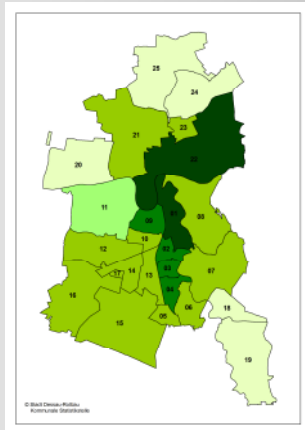
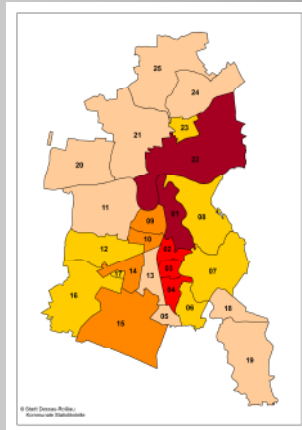


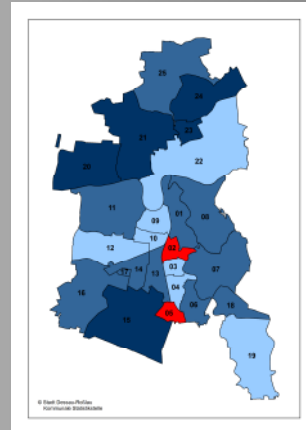
Demografie



Pflegebedarf



Pflegepotenzial



Leben mit Pflege

Pflegestrukturplanung für die Stadt Dessau-Roßlau



Fachamt

Amt für Soziales und Integration
der Stadt Dessau-Roßlau

Dessau-Roßlau 2012

Postanschrift

Stadt Dessau-Roßlau
Amt für Soziales und Integration
Zerbster Str. 4
06844 Dessau-Roßlau

Telefon: (0340) 204 20 50
Fax: (0340) 204 21 50
eMail: sozialamt@dessau-rosslau.de
Internet: www.dessau-rosslau.de

Der Nachdruck (auch auszugsweise) ist nur mit Genehmigung des Herausgebers und Quellenangabe gestattet.

Hinweis:

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

Inhalt *Seite*

- 1. Vorwort 5**
- 2. Einleitung 6**
 - 2.1 Methodik 7
 - 2.2 Leseart der Planung 9
- 3. Demographische Entwicklung 10**
 - 3.1 Bevölkerung in der Gesamtstadt Dessau-Roßlau 10
 - 3.2 Bevölkerung in den Stadtbezirken 12
 - 3.3 Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung 17
- 4. Entwicklung des Pflegebedarfs 18**
 - 4.1 Pflegebedürftige 18
 - 4.1.1 Pflegebedürftige in der Gesamtstadt 18
 - 4.1.2 Pflegebedürftige in den Stadtbezirken 20
 - 5.2 Demenzerkrankungen 21
 - 5.3 Auswirkungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) auf die Pflegebedarfszahlen 22
 - 5.4 Hilfe zur Pflege SGB XII 23
 - 5.5 Tendenzen in der Entwicklung des Pflegebedarfs 24
- 5. Pflegestruktur – Bestandsaufnahme 25**
 - 5.1 Ambulante Pflege 25
 - 5.1.1 Angehörigenpflege 25
 - 5.1.2 Ambulante Pflegedienste 27
 - 5.1.3 Pflegeunterstützende Leistungen 30
 - 5.2 Teilstationäre Pflege 34
 - 5.3 Stationäre Pflege 35
- 6. Wohnen und Pflege 39**
- 7. Entwicklungsstrategien 44**
 - 7.1 Pflegeprävention 45
 - 7.2 Verringerung des Pflegebedarfs 47
 - 7.3 Pflegefreundliche Sozialräume 50
 - 7.4 Entwicklung neuer ambulanter Pflegearrangements 52
 - 7.5 Individualisierung und Öffnung der stationären Pflege 56
 - 7.6 Pflegemonitoring 61
 - 7.7 Pflegeforum 62
- 8. Berichterstattung 62**
- 9. Fortschreibung 62**

Anlagen:

- Anlage 1: Pflegestrukturkompass 2012
Anlage 2: Altenpflegeheime – Pflegebetten, Bevölkerung und Pflegebedürftige in den Stadtbezirken
Anlage 3: Pflegenoten der ambulanten Pflegedienste
Anlage 4: Pflegenoten der stationären Pflegeeinrichtungen
Anlage 5: Definitionen: Wohnformen im Alter und bei Behinderung
Anlage 6: Datenblätter zum Pflegemonitor

Vorwort

Die Lebenserwartung der Menschen in unseren Regionen hat sich in den letzten einhundert Jahren fast verdoppelt. Lag noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts das Durchschnittsalter der Bevölkerung bei 49 Jahren, so hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung heute auf 85 Jahre erhöht. Diese positive Entwicklung hat auch zur Veränderung gängiger Altersbilder beigetragen. Senioren leben heute zunehmend selbstbestimmt, sind mobil und beteiligen sich aktiv am Leben in ihrer Umgebung und ihrer Mitmenschen.

