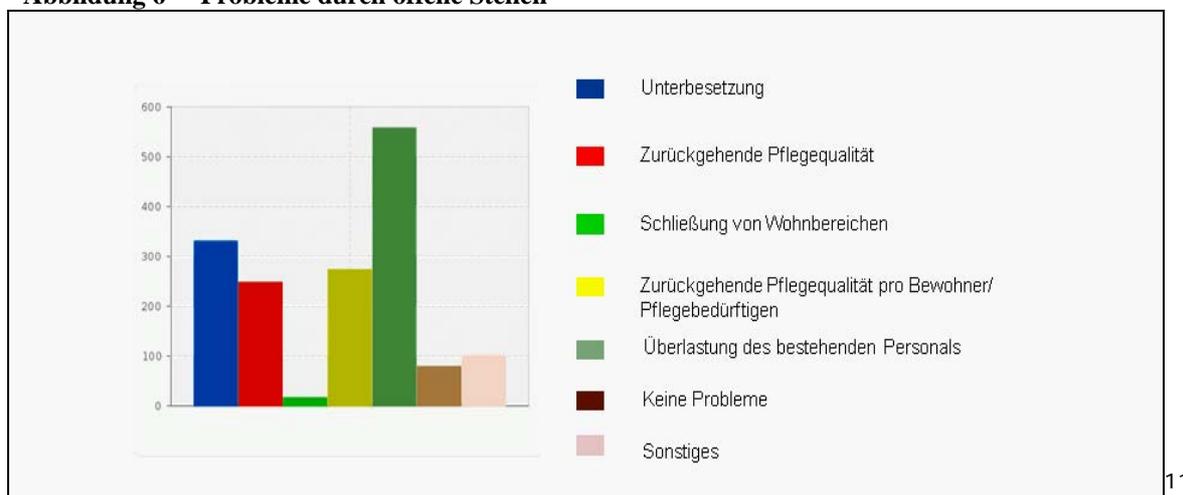
Hinzu kommt, dass aufgrund des Personalmangels das vorhandene Personal möglicherweise überstrapaziert wird. Dies dürfte sich unmittelbar negativ auf die Pflegequalität auswirken.

Dies wird bestätigt durch die Pflegestudie 2011 des Privat Instituts für Transparenz im Gesundheitswesen GmbH, Mannheim:

„Durch offene Stellen treten in den Einrichtungen Probleme auf (s. Abbildung 6). Eindeutig zu erkennen ist das Problem der „Überlastung des bestehenden Personals“. Unter „Sonstiges“ wurden u. a. Probleme wie „Unzufriedenheit der Bewohner und Angehörigen“, „hoher Krankenstand“, „steigende Personalkosten durch Leasingpersonal“ sowie „höhere Fluktuation und Aufbau von Mehrarbeit“ genannt.

Laut Meinung der befragten Teilnehmer resultiert der Fachkräftemangel am stärksten aus dem Grund, dass der Beruf eine „geringe Attraktivität für Jüngere“ hat, gefolgt von „schlechten Verdienstmöglichkeiten“.“

**Abbildung 6 Probleme durch offene Stellen**



11

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege veröffentlicht.

Sie wurden nach Beratung im Fachausschuss „Alter und Pflege“ vom Präsidium des Deutschen Vereins am 14. März 2012 verabschiedet.

Diese Empfehlungen beleuchten Handlungsfelder im Berufsfeld der Altenpflege und ergänzen Fragen der Einbeziehung von bürgerschaftlichem Engagement und der Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger.

Zusammenfassend schreibt der Deutsche Verein zu den Empfehlungen:

„In der Altenpflege werden künftig noch mehr und besser qualifizierte Fachkräfte gebraucht. Um sie zu gewinnen, sind attraktive Rahmenbedingungen nötig, wie bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung, Angebote zur Nachqualifizierung und Auf-

<sup>11</sup> Pflegestudie 2011, Privatinstitut für Transparenz im Gesundheitswesen GmbH, Sept. 2011

---

stiegschancen, gute Arbeitsbedingungen, die den Altenpflegeberuf und den Verbleib im Beruf attraktiver machen sowie der Abbau von Vereinbarkeitshürden. Altenpflege wird künftig vielfältiger, flexibler und individueller organisiert sein. Der Ausbau wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements und die Gestaltung eines intelligenten Hilfe-Mix, die Stärkung primärer Hilfenetze und die Einbeziehung von (qualifiziertem) freiwilligem Engagement sowie eine bessere Begleitung und wirksame Entlastung pflegender Angehöriger bringen neue attraktive Tätigkeitsfelder in der Altenpflege mit sich. Neue Versorgungsformen und -konzepte werden einen breiteren Personal- und Kompetenzmix zulassen.“<sup>12</sup>

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) hat im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) berechnet, dass Ende 2010 in NRW nahezu 3.000 Absolventinnen und Absolventen in den Pflegeberufen fehlten. Im Schwerpunkt wurden rund 2.500 AltenpflegerInnen zu wenig ausgebildet.

In Duisburg existieren 2 Fachseminare (Kath. Fachseminar für Altenpflege Duisburg e.V und Evangelische Gesellschaft für Aus- und Fortbildung in der Pflege Rhein/Ruhr gGmbH – educare - ) mit 11 laufenden Kursen und 256 AbsolventenInnen. Das sind bezogen auf den Regierungsbezirk immerhin 17,3 %. Das Fachseminar für Altenpflege der AWO in Oberhausen bildet auch für den Duisburger Bereich aus.

Entsprechend der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung des Landes vom 10. Januar 2012 sollen alle Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen entsprechend ihrer Größe (durchschnittlich belegte Pflegeplätze bzw. den von den Diensten abgerechneten Punkten) in einen Ausbildungsfonds einzahlen. Wer ausbildet, bekommt die Ausbildungsvergütung vollständig aus dem Fonds erstattet. Dadurch wird ein starker Anreiz für mehr Ausbildung gesetzt. Außerdem wird der von den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten beklagte Wettbewerbsnachteil ausgeglichen. Erstmals sollen die Einrichtungen zum 01.07.2012 in den Ausbildungsfond einzahlen.

Die Betreiber der Altenpflege-Einrichtungen erwarten durch diese „Altenpflegeausbildungs-Umlage“ eine Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze.

---

<sup>12</sup> Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, März 2012,

[https://www.deutscher-verein.de/05-Empfehlungen/bildung/Empfehlungen\\_zur\\_Fachkraeftegewinnung\\_in\\_der\\_Altenpflege](https://www.deutscher-verein.de/05-Empfehlungen/bildung/Empfehlungen_zur_Fachkraeftegewinnung_in_der_Altenpflege)

---

Vertreter der Fachseminare für Altenpflege halten einen zusätzlichen Kurs (ca. 25 Plätze) je Fachseminar für wahrscheinlich. Allerdings werden diese Fachkräfte frühestens 2015/2016 dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Nach Einschätzung des Vorsitzenden im Landesverband freie ambulante Krankenpflege e.V. bilden zur Zeit die ambulanten Dienste in NRW nur im Umfang von rund 1 % der Pflegedienste aus. Grund hierfür ist die fehlende Refinanzierung der entstehenden Kosten, die sich insbesondere kleine Pflegedienste nicht erlauben können. Mit Umstellung auf eine Altenpflegeausbildungs-Umlage könnte es hier, allerdings höchstens langfristig, einen höheren Ausbildungsanteil geben.

Ein großes Problem stellen die sogenannten „Abbrecher“ dar, da diese Ausbildungsplätze in den laufenden Kursen nicht wieder besetzt werden können und somit wertvolle Ausbildungsplätze verloren gehen. Um die Abbrecher-Quote, insbesondere bei den Auszubildenden mit Bildungsgutscheinen des Jobcenters zu verringern, könnte ein intensives vorheriges „Profiling“ sinnvoll sein. Hierzu sind Anbieter der stationären Pflege und das Job-Center derzeit in Gesprächen. Angedacht wird im Vorfeld der Ausbildung u. a. eine stärkere Einbindung in die Praxis durch 3-monatige Praktikas in den Pflegeheimen.

Aufgrund der Qualifizierung die für die Lehrkräfte gefordert wird (Voraussetzung Studium der Pflegewissenschaft), ist es zur Zeit schwierig, entsprechende DozentenInnen für die Fachseminare für Altenpflege zu finden. So hat ein Seminar z. B. zwei Jahre nach geeigneten Lehrkräften gesucht. Eine bedarfsentsprechende Ausweitung der Ausbildungskapazitäten wird hierdurch erschwert.

Von Arbeitgebern der stationären Pflege wird erwartet, dass mit der (Wieder-) Einführung der Altenpflegeausbildungs-Ausgleichsabgabe die Ausbildungsplätze, welche durch die Jobcenter (Bildungsgutschein) zu 2/3 finanziert werden können, weniger von den Trägern abgerufen werden. Dies liegt auch zum Teil an der Qualifikation und Motivation der vermittelten Auszubildenden und daran, dass die Anzahl der Personen, welche die Ausbildung abbrechen, bei den Auszubildenden mit Bildungsgutscheinen höher ist, als bei den anderen.

Die bundesweite „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Pflege“ fördert, für drei Jahre befristet, durch die Arbeitsagentur wieder eine Ausbildung für die gesamte Ausbildungszeit über drei Jahre.

## 6.1 Bestand der Pflegefachkraftausbildung und Weiterentwicklung

Die Sozialverwaltung hat in der ersten Jahreshälfte 2012 eine Befragung aller Duisburger Pflegeanbieter mit dem Ziel durchgeführt, quantitative Erkenntnisse über die derzeitige Ausbildungssituation in den Betrieben zu erhalten. Interessant war dabei, die Frage, ob die Betriebe ihre Bereitschaft auszubilden verändern, da die Altenpflegeausbildungsumlage neue finanzielle Rahmenbedingungen setzt und wie der zukünftige Bedarf an Pflegefachkräften eingeschätzt wird.

Der Rücklauf der Erhebungsbögen belief sich auf 89%, wobei die teil- und vollstationären Einrichtungsbetreiber eine Rückgabequote von 100% und die ambulanten Pflegeanbieter 77% erzielten. Insofern beziehen sich die folgenden Daten auf Angaben zu 61 stationären und 46 ambulanten Pflegeeinrichtungen bzw. 28 und 38 Betreiber in Duisburg. Durch die wenigen fehlenden Rückläufe aus dem ambulanten Bereich würden die unten dargestellten Zahlen nur marginal höher ausfallen, zumal die fehlenden Rückläufe nur kleine Pflegedienste betreffen. Insofern sind die vorhandenen Zahlen belastbar.

In der ambulanten Pflege wird sehr wenig ausgebildet. So bildeten zum Umfragezeitpunkt nur 9 Träger derzeit 15 Personen zu examinierten Pflegekräften aus. Die Verteilung zwischen privat-gewerblichen und frei-gemeinnützigen Anbietern hält sich hierbei die Waage.

Nur 2 der 28 stationären Betreiber bilden nicht aus. Hierbei handelt es sich um Betreiber von Tagespflegeeinrichtungen. Die übrigen 26 Betreiber bilden derzeit 292 Personen zu examinierten Pflegekräften aus.

**Tabelle 1 Bestand an Ausbildungsplätzen in den Pflegeeinrichtungen/-diensten im Frühjahr 2012**

	stationär	ambulant	gesamt
<b>1. Ausbildungsjahr</b>	115	6	121
<b>2. Ausbildungsjahr</b>	91	7	98
<b>3. Ausbildungsjahr</b>	86	2	88

Die Entwicklung der Jahreszahlen suggeriert einen deutlichen Anstieg der Ausbildungszahlen. Zu beachten ist jedoch, dass die Zahl der Ausbildungsabbrecher

Verwerfungen im 2. und 3. Ausbildungsjahr verursachen kann, die quantitativ noch nicht bekannt sein können.

Insgesamt wollen 15 der 28 Betreiber von stationären Einrichtungen in Zukunft wegen der Altenpflegeausbildungsumlage mehr ausbilden als in der Vergangenheit. 20 Träger von ambulanten Pflegediensten haben ebenfalls Ihre Absicht bekundet, Ausbildungsplätze zu erhöhen bzw. einzurichten.

Die Träger wurden gefragt, wie viel Ausbildungsplätze wegen der Umlage voraussichtlich zusätzlich in den Jahren 2012 bis 2016 eingerichtet werden. Obwohl die Einschätzungen der Träger mit zunehmenden Zeithorizont sicherlich höhere Unsicherheiten beinhalten – gerade Betreiber kleinerer Einrichtungen können nur schwer eine langfristige Prognose über den Personalbedarf liefern -, lässt sich festhalten, dass die Umlage zu einer merklichen Verbesserung der Ausbildungswilligkeit führen wird bzw. bereits geführt hat. So sollen demnach schon in den ersten beiden Jahren über 100 zusätzliche Ausbildungsplätze angeboten werden.

**Tabelle 2 Geplante zusätzliche Ausbildungsplätze in den Pflegeeinrichtungen/-diensten**

	stationär	ambulant	gesamt
2012	83	25	108
2013	80	22	102
2014	73	23	96
2015	68	18	86
2016	71	12	83

Vorraussetzung für diese geplanten Ausbildungsplätze sind natürlich die entsprechenden Kapazitäten in den Pflegefachseminaren.

## 6.2 Bedarf an Pflegefachkräften bis 2016

Die Betreiber wurden ebenfalls gefragt, wie sich der eigene Bedarf an Pflegefachkräften in den kommenden Jahren bis 2016 voraussichtlich entwickeln wird.

Die Betreiber stationärer Einrichtungen gaben für die Jahre 2013 bis 2016 eine relativ konstante Größe zwischen 90 und 95 Vollzeitstellenäquivalente an. Lediglich für das Jahr 2012 wurde der Bedarf auf 86 beziffert. Die reine Personenanzahl schwankte dabei zwischen 110 und 121 Personen.

Die ambulanten Pflegeanbieter gaben eine Spanne von 76 bis 83,5 Vollzeitäquivalente und 93 bis 103 Personen an.

Zusammengefasst auf alle abgefragten 5 Jahre ergäbe sich ein Bedarf in Höhe von 1.085 Personen bzw. 862 Vollzeitstellen in der stationären und ambulanten Pflege.

Allerdings sind die Einschätzungen der ambulanten Dienste ab dem Jahr 2014 zurückhaltend (aufgrund mangelnder Vorausschaubarkeit) vorgenommen worden. Somit ist zu unterstellen, dass die Bedarfswerte ab 2014 dadurch höher ausfallen werden.

Eine weitere Unsicherheit stellen die nicht prognostizierbaren und somit im Bedarf auch nicht enthaltenen Zahlen von Berufsaussteigern dar.

Hierdurch könnten sich die vorliegenden Bedarfswerte nochmals über alle Jahre erhöhen.

**Abbildung 7 Bedarf an Pflegefachkräften – umgerechnet in Vollzeitäquivalente**

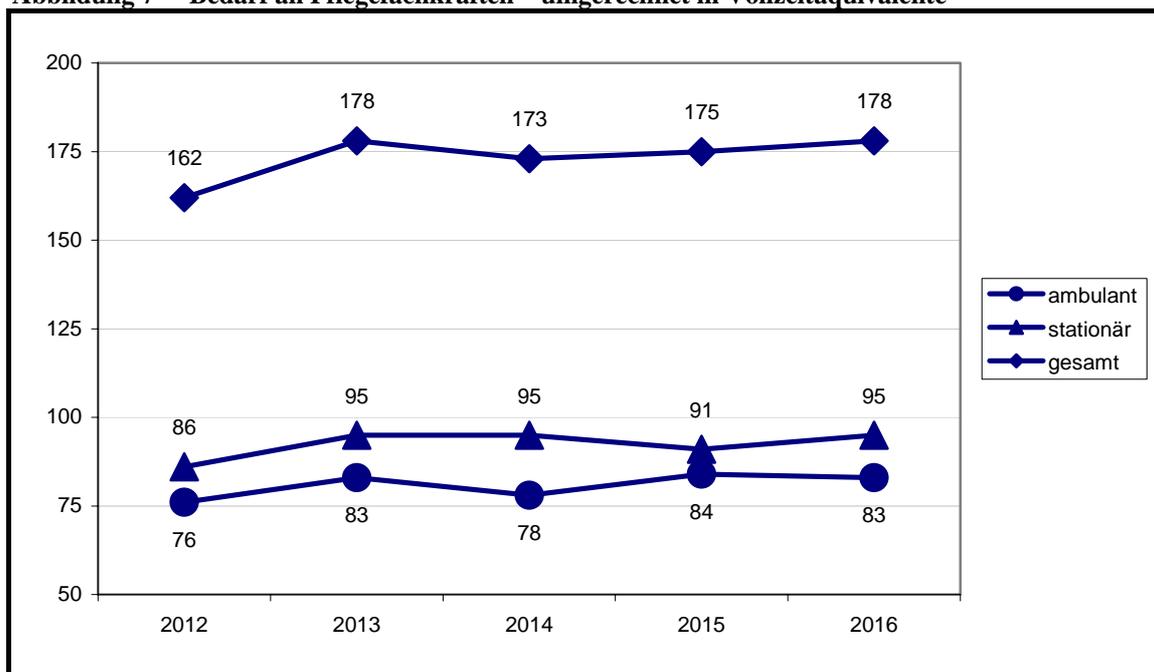
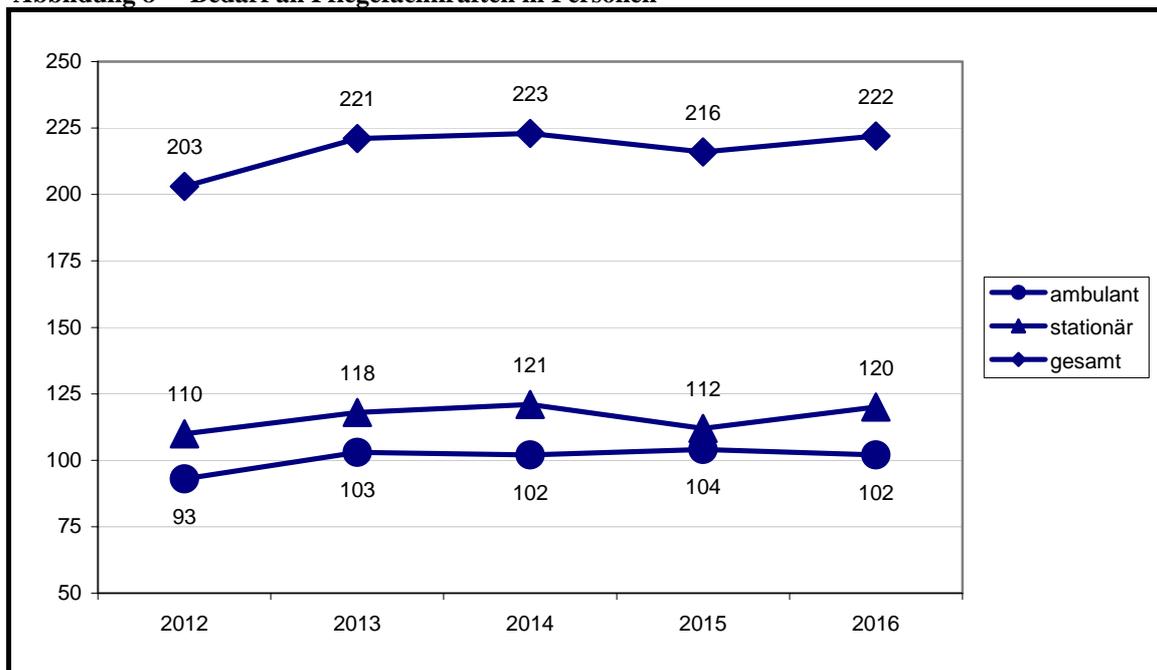


Abbildung 8 Bedarf an Pflegefachkräften in Personen



Hindernisse zur verstärkten Ausbildung von Fachpersonal liegen auch in der Organisation der Ausbildung wie die „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2010“ treffend beschreibt:

„Neben den Finanzierungsverschiebungen bei der Förderung haben sich weitere Änderungen ergeben, die ggf. Auswirkungen auf das Ausbildungsgeschehen in der Altenpflege haben. Mit der Novellierung des Altenpflegegesetzes ergaben sich konkrete Auswirkungen auf die Ausbildungspraxis.

Die Anforderungen an die praktische Ausbildungsqualität (Praktika in Geriatrie/ Gerontopsychiatrie, Praxisanleitung mit erhöhter Ausbildungsleistung) sind entsprechend gewachsen. Sie führen parallel aus Sicht der Einrichtungen jedoch zu längeren Zeiten, in denen der Schüler der Einrichtung selbst nicht zur Verfügung steht. Durch eine veränderte Einstellungs- und Ausbildungspraxis ist zugleich der Klärungs- und Abstimmungsbedarf größer geworden.

Beispielhaft soll dies verdeutlicht werden:

Ein potenzieller Bewerber sucht einen Ausbildungsplatz bei einer Pflegeeinrichtung, die bestehende Kooperationsverträge mit einem bestimmten Fachseminar unterhält. Hat dieses nun keine weiteren Ausbildungsplätze mehr frei, so kann der Interessent trotz vorhandenem Dienstvertrag nicht ohne Weiteres ausgebildet werden, wenn z. B. die Einrichtung die Ausbildung bei einem anderen Fachseminar nicht unterstützt oder mit dem vom Interessenten vorgeschlagenen Fachseminar nicht zusammenarbeiten möchte. Es entstehen so bereits im Vorfeld erhebliche Kommunikations- und Kooperationsleistungen, die sich ggf. bei ein-

---

zelen Einrichtungen dahin gehend auswirken können, dass nicht in dem Maße ausgebildet wird, wie ausgebildet werden könnte.“

Im Jahr 2012 fand, vor diesen Hintergründen, ein „Tag der Pflege“ am 24. September 2012 in Duisburg statt, um den Pflegeberuf mit seinen auch vielschichtigen, verantwortungsvollen und qualifizierten Aufgaben insbesondere für potentielle Bewerber bzw. nach einem Ausbildungsplatz suchende Schülerinnen und Schüler transparent und attraktiv zu machen.

Dieser Tag der Pflege wurde geplant und durchgeführt von der „Zukunftsinitiative Pflege“. In dieser Gruppe arbeiten Vertreter der Kommunalen Gesundheitskonferenz, der Pflegekonferenz, der Duisburger Krankenpflegeschulen, der Fachseminare für Altenpflege, aus Krankenhäusern, aus Einrichtungen der stationären Pflege, der ambulanten Alten- und Krankenpflege, der Agentur für Arbeit und des Jobcenters zusammen.

Im Veranstaltungszentrum „Der kleine Prinz“ besuchten über 300 Schülerinnen und Schüler diesen Tag der Pflege und informierten sich umfassend über die Pflegeberufe.

Wie oben bereits erwähnt, ist es auch ein Problem, Personal zu gewinnen bzw. zu halten, wegen fehlender, an die besonderen Arbeitszeiten der Pflegekräfte angepasster Kinderbetreuungsangebote. Hier könnten Betriebskindergärten, deren Träger aus dem Pflegebereich kommen, Abhilfe schaffen. Evtl. wäre auch ein Trägerverbund eine denkbare Variante, um den Aufwand, der damit verbunden ist, auf mehrere Schultern zu verteilen.

Pressemitteilung des Bundesministeriums vom 30.11.2012:

„Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss weiter voran gebracht werden und dies ist ein wichtiger Schritt, um für Familien und Unternehmen bessere Grundlagen zu schaffen.

Vor dem Hintergrund, dass ab dem nächsten August ein Rechtsanspruch für unter dreijährige Kinder auf einen Kita-Platz besteht und noch etwa 220.000 Plätze fehlen, will das Bundesfamilienministerium Anreize für Unternehmen schaffen, dass diese sich ebenfalls an der Schaffung von Kinderbetreuungsplätzen beteiligen. Um das Konzept für Firmen schmackhaft zu machen, bietet der Staat eine „Anschubfinanzierung“. Diese kann bis zu zwei Jahre gewährt werden. Pro Ganztagesbetreuungsplatz zahlt der Bund 400 Euro im Monat zu den laufenden Betriebskosten. Insgesamt können die Unternehmen während des Förderzeitraums eine Unterstützung von 9.600 Euro pro Betreuungsplatz erhalten. Mit der neuen

---

Fördermaßnahme des Bundes sind Arbeitgeber aller Größen und Branchen angesprochen, die ihren Sitz in Deutschland haben. Auch Körperschaften, Anstalten des öffentlichen und privaten Rechts sowie Stiftungen können sich an dieser Förderung beteiligen. Auch Verbundlösungen von Unternehmen sollen einen Anspruch auf Förderung erhalten.“

## 7. Die Strategie für Wohnen und Arbeiten Duisburg<sup>2027</sup>

Der vorliegende und politisch abgestimmte Entwurf für Wohnen und Arbeiten, Duisburg 2027 wurde im Vorfeld in allen sieben Duisburger Bezirken die Bürgerinnen und Bürger in Bürgerforen vorgestellt und diskutiert. Dort konnten die Bürgerinnen und Bürger die Ansprüche an einen neuen Flächennutzungsplan (FNP) äußern bzw. ihre Wünsche für die Stadtteilentwicklung erläutern.. Die Ergebnisse dieser Foren sind in die Strategie eingeflossen und zeigen, dass die SeniorenInnen in den Bezirken identische Wünsche zur Stadtentwicklung haben. Alle Maßnahmen, die in den Bürgerforen diskutiert und vorgeschlagen wurden, drehen sich um die qualitative Verbesserung des Lebens und Wohnens im Stadtteil. Durch alle 7 Stadtbezirke sind die Wohn- und Lebenswünsche der BürgerInnen für ihren Wohnort (bis auf regionale unterschiedliche Schwerpunkte) identisch. Alle Bezirke hatten folgende Vorschläge zur Stadtentwicklung gemeinsam:

- attraktive Stadtteile,
- Familienfreundlichkeit,
- Möglichkeit zum Austausch, zur Begegnung und zur Kommunikation (auch auf öffentlichen Plätzen),
- Sicherheit durch sozialen Zusammenhalt,
- Integration,
- Generationsübergreifende Kontakte / Projekte,
- Gute Infrastruktur (Nahversorgung),
- Verbesserte Mobilität (ÖPNV),
- Sinnvolle Betätigung (z. B. Ehrenamt),
- Aktive Unterstützung von SeniorenInnen,
- Beratung und soziale Angebote,
- Barrierefreiheit,
- Vielfalt an alternativen, attraktiven Senioren- bzw. Mehrgenerationen-Wohnformen,
- ortsnahe Pflegeangebote und medizinische Versorgung.

Mit ihren Vorschlägen und Wünschen zur Weiterentwicklung der Wohnviertel sind die beteiligten BürgerInnen im Ergebnis recht nah bei den im Kapitel 4 skizzierten Expertenstimmen, Empfehlungen und Leitlinien von Fachverbänden und Politik.

## 8. A U S B L I C K

Seit einigen Jahren berät die Senioren- und Pflegeplanung die Investoren dahingehend, dass stationäre Pflegeeinrichtungen in Duisburg nicht mehr benötigt werden und der Bedarf gedeckt ist.

Vielmehr werden entsprechende (bezahlbare) Seniorenwohnungen mit sozialen Unterstützungs-, Hilfs- oder Pflegeangeboten zum Teil in Kombination mit Tagespflege als zukünftig benötigte Angebote empfohlen.

Inwieweit sich z. B. Gruppen(pflege-)wohnungen als alternative Wohnform zu stationären Pflegeeinrichtungen etablieren werden, ist derzeit noch nicht abschätzbar. Einige ambulant betreute Wohngemeinschaften haben sich ja schon in Duisburg entwickelt.

Grundsätzlich ist der Vorrang der ambulanten Pflege vor der Pflegeheim-Versorgung allerdings nicht nur Aufgabe von Kostenträgern, Kommunen, Pflegekassen oder Politik. Sie kann nur in den Wohnvierteln aktiv umgesetzt werden, wenn diese Aufgabe gesamtgesellschaftlich übernommen und umgesetzt wird. Ohne intakte bzw. hilfreiche Nachbarschaften wird dies kaum realisierbar sein.

Forderungen z. B. nach einer entsprechenden Infrastruktur im Wohnviertel durch die BürgerInnen können aber nur umgesetzt werden, wenn auch eine entsprechende solidarische Haltung gelebt wird. So kann zum Beispiel ein Lebensmittel-Laden im Quartier nur existieren, wenn der Umsatz entsprechend ist. Wenn alle BürgerInnen natürlich auf die „grüne Wiese“ zum kostengünstigen Discounter fahren um ihre Lebensmittel zu besorgen, ist es kein Wunder, wenn die „Tante Emma Läden“ in den Ortsteilen aussterben. Trinkhallen, Tankstellen und fahrende Verkaufsläden scheinen die entstandenen Versorgungslücken ein wenig schließen zu wollen.

Das Gleiche gilt für die Kritik an den sich teilweise auflösenden sozialen Netzen in den Quartieren, wie z. B. die Kirchengemeinden. Der Trend zu den Kirchenausritten ist weit verbreitet und wer geht denn heutzutage noch am Sonntagmorgen zum Gottesdienst oder engagiert sich in der Kirchengemeinde? Die große Masse ist es nicht.

---

Auch hier ist es kein Wunder, wenn Kirchengemeinden schließen und es immer weniger Kirchen in den Ortsteilen gibt. Aber diese Entwicklung ist nur eine logische Konsequenz aus Entwicklungstendenzen der Gesellschaft.

Insofern sind nicht nur die Politik und Institutionen, sondern jedes Individuum gefordert, durch alltägliches, solidarisches Handeln, die Bedingungen für die alternde Gesellschaft positiv zu beeinflussen.

Es wird eine zukünftige Herausforderung für alle sein, wenn das Ziel „Leben und Sterben wo ich hingehöre“ erreichbar bleiben soll.

Die Themen dieses Pflegeplanes werden auch im 7. Altenbericht der Bundesregierung erarbeitet, der 2015 veröffentlicht werden soll. Dies zeigt der folgende Auszug aus der Pressemitteilung vom 26.11.2012 des Bundesfamilienministeriums:

"Gute Netzwerke in der Kommune sind Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter"

„Der Auftrag an die Sachverständigenkommission steht unter der Überschrift: "Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften".

"Das lokale Umfeld hat für den Lebensalltag älterer Menschen eine besondere Bedeutung, denn kommunale Infrastruktur und soziale Netzwerke bestimmen maßgeblich die Qualität des Lebens im Alter mit", so das Ministerium. "Durch den demografischen Wandel findet kommunale Politik für ältere Menschen unter sich verändernden Bedingungen statt. Alterung der Gesellschaft, Veränderung von Familienstrukturen und auch die Binnenmigration stellen die Kommunen insoweit vor neue Herausforderungen."

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Auslastungsgrad der vollstationären Dauerpflege inkl. eingestreuter Kurzzeitpflege in Duisburg in den Jahren 1998 – 1. Hj. 2012 in %	7
Abbildung 2	Auslastungsgrad der vollstationären Dauerpflege exkl. eingestreuter Kurzzeitpflege in Duisburg in den Jahren 1998 – 1. Hj. 2012 in %	7
Abbildung 3	Bevölkerungsvorausberechnung für die Altersgruppe ab 65 Jahre in Duisburg	14
Abbildung 4	Bevölkerungsvorausberechnung für die Altersgruppe ab 80 Jahre in Duisburg	14
Abbildung 5	Bedarfsberechnung pflegerischer Berufe 2010	45
Abbildung 6	Probleme durch offene Stellen	48
Abbildung 7	Bedarf an Pflegefachkräften – umgerechnet in Vollzeitäquivalente	53
Abbildung 8	Bedarf an Pflegefachkräften in Personen	54

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Bestand an Ausbildungsplätzen in den Pflegeeinrichtungen/-diensten im Frühjahr 2012	51
Tabelle 2	Geplante zusätzliche Ausbildungsplätze in den Pflegeeinrichtungen/-diensten	52

## Anhang

### Text des nicht abgeschlossenen Kooperationsvertrages zwischen den Kassen und der Kommune aus dem Jahr 2010:

#### **„Gesetzliche Grundlagen zu Beratungspflichten der Kassen und der Kommune**

Es existieren verschiedene gesetzliche Grundlagen zur Beratungspflicht der Pflegekassen und Kommunen. Nicht zuletzt die mit der Reformierung des SGB XI geschaffene neue Aufgabe der Pflegekassen, sogenannte Pflegestützpunkte zu errichten, macht den Willen des Gesetzgebers deutlich, dass er hierbei auf bestehende, vernetzte, wohnortnahe Beratungsstrukturen zurückgreifen und diese verbessern wollte, indem er die Pflegekassen gesetzlich zur Zusammenarbeit u.a. mit den kommunalen Trägern der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verpflichtet hat.

Sowohl die Pflegekassen, wie auch der örtliche Sozialhilfeträger haben für ihre Leistungsberechtigten entsprechende Beratungspflichten.

Eine Beratungspflicht der Pflegekassen für ihre Versicherten ergibt sich aus § 7 Abs. 2, Satz 1, SGB XI:

*„(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. .... „*

Die Beratungspflicht des Sozialhilfeträgers für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII ergibt sich aus dem dortigen § 11 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1:

*„(1) Zur Erfüllung der Aufgaben dieses Buches werden die Leistungsberechtigten beraten und, soweit erforderlich, unterstützt.*

#### **Individueller Anspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen**

Hiervon abzugrenzen ist der Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI für Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, gegenüber ihrer Pflegekasse. 7 a Abs. 1, SGB XI sieht folgende Aufgaben der Pflegeberatung vor:

*(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflege-*

---

*berater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,*

*1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,*

*2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,*

*3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,*

*4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie*

### **Vorrang der häuslichen Pflege**

Sowohl die Pflegekassen als auch die Stadt sollen mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen (§ 3 SGB XI, implizit § 9 Abs. 2 SGB XII). An dieser Vorgabe sind die Beratungsangebote von Pflegekassen und Stadt ausgerichtet.

### **Trägerunabhängige Pflegeberatung nach dem Landespflegegesetz**

In diesem Kontext geht es in dieser Kooperationsvereinbarung um die Ausgestaltung bzw. Weiterentwicklung der Beratungsangebote i. S. des § 4 PfG NW: *„(1) Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten und über die erforderlichen ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Hilfen zu informieren.*

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

Basis hierfür sind die in Duisburg vorhandenen Beratungsstrukturen. Das auf diese vorhandenen vernetzten und hochqualifizierten Beratungsstrukturen zurückzugreifen ist, bestimmt das § 92 c SGB XI als Aufgabe der von den Pflegekassen einzurichtenden Pflegestützpunkte. Da es in Duisburg nicht zu einer Lösung zur Errichtung eines gemeinsamen Pflegestützpunktes gekommen ist, soll die Zusammenarbeit der Pflegekassen und der vorhandenen Beratungsstellen in Abgrenzung zu den Beratungspflichten nach § 7 SGB XI und § 11 SGB XII und der Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7 a SGB XI mit diesem Kooperationsvertrag geregelt werden.

In Duisburg existiert seit vielen Jahren ein wohnortnahes Beratungsangebot, sowie einige zentrale kommunale Beratungsstellen. Insbesondere hat die Kommune mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege ein entsprechendes inhaltliches und fördertechisches Konzept für die derzeit 16 Begegnungs- und Beratungszentren im gesamten Stadtgebiet entwickelt, welches am gesetzlichen Auftrag ambulant vor stationär anknüpft und das Ziel verfolgt, den Verbleib von pflege- und hilfebedürftigen Menschen in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu sichern. Auf dieser Grundlage soll die vorliegende Kooperationsvereinbarung die Zusammenarbeit der Kooperationspartner weiterentwickeln.

Mithin steht im Mittelpunkt dieser Zusammenarbeit die integrierte, wohnortnahe Beratung und Versorgung von Ratsuchenden und ihren Angehörigen.:

### **Wohnberatungsagentur und Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen**

Die städtischen Beratungsangebote in diesem Arbeitsfeld werden abgerundet durch die Wohnberatungsagentur und die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen.

---

Wohnberatung hat das Ziel, die selbständige Haushaltsführung betroffener Menschen in ihrer Wohnung und in ihrem Wohnumfeld zu erhalten, zu fördern, zu erleichtern oder wieder herzustellen.

Das Aufgabenfeld umfasst:

- Individuelle Information über barrierefreies Wohnen,
- Wohnraumanpassungsberatung mit bautechnischer Begleitung,
- Hilfsmittelberatung,
- Beratung zu Finanzierungsfragen,
- Vermittlung zwischen Vermietern und Handwerkern und
- Fachberatung zum Thema "Wohnungsanpassung für Demenzerkrankte.

Damit unterstützt die Wohnberatung den gesetzlichen Auftrag ambulant vor stationär und bewirkt Einsparungen im Bereich der Hilfe zur Pflege.

In der Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen findet die Beratung nach SGB IX (§ 55) und SGB XII (§ 53 + § 54) statt.

Ziel der Beratung im Sinne der Eingliederungshilfe ist es, die Auswirkung der Behinderung zu mildern, zu beseitigen und den Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Arbeitsmethoden der Beratungsstelle reichen von einer einmaligen Beratung bis hin zur Durchführung von case-management.

## **§ 1 Gegenstand der Vereinbarung**

(1) Diese Vereinbarung regelt die verbindliche Zusammenarbeit und gegenseitige Unterstützung der Kooperationspartner bei der träger- und kassenunabhängigen Beratung von Ratsuchenden und Pflegebedürftigen, die keine Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

(2) Die in Duisburg vorhandenen städtischen bzw. von der Stadt geförderten Beratungsstellen übernehmen im Rahmen ihrer umfassenden trägerunabhängigen Beratung in der Regel kein case-management, weil eine solche intensive begleitende Fallbetreuung prinzipiell Aufgabe der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ist.

---

## § 2 Ziel der Vereinbarung

(1) Mit dieser Kooperationsvereinbarung soll die umfassende Beratung der Ratsuchenden entsprechend dem Grundsatz häuslich vor stationär, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit, weiterentwickelt werden.

Im Rahmen der Beratung wird insbesondere über ambulante, teilstationäre, vollstationäre und komplementäre Hilfen, die erforderlich sind und/oder einen Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung ermöglichen, informiert.

(2) Suchen Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, um Beratung nach, die über eine umfassende trägerübergreifende Beratung hinausgeht, werden die Pflegeberater der jeweiligen Pflegekasse umgehend eingeschaltet und übernehmen die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI. Im Rahmen der Fallübergabe ist der ggf. vorhandene Wunsch des bzw. der Ratsuchenden nach Verbleib in der eigenen Häuslichkeit adäquat zu transportieren und zu unterstützen.

## § 3 Aufgaben der Kooperationspartner

(1) Im Rahmen ihrer gesetzlichen Beratungspflichten übernehmen die Kooperationspartner bzw. die von der Stadt geförderten Träger insbesondere folgende Aufgaben:

- Kranken-/Pflegekassen:
  - Beratung von Versicherten, ihrer Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen i. S. des § 7 SGB XI.
  - Individuelle Beratung von und Hilfestellung für Versicherte/n durch einen Pflegeberater bzw. durch eine Pflegeberaterin i. S. des § 7 a SGB XI.
- Stadt Duisburg:
  - Beratung von Leistungsberechtigten und von alten Menschen in den in § 11 und § 71 SGB XII aufgezeigten Bereichen.

- 
- Trägerunabhängige Beratung von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und ihrer Angehörigen über erforderliche Hilfen i. S. des § 4 PfG NW, ergänzt um
  - Beratung zu und Vermittlung von komplementären Hilfe- und Unterstützungsleistungen.
  - Wohnberatung in dem in der Präambel zu dieser Vereinbarung beschriebenen Sinne.
  - Beratung von Menschen mit Behinderungen i. S. des § 55 SGB IX und der §§ 53 und 54 SGB XII.
  - Begegnungs- und Beratungszentren / Seniorentreffs
  - Trägerunabhängige Beratung von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und ihrer Angehörigen über erforderliche Hilfen i. S. des § 4 PfG NW, ergänzt um
  - Beratung zu und Vermittlung von komplementären Hilfe- und Unterstützungsleistungen sowie um
  - Leistungen i. S. des § 71 SGB XII, die z. B. der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung, den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen.

(2) Zur Beratung unterstützen sich die Kooperationspartner entsprechend der jeweiligen Bedarfe

- durch die verbindliche Benennung von Ansprechpartnern
  - durch gemeinsame Informations- und Kooperationsgespräche
  - durch gegenseitige Nutzung der vorhandenen Datenpools und Printmedien
- zu
- Leistungsangeboten
  - Beratungsangeboten
  - Hilfe- und Unterstützungsangeboten.

(3) Im Rahmen der gegenseitigen Unterstützung nehmen die Kooperationspartner für die umfassende Beratung insbesondere folgende Aufgaben mit Zustimmung des Betroffenen im Einzelfall wahr:

- gegenseitige Information zur aktuellen Versorgungssituation,
- Weitergabe von Informationen / Unterlagen an den zuständigen Kostenträger,
- ggf. gemeinsame Terminwahrnehmung nach Absprache, z. B. in der Häuslichkeit oder in einem Begegnungs- und Beratungszentrum.

Bei Übergabe eines Beratungsfalles, ggf. auch im Beratungsverlauf, zeigen die Kooperationspartner und die Begegnungs- und Beratungszentren/Seniorentreffs gegenseitig insbesondere vorhandene bzw. aktivierbare Hilfe- und Unterstützungspotentiale beispielsweise in Familie und Nachbarschaft, im Wohnumfeld und Wohnquartier auf.

Erkennt der Pflegeberater den Bedarf an Wohnberatung, ist die Wohnberatungsstelle einzuschalten, Hinweise auf die Bedarfslage sollen weitergegeben werden.

Im Rahmen der Zusammenarbeit bei der Beratung von Menschen mit Behinderungen stimmt sich die Pflegeberatung und die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen ab, wer die Fallverantwortung hat und von welcher Stelle welche Maßnahmen eingeleitet werden.

(4) Wie in § 4 Abs. 2 PfG NW vorgesehen, findet die Verständigung über Empfehlungen zur Zusammenarbeit, in der Pflegekonferenz statt. Der Pflegekonferenz wird empfohlen, hierfür einen Arbeitskreis einzusetzen und als Teilnehmer jeweils ein Mitglied auf Vorschlag der Kooperationspartner, der Träger von Begegnungs- und Beratungszentren/Seniorentreffs, der Krankenhaussozialdienste sowie ggf. weiterer Akteure in den Arbeitskreis zu berufen.“

---

## Protokolle der Arbeitskreise der Pflegekonferenz:

### Protokoll der 1. Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung vom 05.10.2011

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privat gewerblichen Anbieter
Herr Harnischmacher (AWO)	Arbeitsgemeinschaft der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Frau Schloemer	Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Selbsthilfe-Gruppen
Herr Toennesen (CW)	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Stoll (CW)	
Herr Olejnik	stellvertr. Amtsleiter des Amtes Soziales und Wohnen
Herr Müller	50-13
Herr Ernst	50-13
Herr Kower	50-13
Frau Sagenschneider	50-13

Herr Müller begrüßte die Anwesenden und erläuterte kurz das Verfahren in Bezug auf die Abstimmung des Pflegeplanes

Anschließend wurde seitens Herrn Ernst die wesentlichen Punkte des übersandten Pflegeplanentwurfes dargestellt.

Der Alterungsprozess verläuft zwar in den Duisburger Stadtteilen unterschiedlich, jedoch ist insgesamt festzustellen, dass 2008 100 jungen Menschen unter 18 Jahren 72 Ältere über 65 Jahre gegenüberstanden. 2027 werden 100 jungen Menschen voraussichtlich 137 Ältere gegenüberstehen.

Aus diesem Grunde bedarf es einer Neuausrichtung der Seniorenpolitik und -planung in Duisburg.

Hierbei sollen auch die Leitlinien des Landes berücksichtigt werden, die folgende Wünsche der Älteren berücksichtigen:

- Selbstbestimmung und Autonomie
- Kontinuität und gesellschaftliche Integration
- Gefühl der Nützlichkeit und des Gebrauchtwerdens

- 
- Erhalt der Lebensqualität
  - ein leicht zugängliches, auf differenzierte Bedarfslagen zugeschnittenes und
  - bezahlbares hauswirtschaftliches und/oder sozialpflegerisches Dienstleistungsangebot

Aus diesen Wünschen resultieren nun die Handlungsfelder des Planes, die sich wie folgt darstellen:

- Wohnen und Quartiersentwicklung
- Nahversorgung
- Haushaltsnahe Dienstleistungen
- Ambulante Pflege/Tagespflege
- Treffpunkte/BBZ/Vernetzung im Stadtteil
- Wohnumfeld und Mobilität

Alle anwesenden Vertreter der Arbeitsgemeinschaften und Anbieter begrüßten die mit dem Plan aufgeworfenen Fragestellungen und attestierten der Verwaltung, damit den richtigen Weg zu beschreiten.

In der anschließenden Diskussion, in der die Anwesenden ihre Standpunkte darlegten, wurde deutlich, dass aufgrund der vielfältigen Aspekte weiterer Gesprächsbedarf bestehe.

Es ergeben sich hier zunächst folgende Schwerpunktthemen:

- Was soll unter dem Begriff „Wohnen im Quartier“ definiert werden?“
- neue Wohnformen
- Fachkräfte/Ausbildung
- Erfolgsquote „ambulant vor stationär“
- Clearing zwischen Krankenhaus und anschließender pflegerischer Versorgung
- Casemanagement zwischen Krankenhaussozialdiensten, BBZ, Beratungsstellen und Pflegekassen

Seitens Herrn Olejnik wird vorgeschlagen, dass zu den o.g. Themen 2 – 3 weitere Sitzungen des Arbeitskreises durchgeführt werden sollen, in deren Verlauf zwei Schwerpunktthemen, die zuvor seitens der Verwaltung vorbereitet würden, beraten werden sollen.

Die Ergebnisse der Sitzungen sollen dann in den Pflegeplan aufgenommen werden.

Die Teilnehmer des Arbeitskreises erklärten sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden und erklärten ihre Bereitschaft zur weiteren Mitarbeit.

Es sollen beim nächsten Treffen die Themen „Fachkräfte/Ausbildung“ sowie „Erfolgsquote ambulant vor stationär“ behandelt werden.

Die Teilnehmer des Arbeitskreises schlugen vor, zu der nächsten Sitzung auch einen Vertreter der Pflegekassen und der Arbeitsverwaltung einzuladen.

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises findet am Freitag, dem 02.12.2011, 9.00 Uhr, Raum rot groß im Konferenz- und Beratungszentrum „Der Kleine Prinz“ statt.

---

## Protokoll der 2. Sitzung des Arbeitskreis Pflegeplanung vom 02.12.2011

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privat gewerblichen Anbieter
Frau Degener	Jobcenter Duisburg
Herr Harnischmacher (AWO)	Arbeitsgemeinschaft der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Schneider (BKK Novitas)	Vertreter der Pflegekassen
Herr Toennesen (CW)	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Olejnik	stellvertr. Amtsleiter des Amtes Soziales und Wohnen
Herr Müller	50-13
Herr Ernst	50-13
Frau Sagenschneider	50-13

Herr Müller begrüßte die Anwesenden und fasste kurz das Ergebnis der letzten Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung zusammen.

Gleichzeitig wies er auf die mit der Einladung versandten Unterlagen hin und schlug vor, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten.

Herr Olejnik schlug vor, den Fragenkatalog noch um folgende Frage zu ergänzen: Welche Förderungsmöglichkeiten haben die Bundesanstalt für Arbeit und das Jobcenter im Rahmen der Ausbildung in der Altenpflege? Soweit bekannt ist, werden von dort nur 2 Jahre der Ausbildung gefördert obwohl die Ausbildung 3 Jahre dauert.

Frau Degener teilte mit, dass seitens des Jobcenters der Bildungszielplan fortgeschrieben wurde. Es werde auch künftig Bildungsgutscheine im Bereich der Altenhilfeausbildung geben, bei denen 2/3 der Ausbildung gefördert werden und 1/3 der Ausbildung durch den Träger der Ausbildung finanziert werden muss. Dieses würde bedeuten, dass bei einer möglichen Einführung der Altenpflegeumlage bei der Ausbildung aufgrund eines Bildungsgutscheines 2 Jahre durch das Jobcenter und ein Jahr durch das Land NRW gefördert werden.

Herr Toennessen machte darauf aufmerksam, dass das Land voraussichtlich die Ausbildungsplätze aufgrund der Einführung der Altenpflegeumlage in den einzelnen Einrichtungen kontingentieren werde.

Herr Harnischmacher teilte mit, dass in den 5 Häusern der AWO z.Zt. 16 Ausbildungsplätze vorhanden sind, wobei 3 – 4 Plätze von Auszubildenden mit Bildungsgutschein besetzt sind.

Er erwartet, dass durch die Einführung der Altenpflegeumlage mehr Auszubildende eingestellt werden können.

Herr Toennessen betonte, dass die Anzahl der Personen, die die Ausbildung abbrechen, bei den Auszubildenden mit Bildungsgutscheinen höher ist als bei den anderen.

Er schlägt vor, dass die Träger beim Profiling der Bewerber, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, stärker beteiligt werden.

So könnte z.B. im Rahmen der Eignungsfeststellung ein längeres Praktikum erfolgen.

Auch sollten Personen, die im Rahmen einer Förderung des Arbeitsamtes bzw. Jobcenters eine Pflegehelferausbildung gemacht haben, bei Eignung die Möglichkeit gegeben werden, eine staatliche anerkannte Pflegeausbildung durch Fördermittel anzuschließen.

In der Öffentlichkeit wird das Berufsfeld „Altenpflege“ z.Zt. kritisch gesehen. Für viele kommt eine Bewerbung um einen Ausbildungsplatz in diesem Bereich erst in Betracht, wenn andere Berufswünsche nicht realisiert werden konnten.

Im Bereich der Altenpflege sind viele Auszubildende mit Migrationshintergrund anzutreffen.

Es müsste hier seitens aller Beteiligten Bestrebungen geben, dass das Berufsbild der Altenpflege in der Öffentlichkeit ein höheres Ansehen gewinnt.

Viele Auszubildende in den Einrichtungen werden aus den Teilnehmern des FSJ bzw. wurden aus dem Bereich der früheren Zivildienstleistenden gewonnen, da hier die Einrichtungen die Möglichkeit hatten, einen Einblick in die Fähigkeiten des Einzelnen zu gewinnen.

Auch teilte Herr Harnischmacher mit, dass die Anforderungen in der Ausbildung gestiegen sind, da sich der Anteil der Arbeiten im Bereich der Organisation erhöht habe.

Herr Cohrs gab zur Kenntnis, dass weniger als 1 % der privat-gewerblichen Anbieter einen Ausbildungsplatz zur Verfügung stellen, da hier die Kosten für den Betrieb einfach zu hoch sind.

Er gehe jedoch davon aus, dass nach Einführung der Altenpflegeumlage ca. 20 % - 30 % der privat-gewerblichen Anbieter einen Ausbildungsplatz zur Verfügung

stellen werden. Deshalb wäre es wichtig, dass auch die privaten Anbieter an dem Profilingprozess der Bewerber beteiligt werden.

Herr Toennessen teilte mit, dass ein weiterer Ausbildungskurs bei educare sofort angeboten werden könnte, sofern die Finanzierung gesichert wäre. Das Anbieten mehrerer zusätzlicher Kurse wäre nicht möglich, da zu wenig hauptamtliche Fachkräfte, die über ein pflegepädagogisches Studium verfügen, vorhanden sind. Hierzu beigetragen hat u.a. auch die Abwanderung vieler Fachkräfte in den Controllingbereich (z.B. MDK).

Sollte es durch die Einführung der Altenpflegeumlage zu einer wachsenden Ausbildungsbereitschaft der Einrichtungen und der privaten Anbieter kommen, so wäre es schwierig, diese aufgrund der begrenzten Plätze in den Fachseminaren völlig abzudecken.

In Bezug auf die heutige Ausbildungslage schlägt Herr Toennessen vor, ein gemeinsames Gespräch zwischen Vertretern der Einrichtungen, der ambulanten Pflegedienste und der Arbeitsverwaltung zu führen.

Frau Degener sagt zu, diesen Vorschlag im Jobcenter weiterzugeben.

Ziel des Gespräches wäre es, die Chancen für die Bewerber mit Bildungsgutscheinen zu verbessern, so dass dann nach begonnener Ausbildung die Abbrecherquoten gesenkt werden können.

Herr Harnischmacher und Herr Toennessen erklären übereinstimmend, dass nach Einführung der Altenpflegeumlage das Interesse an Bewerbern mit Bildungsgutscheinen seitens der Einrichtungen zurückgehen wird, da die Refinanzierung durch die Umlage gesichert ist.

Herr Cohrs geht davon aus, dass durch die Einführung der Altenpflegeumlage der Fachkräftemangel ca. 2016/2017 spürbar zurückgehen werde.

Bezogen auf die Pflegeplanung der Stadt Duisburg schlägt Herr Toennessen vor, dass hier zum Einen die jetzige Situation geschildert werden soll, zum Anderen soll auch ein Ausblick auf die zukünftige Entwicklung gegeben werden.

Auch sollte hier Duisburg nicht nur isoliert betrachtet werden.

Herr Olejnik schlug vor, dass im Pflegeplan das Thema Ausbildung ausführlich behandelt werden soll, ggfls. kann hier auch ein Signal an die Landesregierung gegeben werden.

Es soll hier eine Bestandsaufnahme der z.Zt. vorhandenen Ausbildungsplätze in den Einrichtungen erfolgen.

Gleichzeitig sagte Frau Degener zu, die Anzahl der Auszubildenden mit Bildungsgutscheinen zu übermitteln.

Herr Müller sagte zu, dass seitens der Verwaltung ein entsprechender Textentwurf für den Pflegeplan vorbereitet wird.

Der AK Pflegeplanung beschloss, die Themen „Fachkräfte“ sowie „Erfolgsquote ambulant vor stationär“ in der nächsten Sitzung des Arbeitskreises weiter zu behandeln.

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises findet am Dienstag, dem 24.01.2012, 11.00 Uhr, Raum Rot groß im Konferenz- und Beratungszentrum „Der Kleine Prinz“ statt.

---

### **Protokoll der 3. Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung vom 24.01.2012**

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Hanischmacher (AWO)	Arbeitsgemeinschaft der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Toennessen (CW)	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Olejnik	stellvertr. Amtsleiter des Amtes Sozia- les und Wohnen
Herr Müller	50-13
Herr Ernst	50-13
Herr Kower	50-13
Frau Sagenschneider	50-13

Herr Müller begrüßte die Anwesenden und fasste kurz das Ergebnis der letzten Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung zusammen.

Herr Olejnik teilte mit, dass Frau Bestgen-Schneebeck erneut die Arbeitsverwaltung wegen eines Arbeitsmarktgespräches angesprochen hat. Dieses solle nun in absehbarer Zeit erfolgen.

Herr Toennessen berichtete, dass das Jobcenter noch keinen Kontakt mit ihm aufgenommen habe.

In Bezug auf die zugesandten Unterlagen des Projektes Fachkräftesicherung teilte er mit, dass sich seiner Meinung nach aufgrund dieses Projektes die Zahl der Auszubildenden im Pflegebereich nicht erhöhen wird, da hier nur eine 50% Förderung stattfindet. Die weiteren 50 % sind vom jeweiligen Träger aufzubringen, was von dort schwer zu leisten sei.

Herr Tonnessen vertrat die Auffassung, dass sich die Ausbildungsbereitschaft aufgrund der erfolgten Einführung der Altenpflegeumlage sowohl bei den stationären als auch bei den ambulanten Trägern erhöhen werde.

In diesem Zusammenhang schlug er vor, eine Abfrage bei den ambulanten und auch stationären Pflegediensteanbietern durchzuführen, um zu erfahren, welche Bereitschaft zur Ausbildung von Fachkräften hier nun gegeben sei.

Dabei solle insbesondere folgende Frage geklärt werden:

Wie viele ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen bilden z.Zt. aus, wie viele werden ab dem 01.07.2012 ausbilden bzw. wie viele werden ab dem 01.07.2012 mehr ausbilden?

Herr Toennesen weist darauf hin, dass das Land NRW aufgrund der Einführung der Altenpflegeumlage voraussichtlich das Kontingent der geförderten Auszubildenden um 1000 – 1500 erhöhen wird.

Das Fachseminar edu.care wird voraussichtlich einen 3. Kurs anbieten, eine weitere Aufstockung ist aufgrund des Lehrkräftemangels nicht möglich.

Herr Harnischmacher teilte mit, dass auch das AWO-Fachseminar in Oberhausen die Kurszahl aufstocken werde, jedoch fehle es hier ebenfalls an Lehrkräften.

Es stellt sich hier insgesamt die Frage, wie hoch der Bedarf an Fachkräften im stationären und ambulanten Bereich sowie in den Tagespflegeeinrichtungen ist. Nach kurzer Diskussion wird seitens des Arbeitskreises folgende weitere Fragestellung befürwortet, die an die entsprechenden Einrichtungen zu stellen ist:

Wie schätzen Sie in den nächsten 3 Jahren den Bedarf an Pflegekräften an hand der Fluktuation des letzten Jahres ein?

Anschließend wurde kurz über das Thema „Fachkraftquote“ diskutiert.

Der Arbeitskreis kam zu dem Ergebnis, dass dieses Thema hier nicht abschließend geklärt werden kann.

Hier sei die Heimaufsicht gefordert, die ggf. situativ prüfen muss, in wie weit sie in einer Einrichtung die Absenkung der geforderten Fachkraftquote in Höhe von 50 % zulässt.

Es stelle sich dann hier die Frage, ob eine Einrichtung, in der die Fachkraftquote gesenkt wurde, über noch ausreichende Kräfte verfügt, um Ausbildungsplätze bereit zu stellen und die notwendige Praxisanleitung zu gewährleisten.

In diesem Zusammenhang verwies Herr Müller auf die Initiative eines Herrn Toppel, Krankenpflegeschule am Evgl. und Johanniter Klinikum Ndrh., der angeregt hatte, einen Tag der Pflege durchzuführen.

Ziel dieser Initiative soll es sein, Schüler für den Pflegeberuf zu interessieren und den Ruf der pflegerischen Berufe in der Bevölkerung zu verbessern.

---

Das Vorgespräch zum Tag der Pflege soll in Duisburg am 12.03.2012, 14.00 Uhr, im Konferenz- und Beratungszentrum „Der Kleine Prinz“ stattfinden.

Herr Olejnik wies darauf hin, dass das Angebot von CW und AWOCura an der Optimierung des Profiling für die Bewerber mit Bildungsgutscheinen mitzuarbeiten von Arbeitsamt und Jobcenter noch nicht aufgegriffen worden sei.

Herr Harnischmacher geht davon aus, dass die Zahl der Auszubildenden mit Bildungsgutscheinen aufgrund der Einführung der Altenpflegeumlage sinken werde. Herr Toennessen zeigte sich weiterhin an der Einstellung dieses Personenkreises interessiert.

Seitens des Arbeitskreises wurde nun das Thema ambulant vor stationär behandelt.

Herr Toennessen und Herr Harnischmacher berichteten, dass im ambulanten Bereich z.Zt. Nachfragen von Patienten nicht berücksichtigt werden können und sogar abgewiesen werden müssen, da nicht ausreichend Personal vorhanden sei.

Herr Ernst fasste kurz das Konzept ambulant vor stationär der Stadt Duisburg zusammen.

So werde hier durch eine frühzeitige Beratung versucht, eine Heimunterbringung möglichst zu verhindern bzw. zumindest herauszuzögern.

Im Rahmen des Benchmarkings für das Jahr 2010 der 16 großen Großstädte Deutschlands für die kommunalen Leistungen nach dem SGB II liegt die Stadt Duisburg bei der ambulanten Quote dennoch im unteren Bereich des Vergleichs. Es stellt sich die Frage, welche Gründe hierfür gegeben sind.

Nach einer kurzen Diskussion werden Vermutungen geäußert, dass in vielen Fällen kein ausreichendes soziales Umfeld, z.B. durch eine funktionierende Familienstruktur gegeben ist, um eine ausreichende Versorgung der Betroffenen durch die ambulante Pflege und die Inanspruchnahme der weiteren niederschweligen Angeboten zu gewährleisten.

Hier müsste ein besseres Wohnumfeld geschaffen werden, um z.B. den längeren Verbleib in der eigenen Wohnung möglich zu machen.

Im Rahmen des Benchmarkings sind nur die Fälle aufgeführt, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten.

Eventuell ist in den aufgelisteten Städten die Einkommensstruktur eine andere als in Duisburg, so dass dort z.B. weniger Sozialhilfeempfänger vorhanden sind.

Eindeutige Gründe für die vergleichsweise schlechte ambulante Quote konnten in der Erörterung allerdings nicht identifiziert werden. Herr Olejnik sicherte zu, das Thema zunächst amtsintern weiter aufzubereiten.

Herr Toennesen gab zu bedenken, dass auch im Krankenhaus ein umfassendes Beratungsangebot vorhanden sein muss, um auf die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung statt einer stationären Unterbringung hinzuweisen.

Herr Harnischmacher teilte mit, dass hier auch die demographische Entwicklung eine immer größere Rolle spiele. Die Personen, die heute im Heim aufgenommen werden, sind durchschnittlich 5 Jahre älter als noch vor einigen Jahren. Somit sind auch die pflegenden Angehörigen älter als früher.

Der Arbeitskreis beschloss, folgende Themen in der nächsten Sitzung zu besprechen:

- Ergebnis der Umfrage bezüglich des Bedarfs an Pflegekräften im stationären und ambulanten Bereich
- Neue Erkenntnisse zur ambulanten Quote?
- Clearing zwischen Krankenhaus und anschließender pflegerischer Versorgung
- Casemanagement zwischen Krankenhaussozialdiensten, BBZ, Beratungsstellen und Pflegekassen

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises findet am Mittwoch, dem 14.03.2012, 10.00 Uhr, Raum 700, Amt für Soziales und Wohnen, Schwanenstr. 5-7, 47051 Duisburg statt.

---

## **Protokoll der 4. Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung vom 14.03.2012**

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privat gewerblichen Anbieter
Herr Fromm	Duisburger Krankenhaussozialdienste
Herr Harnischmacher	Arbeitsgemeinschaft der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Toennessen (CW)	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Stoll (CW)	
Herr Müller	50-13
Herr Ernst	50-13
Herr Kower	50-13
Frau Sagenschneider	50-13

Herr Müller begrüßt die Anwesenden und fasst den Verlauf der letzten Sitzungen des Arbeitskreises zusammen.

In diesem Zusammenhang schlug er vor, in der nächsten Sitzung die Themen Wohnen im Quartier und neue Wohnformen zu behandeln.

Herr Ernst berichtete, dass zum Stichtag 01.02.2012 eine erste Umfrage in den stationären Einrichtungen durchgeführt wurde.

In 36 Einrichtungen sind z.Zt. 240 Auszubildende, wovon sich 98 im 1. Ausbildungsjahr, 83 im 2. Ausbildungsjahr und 59 im 3. Ausbildungsjahr befinden, beschäftigt.

Es werde eine 2. detaillierte Umfrage erfolgen, bei der sowohl die stationären Einrichtungen inkl. Kurzzeit- und Tagespflege als auch die ambulanten Pflegeeinrichtungen zur Zahl der derzeitigen Auszubildenden, der Änderung der Ausbildungsplätze aufgrund der Einführung der Altenpflegeausbildungsumlage sowie des Bedarfs an Pflegepersonal befragt werden.

Herr Cohrs schlug vor, zur Erhebung der neuen Auszubildenden im Juli 2012 den LVR zu befragen, da zum 01.07.2012 dort alle abgeschlossenen Ausbildungsverträge gemeldet sein müssen.

Anschließend berichtete Herr Müller vom am 12.03.2012 erfolgten Treffen zur Vorbereitung eines Tages der Pflege in Duisburg.

---

Der „Tag der Pflege“ soll am 24.09.2012 in Duisburg in den Räumen des Konferenz- und Beratungszentrum „Der Kleine Prinz“ stattfinden.

Im Rahmen dieser Veranstaltung wollen sich die Fachseminare für Altenpflege und die Krankenpflegeschulen sowie Anbieter von Pflegeleistungen präsentieren. Mit dem Programm des Tages sollen insbesondere Schüler realistische Informationen über pflegerische Berufe erhalten und motiviert werden, sich ggf. auf die vorhandenen Ausbildungsplätze zu bewerben.

Das genaue Programm soll in einem weiteren Treffen am 09.05.2012 besprochen werden.

Herr Cohrs wies darauf hin, dass auch die ambulanten Dienste ausbilden. Dieses sei den Schülern, die einen Ausbildungsplatz in der Pflege suchen, kaum bekannt.

Herr Müller schlug nun vor, über die Themen Casemanagement und Clearing zu sprechen.

Alle Anwesenden waren sich darüber einig, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Stellen wie Krankenhaussozialdienst, Altenberatung, Pflegekassen, stationäre Einrichtungen, ambulante Pflegedienste usw. verbessert werden muss.

Die Schnittstellen zwischen den in Duisburg tätigen Beratungsakteuren sind nicht verbindlich geregelt. Der Arbeitskreis empfiehlt dringend, die Schnittstellen mit den beteiligten Institutionen zu beschreiben und die Übergänge transparent zu vereinbaren.

Herr Toennessen gab zu bedenken, dass in Duisburg die Einrichtung von Pflegestützpunkten wie auch die Einführung eines einheitlichen Überleitungskonzeptes gescheitert seien.

Er bat um die Erläuterung des Konzeptes der Seniorenberatung durch die Begegnungs- und Beratungszentren ab Januar 2013.

Herr Ernst teilte mit, dass es ab dem 01.01.2013 23 statt bisher 16 Begegnungs- und Beratungszentren geben wird. 1 BBZ ist für 1 – 3 Stadtteile zuständig.

Es werde durch die entsprechenden Träger in jedem BBZ eine halbe Vollzeitstelle eingerichtet, die auch für die Seniorenberatung zuständig sei.

Die städtische Altenberatung wird es in der bisherigen Form ab dem 01.01.2013 nicht mehr geben. Hier werde nur noch eine Stelle vorhanden sein, die sich mit der Aufbreitung von Daten (z.B. Älter werden in Duisburg) beschäftige und Kontaktstelle für die BBZ darstelle.

In den BBZ solle eine trägerunabhängige Beratung erfolgen.

Herr Müller teilte mit, dass ein Controlling der Beratungen durch die Stadt schon seit Einführung des neuen BBZ-Konzeptes (2004) existiere.

---

Herr Fromm befürwortete die Dezentralisierung der Beratung. Er sieht die Problematik in einem fehlenden strukturierten Casemanagement.

Da der „Arbeitsauftrag“ für einen Sozialarbeiter im Krankenhaus mit der Entlassung beendet sei, müsste hier ein übergeordnetes Casemanagement geschaffen werden, um eine entsprechende Versorgung des Patienten sofort nach der Krankenhausentlassung sowohl bei einer eventuellen ambulanten Pflege als auch bei einer stationären Unterbringung zu gewährleisten.

Herr Cohrs schlug vor, in diesem Zusammenhang nicht mehr von Casemanagement sondern von einem Netzwerk zu sprechen, dass weiter aufgebaut werden muss. Dieser Auffassung schlossen sich auch Herr Toennessen und Herr Harnischmacher an.

Herr Schneider fragte, wie die Erreichbarkeit der Seniorenberatung in den BBZ künftig geregelt sein werde.

Herr Ernst erläuterte, dass die tägliche Erreichbarkeit im Rahmen des Leistungsvertrages zwischen Verwaltung und Trägern der BBZ festgelegt wurde.

Auch sei daran gedacht, auf den Internetseiten der Stadt Duisburg entsprechende Informationen, wie z.B. den Zuständigkeitsbereich und die Erreichbarkeit der einzelnen BBZ zu veröffentlichen. Auf diese Materialien können dann die Bürger, Pflegekassen, Pflegeanbieter usw. zurückgreifen. Das Callcenter der Stadt Duisburg solle ebenfalls die Anrufer informieren können, welches BBZ für welchen Stadtteil zuständig ist.

Seitens der Teilnehmer des Arbeitskreises wurde insgesamt festgestellt, dass jeder Träger zur Verbesserung bzw. zum weiteren Aufbau eines entsprechenden Netzwerkes seinen Beitrag leisten solle.

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises findet am Montag, dem 23.04.2012, 10.00 Uhr, Raum rot groß im Konferenz- und Beratungszentrum „Der Kleine Prinz“ statt.

---

## **Protokoll der 5. Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung von 23.04.2012**

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Fromm	Duisburger Krankenhaussozialdienste
Herr Harnischmacher	Arbeitsgemeinschaft der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Schneider	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen
Herr Toennessen	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege
Herr Stoll	aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Herr Müller	50-13
Herr Ernst	50-13
Herr Kower	50-13
Frau Sagenschneider	50-13

Herr Müller begrüßte die Anwesenden und teilte mit, dass in der Sitzung der Pflegekonferenz am 18.04.2012 beschlossen wurde, einen Arbeitskreis Beratung zu bilden.

Die erzielten Ergebnisse dieses Arbeitskreises sollen ebenfalls in den Pflegeplan aufgenommen werden.

In der heutigen Sitzung des Arbeitskreises Pflegeplanung soll über die Themen Wohnen im Quartier und neue Wohnformen diskutiert werden.

Herr Müller teilte des weiteren mit, dass die Befragung sowohl an die ambulanten Pflegeeinrichtungen als auch die stationären Einrichtungen inkl. Kurzzeit- und Tagespflege übersandt worden sind.

Das Ergebnis der Umfrage soll in den Pflegeplan einfließen.

Im Rahmen der Einladung zur Sitzung wurde jeweils ein Textentwurf zu den Themen Fachkräftemangel und ambulant vor stationär übersandt.

Es werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

a) Textentwurf Fachkräftemangel

Herr Toennessen schlägt vor, zu der fehlenden Attraktivität auch die Gründe zu nennen.

Der Satz „Hier scheint es Handlungsbedarf zu geben“ soll entweder gestrichen

oder es sollten Vorschläge zum Handlungsbedarf gemacht werden.

Auch soll es heißen:

„Aufgrund der Qualifizierung die für die Lehrkräfte gefordert wird (Vor aussetzung Studium der Pflegewissenschaft), ist es **zur Zeit** schwierig, entsprechende DozentenInnen für die Fachseminare für Al tenpflege zu finden.

Herr Schneider schlägt vor, „Die Abwanderung der entsprechenden Fachkräfte zum MDK **und anderen Institutionen** erschwert die Suche nach entsprechendem Leitungspersonal.“ zu schreiben.

#### b) Textentwurf ambulant vor stationär

Es soll heißen:

Kritisiert wird, dass diese Information manchmal erst kurz vorher die entsprechenden Stellen erreicht, was dazu führt, dass dann natürlich kaum noch das Nötige organisiert werden kann.

Anfang 2010 wurde der langwierig ausgehandelte Kooperationsvertrag (als Alternative zu Pflegestützpunkten) zwischen Kommune und den Kassen nicht mehr als erforderlich angesehen.

Herr Fromm bat um Erläuterung, ob der § 7a SGB XI (Pflegeberater) tatsächlich angewandt wird.

Herr Schneider bestätigte, dass hier ein Rechtsanspruch seitens der Versicherten gegeben sei.

Die entsprechenden Änderungen sollen in den Pflegeplan eingearbeitet werden.

Herr Müller verwies auf den Textentwurf des Pflegeplanes zum Thema Wohnen im Quartier.

Die Mitglieder des Arbeitskreises stimmten dem Entwurf zu.

Herr Toennessen gab zu bedenken, dass der Quartiersgedanke in der heutigen Gesellschaft eine geringere Rolle spiele als in früheren Jahren.

Dieses resultiert z.T. auch aus der gestiegenen Mobilität der Gesellschaft.

Im Hinblick auf das Leben in Wohngruppen teilte Herr Toennessen mit, dass hier eine geringe Nachfrage bestehe.

---

Oft wäre es so, dass die Zusammensetzung einer Wohngruppe nicht durch die Betroffenen sondern z.B. durch behördliche Stellen oder Angehörige erfolge.

Auch finden sich für diese Wohnform immer weniger private Investoren.

Herr Harnischmacher stimmte diesen Ausführungen zu.

Herr Toennessen regte an, den Pflegeplan um einen Textbaustein zu ergänzen aus dem hervorgeht, dass bei der Schaffung von Wohnraum jeglicher Art, die internen Abstimmungswege einer Behörde besser aufeinander abgestimmt werden sollen.

Herr Fromm schlug vor, für Investoren in Duisburg Anreize in Form von Empfehlungen zu geben, Wohnraum altengerecht zu gestalten.

Herr Toennessen bemerkte, dass ohne die Wohlfahrtspflege im Bereich des barrierefreien Wohnens wenig Initiativen gegeben wären.

Auch solle der Politik der Hinweis gegeben werden, dass Wohngeldgesetz dahingehend zu ändern, dass bei Senioren insgesamt, die eine barrierefreie Wohnung anmieten wollen, eine höhere Mietobergrenze akzeptiert werde.

Herr Müller teilte mit, dass der Pflegeplan in den o.g. Bereichen überarbeitet werde.

Die Vorberatungen des Pflegeplanes im Arbeitskreis Pflegeplanung sind abgeschlossen, weitere Vorberatungen werden im Arbeitskreis Beratung stattfinden.

---

## Protokoll der 1. Sitzung des Arbeitskreises Beratung vom 21.05.2012

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privaten Pflegeanbieter
Frau Eichhorn	Diakonisches Werk
Herr Fromm	Duisburger Krankenhaussozialdienste
Herr Grimm	Deutsches Rotes Kreuz
Frau Isensee	PariSozial Duisburg
Herr Kleinwächter	Caritasverband Duisburg
Herr Rothe	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen (AOK Rheinland/Hamburg)
Herr Schneider	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen (BKK Novitas)
Frau Tobias	AWO BBZ Karl-Jarres-Str.
Herr Tönshoff	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen (AOK Rheinland/Hamburg)
Herr Ernst	Amt für Soziales und Wohnen
Frau Heinrich	-    -
Herr Kower	-    -
Herr Müller	-    -
Frau Sagenschneider	-    -
Frau Schenk	-    -
Herr Wolf	-    -

Herr Müller verwies auf die mit der Einladung versandten Unterlagen, die Aufschluss darüber geben, warum der AK Beratung einberufen wurde.

Nach einer kurzen Diskussion waren sich alle Anwesenden einig, dass jeder in seinem Bereich über ein ausreichendes Netzwerk verfügt, jedoch die Verknüpfungen zu anderen Bereichen noch ausbaufähig sind.

Folgende Bereiche sollen in diesem Zusammenhang besonders betrachtet werden:

- präventive Beratung

- 
- Krankenhausentlassung
  - Krankenhausentlassung ohne Pflegestufen
  - Krankheit oder Mobilitätseinschränkung
  - Alleinstehende/Akutfälle
  - Heimunterbringung

Der AK Beratung beschließt, diese Themen in kleinen Arbeitsgruppen aufzuarbeiten.

Dabei sollen folgende Fragestellungen erläutert werden:

- Beschreibung der Problemfälle
- Schnittstellen/Akteure
- Was fehlt?

Es werden insgesamt fünf Arbeitsgruppen gebildet, die wie folgt besetzt werden:

**präventive Beratung**

Frau Eichhorn, Herr Ernst, Herr Kleinwächter

**Krankenhausaufenthalt/- entlassung**

Herr Cohrs, Herr Fromm, Frau Isensee, Herr Tönshoff

**Krankheit/Mobilitätseinschränkung**

Herr Grimm, Frau Heinrich, Herr Rothe, Frau Schenk, Frau Tobias,  
Frau Wunderlich

**Alleinstehende/Akutfälle**

Frau Eichhorn, Herr Ernst, Herr Wolf, Frau Wunderlich

**Heimunterbringung**

Herr Müller, Herr Toennessen, Herr Tönshoff

Die Arbeitsgruppen werden die o.g. Fragestellungen erläutern und Ergebnisse in der nächsten Sitzung des Arbeitskreises Beratung präsentieren.

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises Beratung findet am Dienstag, den 01.08.2012, 10.00 Uhr, Amt für Soziales und Wohnen, Raum 700, Schwanenstr. 5-7, 47051 Duisburg statt.

---

## Protokoll der 2. Sitzung des Arbeitskreises Beratung vom 01.08.2012

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privaten Pflegeanbieter
Frau Eichhorn	Diakonisches Werk
Herr Grimm	Deutsches Rotes Kreuz
Frau Isensee	PariSozial Duisburg
Herr Rothe	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen (AOK Rheinland/Hamburg)
Frau Dr. Schimanski	AWO Duisburg
Herr Schneider	Vertreter der Duisburger Kranken- und Pflegekassen (BKK Novitas)
Frau Tobias	AWO BBZ Karl-Jarres-Str.
Herr Toennessen	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Frau Wunderlich	Alzheimer Gesellschaft sowie Sozialarbeit Wohnungsgesellschaft
Frau Danes	Amt für Soziales und Wohnen
Herr Ernst	-    -
Herr Müller	-    -
Frau Sagenschneider	-    -

Herr Müller fasste zu Beginn der Sitzung nochmals den Auftrag der Pflegekonferenz zusammen, der wie folgt lautet:

Die Pflegekonferenz beauftragt den Arbeitskreis Beratung, sich mit diesem Thema zu beschäftigen und hierzu die entsprechenden Vertreter aller tangierten Beratungsbereiche in Duisburg einzuladen.

Die Aufgabe des Arbeitskreises solle die Klärung der vorhandenen Schnittstellen unter Berücksichtigung der zukünftigen BBZ-Strukturen ab 01.01.2013 und dem damit verbundenen Wegfall der kommunalen Senioren- und Pflegeberatung beinhalten.

Dabei soll die 2010 nicht zustande gekommene Kooperationsvereinbarung zwischen den Pflegekassen und der Stadt in die Beratungen einfließen.

Die Ergebnisse des Arbeitskreises sollen im Pflegeplan berücksichtigt werden.

Im übrigen verwies er darauf, dass sich alle in der Sitzung des Arbeitskreises Beratung vom 21.05.2012 gebildeten Arbeitsgruppen zwischenzeitlich getroffen haben.

Die Protokolle der Arbeitsgruppen Krankenhausaufenthalt/-entlassung, Krankheit/Mobilitätseinschränkung sowie Heimunterbringung liegen vor und wurden bereits an die Mitglieder des Arbeitskreises übersandt.

Frau Eichhorn teilte mit, dass das Protokoll der kombinierten Arbeitsgruppe präventive Beratung/Alleinstehende/Altfälle ebenfalls fertig gestellt sei und nun durch die Geschäftsstelle der Pflegekonferenz an die Mitglieder des Arbeitskreises Beratung verschickt werden solle.

Anschließend berichteten die Vertreter der einzelnen Arbeitsgruppen über die von ihnen erzielten Ergebnisse.

Im Rahmen der nachfolgenden Diskussion wurde seitens der Mitglieder des Arbeitskreises festgestellt, dass die Bildung von „Beratungspartnerschaften“, die mit einem entsprechenden Konzept ausgestattet werden müssen, als Möglichkeit zur Verbesserung des Beratungsangebotes angesehen werden kann.

Herr Toennessen regte an, dass die Beratungspartnerschaften nicht zwischen den Leitungsebenen der einzelnen Organisationen und Verbände geschlossen werden, sondern durch diejenigen, die direkt in die Beratungstätigkeit eingebunden sind. Er schlug in diesem Zusammenhang vor, dass, wie von der Arbeitsgruppe Heimunterbringung vorgeschlagen, zunächst eine regional begrenzte „Pilotphase“ in die maximal zwei bis drei Begegnungs- und Beratungszentren einbezogen werden, durchzuführen.

Herr Ernst regte an, das Thema Beratungspartnerschaften in der nächsten Sitzung des Arbeitskreises offene Altenhilfe der AG der Duisburger Wohlfahrtsverbände, die am 14.09.2012 stattfindet, zu besprechen.

Es sollen hier dann auch die drei Begegnungs- und Beratungszentren (evtl. Nord/Süd/West) bestimmt werden, die am Pilotprojekt teilnehmen sollen.

Die Festlegung der Zielsetzung der Beratungspartnerschaften sowie die Ausarbeitung der Struktur eines Konzeptes zur Verbesserung der Beratungstätigkeit soll in der nächsten Sitzung des Arbeitskreises Beratung, die am Freitag, dem 21.09.2012, 10.00 Uhr, Amt für Soziales und Wohnen, Raum 700, Schwanenstr. 5-7, 47051 Duisburg, stattfindet, erfolgen.

---

### Protokoll der 3. Sitzung des Arbeitskreises Beratung vom 09.10.2012

An der Sitzung des Arbeitskreises nahmen teil:

Frau Dr. Bruder	MDK Nordrhein
Herr Cohrs	Arbeitsgemeinschaft der privaten Pflegeanbieter
Frau Eichhorn	Diakonisches Werk
Herr Grimm	Deutsches Rotes Kreuz
Frau Klein	AWO Duisburg
Herr Kleinwächter	Caritasverband Duisburg
Herr Stoll	Anbieter teilstationärer/stationärer Pflege aus dem Bereich der Duisburger Wohlfahrtsverbände
Frau Tobias	AWO BBZ Karl-Jarres-Str.
Herr Ernst	50 – 13
Herr Müller	50 – 13
Frau Sagenschneider	50 – 13
Frau Schenk	50 – 13

Herr Müller fasste kurz den Auftrag der Pflegekonferenz zusammen.

Wie aus dem Protokoll der letzten Sitzung des Arbeitskreises Beratung hervorgeht, sollte zwischenzeitlich eine Sitzung der AG offene Altenhilfe stattfinden, in der die Standorte (BBZ) für die Pilotprojekte bestimmt werden sollten.

Die AG offene Altenhilfe hatte in ihrer Sitzung vorgeschlagen, die Pilotprojekte an sieben Standorten durchzuführen.

Nach einer kurzen Diskussion beschloss der AK Beratung, dass im Rahmen des Pilotprojektes zunächst nur drei Standorte einbezogen werden sollen.

Es werden folgende BBZ vorgeschlagen:

Meiderich, Auf dem Damm 8 (BBZ der Diakonie)

Buchholz, Sittarsberger Allee 34 (BBZ des Caritasverbandes)

Homburg, Moerser Str. (BBZ der AWO)

Es wurde nochmals darauf hingewiesen, dass sich die beiden in der Pflegekonferenz vertretenden Kranken- und Pflegekassen, AOK Rheinland/Hamburg und BKK

---

Novitas bereit erklärt haben, im Rahmen des Pilotprojektes als zentrale Ansprechpartner mitzuarbeiten.

Die Verwaltung wird seitens des Arbeitskreises gebeten, im Namen der Pflegekonferenz die weiteren größeren Kranken- und Pflegekassen (Barmer GEK Knappschaft, DAK, IKK classic etc.) anzuschreiben, damit von dort die entsprechenden Ansprechpartner zur Beratungstätigkeit benannt werden.

In der letzten Sitzung des AK Beratung wurde angeregt, dass nun eine Festlegung der Zielsetzung der Beratungspartnerschaften sowie die Ausarbeitung der Struktur eines Konzeptes zur Verbesserung der Beratungstätigkeit erfolgen soll. Aus den in der heutigen Sitzung festgelegten Eckpunkten wurde seitens der Verwaltung ein Konzept für die Pilotphase entwickelt, das als Anlage zu diesem Protokoll zur Abstimmung an die Mitglieder des Arbeitskreises ebenfalls per Mail übersandt wird.

Wird diesem Konzept seitens des Arbeitskreises zugestimmt bzw. ergeben sich nur geringfügige Änderungen, so wird es den Mitgliedern der Pflegekonferenz im Rahmen der Einladung zur nächsten Sitzung des Gremiums im November übersandt.

Sollte durch den Arbeitskreis keine Zustimmung erteilt werden bzw. sollten sich gravierende Änderungen ergeben, so wird kurzfristig eine erneute Sitzung des Arbeitskreises Beratung einberufen.

---

## Protokoll AG Krankheit und Mobilitätseinschränkung

Anwesende:

Fr. Tobias AWO, Hr. Grimm DRK, Hr. Rothe AOK Rheinland/Hamburg, Fr. Heinrich Stadt Duisburg, Fr. Schenk Stadt Duisburg

Ort: Konferenz und Beratungszentrum „Der kleine Prinz „

Zeit: 10.00-11.45 Uhr

Protokollant: F. Schenk

### Ausgangslage:

**Es entsteht eine Pflegesituation durch Krankheit oder Mobilitätseinschränkung. Es entstehen Probleme in der häuslichen Versorgung, Betreuung und Pflege.**

### Erste Ansprechpartner (Akteure machen was)

**Hausarzt** berät zum Krankheits- bzw. Behinderungsbild und verweist zumeist den Patienten/die Angehörigen an weitere Ansprechpartner z.B. Kranken-/Pflegekassen; seltener erfolgt eine aktive Vermittlung.

**Krankenkassen/ Pflegekassen mit Pflegeberatern** beraten zur häuslichen Pflege, Pflegehilfsmitteln, Leistungen der Pflegekasse

**Call Duisburg- Seniorenberatung** Information über Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, allgemeine Beratung zu Haushaltsnahen Dienstleistungen, Freizeit und Kontaktmöglichkeiten siehe Seniorenwegweiser.

**Pfarrer der Gemeinde** verweist auf ihm bekannte Beratungsangebote z.B. BBZ Seniorenberatung Stadt Duisburg, Sozialstation oder Kranken-/Pflegekassen

**Sozialstation im Stadtteil** Pflegeberatung zur ambulanten Pflege und ergänzenden Hilfsangeboten Malzeitendienste, amb. Versorgung etc.

---

**Begegnungs und Beratungszentrum BBZ** im Stadtteil quartiersbezogene auch aufsuchende Beratung rund um das Thema Senioren Alltagbewältigung, Freizeitgestaltung, Pflege, Wohnen.

### **Wünschenswertes für die Zukunft und Möglichkeiten des Zusammenwirkens**

- Benennen, auflisten der bereits vorhandenen „Runden Tische“ Kooperationstreffen Konferenzen in den verschiedenen Stadtteilen, um besser über die Angebote im Stadtteil informiert zu sein (praktische Angebote Haushaltsauflösungen wer macht was? Freizeitangebote)
- Online Version „Älter werde in Duisburg“ sollte laufend aktualisiert werden. Dazu ist die Rückmeldung der Institutionen nötig sobald Veränderungen auftreten.
- Austauschforum im Internet für Berater zu allen Fragen rund um Senioren in Duisburg. Zugang für Berechtigte.
- Übersichtliche Quartiersdarstellung in der Öffentlichkeit, im Internet mit den Standorten der BBZs
- Praktische Hilfe (Wohnungsauflösung, Hilfe bei Vermüllung etc) Konkrete Ansprechpartner.
- Seniorenhotline als Schnittstelle für Alle. Der Mitarbeiter der Hotline stellt verbindlich Kontakte zu Beratungsstellen her und kontrolliert das Ergebnis.
- Kürzere Bearbeitungsdauer bei Pflege-/ Betreuungsanträge

---

## **Protokoll AK Beratung, Thema: Heimunterbringung, 18.06.2012**

Teilnehmer:

Herr Fromm, Herr Toennessen, Herr Tönshoff, Herr Sobczak, Herr Müller

### **Beratung**

Das bei Pflegeheimbewohnern steigende Durchschnittsalter und die tendenziell kürzer werdende Aufenthaltsdauer der Bewohner wurden als Indiz dafür gesehen, dass im Regelfall die Entscheidung in ein Heim zu ziehen das Ergebnis fehlender ambulanter Versorgungsalternativen ist. Etwa 60 % der Aufnahmen ins Pflegeheim erfolgen nach vorlaufendem Krankenhausaufenthalt.

Auch bei den verbleibenden 40 % der Menschen, die in ein Pflegeheim ziehen, ist im Regelfall erkennbar, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen bekannt sind oder sogar temporär vor der Entscheidung des Einzuges in ein Pflegeheim genutzt wurden.

Beratungsdefizite bei den Betroffenen sind in nennenswertem Ausmaß nicht erkennbar.

### **Flankierende Maßnahmen**

Als günstig wurde von den Arbeitskreismitgliedern eingeschätzt, dass die Kurzzeitpflege, sofern sie einer endgültigen Entscheidung eines Einzuges in ein Pflegeheim vorgeschaltet wird, die Entscheidungsfindung positiv beeinflussen kann. Dies gilt insbesondere anschließend an einen Krankenhausaufenthalt, mit oftmals nicht eindeutig zu stellender Prognose in Bezug auf die mögliche Regeneration. Dringend empfohlen wird, dass die Sozialleistungsträger offensiv den Erhalt der Wohnung sichern sollten, sofern es ggf. mittelfristig die Prognose gibt, dass der Gesundheitszustand eine Perspektive zulässt, die eine eigenständige Lebensführung – ggf. mit ambulanter Unterstützung-, nach stationärem Betreuungszeitraum zulässt. Ergänzend sollten die Möglichkeiten nach einem stationärem Aufenthalt bei günstiger Prognose einen Hausstand zu gründen, offensiv genutzt werden.

### **Einrichten von regionalen Beratungspartnerschaften**

Als Beitrag zur Verbesserung der Vernetzung der im Beratungsbereich tätigen Akteure empfiehlt die Gruppe die Überprüfung, ob regionale Beratungspartnerschaften gebildet werden können. Denkbar wäre z.B. bezogen auf das Stadtgebiet Nord (nördlich der Ruhr), Süd und West. Anstrebenswert wäre diese Part-

---

nerschaften über das gesamte Stadtgebiet einzurichten, aber auch die Durchführung einer zunächst regional begrenzten „Pilotphase“ wurde als denkbare Vorgehensweise erachtet.

Das Konzept:

Eine Anzahl BBZ´s in einer Region kooperieren mit **einer** Kasse (stellvertretend für alle) und einem Krankenhaus (stellvertretend).

Die Kooperation erfolgt durch 2-4 jährlichen Treffen. Darüber hinaus können die Kooperationspartner z.B. auf den Einzelfall bezogene oder sonstige Themen telefonisch oder in Form von Besprechungsterminen kommunizieren.

In den Treffen der Beratungspartner wird:

- Informationsaustausch betrieben
- die Zusammenarbeit verbindlich geregelt und
- die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit abgestimmt

Synergien mit ggf. bestehenden Regionalkonferenzen sind erwünscht.

---

**Treffen der Arbeitsgruppe „Krankenhausaufenthalt und – entlassung“ im Auftrag des Arbeitskreises „Beratung“ der kommunalen Pflegekonferenz am 10.07.2012 im BBZ Mevissenstr., Neuenkamp**  
**hier: Ergebnisprotokoll**

**Teilnehmer:** Herr Fromm (KSD Helios Klinikum), Herr Cohrs (ambulante Pflegedienste), Herr Rothe (AOK Rheinland/Hamburg), Frau Isensee (Leitung BBZ), Herr Ernst (50-13)

Schon im Jahr 2000 hat die kommunale Pflegekonferenz einen Pflege- Überleitungsbogen entwickelt und verabschiedet. Da dieser kaum Beachtung in der Praxis fand, wurde 2010 dieser erneut mit den Geschäftsführungen der Duisburger Kliniken erörtert. Ein Konsens wurde nicht gefunden. Deshalb ist die Pflegeüberleitung in Duisburg strukturell und institutionell nicht verankert.

Unterschiede bestehen in den jeweiligen Personengruppen mit oder ohne Pflegestufe. Z. B. ist es etwas anderes, wenn ein Patient (ohne Pflegestufe) mit einem Beinbruch nach Hause entlassen wird oder ein alleinstehender Patient (mit Pflegestufe) mit Demenz nach Schlaganfall in seine Wohnung entlassen wird.

Es bestehen in kleinräumigen bzw. in persönlichen Bezügen entsprechende Kooperationen und Vernetzungen zwischen verschiedenen Akteuren wie KSD, Pflegediensten, Seniorenberaterinnen, Sozialstationen u.ä. Diese sind der Regel stets personenabhängig.

Eine strukturierte übergreifende Vernetzung und Kooperation der entsprechenden Institutionen existiert jedoch in diesem Bereich nicht.

Insbesondere wurde kritisch angemerkt, dass äußerst wichtige Informationen (wie MRSA) von den entlassenden Krankenhäusern an die Pflegedienste gar nicht weitergegeben werden.

Die Rolle der Pflegeberater gem. § 7 a, SGB XI wurde qualitativ ganz unterschiedlich bewertet, da es Kassen gibt, die ausgebildetes Fachpersonal hierfür vorhalten und wiederum Kassen die keine bzw. Verwaltungskräfte damit betrauen. Es wird auch nicht immer ein Hausbesuch angeboten. Also je nach Kasse ist dieser gesetzliche Anspruch auf Pflegeberatung sehr gut bis gar nicht geregelt.

Für den ratsuchenden Pflegebedürftigen ist es also „Glückssache“ ob seine Kasse gute oder gar keine Pflegeberatung anbietet, obwohl hier ein Rechtsanspruch besteht.

Die Pflegekassen könnten – ergänzend oder als Ersatz – die Möglichkeiten der Überleitung, Pflegeberatung und individuellen häuslichen Schulungen durch die ambulanten Pflegedienste nutzen (§ 45 SGB XI).

Erörtert wurde, inwieweit eine „Suchmaschine“ der städt. Seniorenberatung für Angehörige und BeraterInnen hilfreich sein könnte.

Die AOK bietet dieses schon an in ihrer Internetpräsenz. Der AOK Pflege-Navigator hilft bei der Suche nach Pflegedienste wie auch nach Heimen! Daneben wird den Kunden eine Pflege-Hotline für alle Fragen zur Pflege/Betreuung angeboten, die 24 Stunden täglich/ 365 Tage jährlich erreichbar ist; quasi eine Rundum-Versorgung, aber nur für AOK Versicherte.

Seitens der Sozialverwaltung wurde informiert, dass diese personal- und kostenintensive Internetpräsenz schon vor einiger Zeit geprüft und aus haushaltstechnischen Gründen nicht eingeführt wurde.

Einig waren sich alle Teilnehmer darüber, dass aufgrund der bestehenden Erfahrungen mit den verschiedenen Systemen, ohne große Kraftanstrengungen, keine allgemeingültigen Entwicklungen bzw. Weiterentwicklungen im Konsens möglich sind ( z. B. Pflegeüberleitung, s. o. )

Pragmatische Lösungsansätze können jedoch kleinräumige Versorgungsnetze und Pflegeüberleitungsprozesse darstellen. In überschaubaren (örtlichen) Bezügen sollten die entsprechenden Akteure (BBZ-Leitungen, Kranken-/ Pflegekassen, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen etc.) kooperieren und sich vernetzen.

Deshalb wurde die praktische Empfehlung gemacht, einen ersten Austausch, im 1. Hj. 2013 am Fachtag der BBZ-Leitungen anzustoßen und sich zunächst mit den Krankenhaus-Sozialdiensten zu treffen. Dabei sollte auch jeweils gegenseitig darüber informiert werden, wer welche Aufgaben hat und wo die Grenzen der Kooperation sein werden.

---

**AG - Präventive Beratung / Akutberatung 6.7.2012**

Teilnehmende:

Fr. Eichhorn (Diakonie), Fr. Wunderlich (Hamborner-WOGE),

Hr. Wolf (Stadt Duisburg), Hr. Kleinwächter (Caritasverband)

Protokoll: H.-G. Kleinwächter

**Präventive Beratung**

Prävention ist das Wissen von Möglichkeiten, wo es wenn nötig Hilfe gibt.

Prävention beinhaltet aber auch möglichst gute die Vorbereitung auf den „Notfall“

Dabei muss Prävention möglichst frühzeitig sein

„Kümmert Euch darum, wenn ihr noch darüber lacht“

Dieses Wissen von Möglichkeiten kann u.a. vermittelt werden...

- In den BBZ´s (Informationsveranstaltungen, Infomaterial)
- In den BBZ´s durch Bildung von sozialen Netzwerken
- In den BBZ durch Beratung
- Durch Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Internet)
- In Vereinen, kirchl.Gemeinden, Bürgervereine usw.
- Durch die Pflegeberatung der Kassen
- Durch die Beratung durch die Kommune
- Durch die Wohnungsbaugesellschaften

Die Prävention richtet sich dabei an

- Mögliche Betroffene (Z.B. Alleinstehende)
- Angehörige, Nachbarn, Freunde
- Vereinsvorsitzende, MitarbeiterInnen in Gemeinden. Netzwerke usw.
- Vermieter
- Die allgemeine Öffentlichkeit

Durch falschen Scham oder Desinteresse (Verschiebung auf Später) wird eine Präventive Beratung erschwert.

Hier kann z.B. die Leitung eines BBZ als bekannte Vertrauensperson in den Quartieren präventive Brücken bauen.

## Akutberatung

### Definition

Wir haben den Terminus hier verwandt, wie sich dieses aus den geplanten Verträgen der BBZ ergibt.

Als Akutfälle werden alle Fälle erfasst, die von der Stadt, anderen Institutionen oder Einzelpersonen an die BBZs herangetragen werden und wo die BBZs tätig sein müssen, um eine schwierige Situation kurzfristig zu lösen.

Akutfälle sind:

- Prekäre Lebens-Situationen alter Menschen, die in kürzester Zeit behoben werden müssen-.
- Dies können u.a. sein:
- „Vermüllte“ Wohnungen, verwaarloster Pflegezustand, akute Gesundheitsbedrohung, Selbst- und/oder Fremdgefährdung, Orientierungslosigkeit, massive Vereinsamung, schwere Depression, Gewalt in der Pflege und vieles mehr.

### Verfahrensschritte

Hier kann das BBZ als Clearingstelle genutzt werden-

Im Sinne des Caremanagement

Verbindliche Standards/Verfahrensweisen müssen festgelegt und den Beratenden z.B. durch Schulungen vermittelt werden.

(Beispiel: Notaufnahme ins Altenpflegeheim)

Die Möglichkeiten und Grenzen der Akutberatung müssen deutlich gemacht werden.

### Partnerschaften

Dabei sollten „Regionale Beratungspartnerschaften“ entstehen

Mögliche Beratungspartner sind dabei u.a.

- Die BBZ
- Die ambulante Pflege
- Die Pflegekassen
- Die kommunalen Behörden und Dienste
- Gesundheitswesen, Krankenhäuser, Hausärzte
- Die Wohnungsunternehmen
- Die Seelsorge
- Polizei, Feuerwehr

### Controlling/Dokumentation

---

Die Akutberatung mit ihren Verfahrensschritten, Partnerschaften usw. sollte eine von den Beteiligten nutzbare Dokumentation haben und sich im Controlling der BBZ widerspiegeln.