Und dennoch: der Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung geht auch mit der Zunahme der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen einher. Insbesondere Menschen im hohen Lebensalter sind häufiger auf Pflege angewiesen. Im Jahr 2009 waren 2,67 Prozent aller Einwohner unserer Stadt pflegebedürftig – davon hatten 60 Prozent das 80. Lebensjahr erreicht.

Die Familien tragen die wesentliche Verantwortung für die Pflege ihrer Angehörigen. Bereits heute gehört die Pflege in vielen Familien und Seniorenhaushalten zum Alltag. Aber auch die Familienstrukturen und die familiäre Solidarität befinden sich im Wandel. Immer häufiger wird Pflege nicht mehr als Familienaufgabe gesehen oder kann aus verschiedenen Gründen nicht mehr als solche realisiert werden. Die auch dadurch wachsende Zahl der allein lebenden Senioren und Pflegebedürftigen stellt die Pflege vor neue Herausforderungen.

Seit 1994 unterstützt die Pflegeversicherung Pflegebedürftige und pflegende Angehörige durch einkommensunabhängige Leistungen. Sie hält Teilleistungen für Teilbedarfe vor, bietet jedoch keine Vollversorgung. Insbesondere für altersspezifische Erkrankungen, wie die Demenz, fehlten bislang entlastende Hilfen. Mit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz des Bundes sollen nunmehr die Leistungen der Pflegeversicherung konsequenter auf die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen ausgerichtet werden. Damit diese Leis-

tungen wirksame Entlastung für Betroffene schaffen, müssen entsprechende Pflegestrukturen vorgehalten und entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund wird die Lebenssituation Pflegebedürftiger

zukünftig ganz wesentlich davon abhängen, wie die Qualität der Infrastruktur vor Ort entwickelt ist und wie Pflegebedürftige in soziale Netzwerke eingebunden sind.

Die meisten älteren Menschen und auch Pflegebedürftige wünschen sich, möglichst lange eigenständig und selbstbestimmt in vertrauter Umgebung wohnen bleiben zu können. Die Themen Wohnen und Pflege sowie Pflege und Teilhabe werden somit immer weiter ins Zentrum kommunaler Daseinsfürsorge rücken. Wie und in welcher Qualität sich die Pflege in unserer Stadt entwickeln kann, wird unter anderem von kommunalen Planungsprozessen abhängen. In Ausführung der Handlungsempfehlungen der Sozialplanung der Stadt Dessau-Roßlau aus dem Jahr 2010 wird mit der vorliegenden Pflegestrukturplanung erstmals für den Bereich der Pflege ein Rahmenkonzept bis zum Jahr 2017 vorgelegt. Die Stadt Dessau-Roßlau wird die Umsetzung der Planungen als Moderator und Netzwerkpartner begleiten.

Ich lade alle Akteure im Bereich der Pflege, des Wohnens und der Teilhabe dazu ein, sich aktiv an der Gestaltung der Pflegelandschaft in unserer Stadt zu beteiligen.

Dr. Gerd Raschpichler

Beigeordneter für Gesundheit, Soziales und Bildung



2. Einleitung

Mit dem Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz¹ hat das Land Sachsen-Anhalt Landkreise und Städte beauftragt, jeweils für ihr Gebiet eine Analyse der Pflegestruktur vorzunehmen. Insbesondere hat

■ die Feststellung des Bestandes an ambulanten Diensten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen unter Berücksichtigung von Erkenntnissen zu geeigneten barrierefreien Wohnungen für Seniorinnen und Senioren und

■ die Planung von Maßnahmen im Rahmen der kommunalen Zuständigkeit, die zur Anpassung an die tatsächliche Entwicklung der pflegerischen Versorgung erforderlich sind, auch unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von Frauen und Männern

zu erfolgen. Zusätzlich ist im Rahmen der kommunalen Zuständigkeit für die Vernetzung des Angebotes zu sorgen.

Die Stadt Dessau-Roßlau geht mit der vorliegenden Planung über den Rahmen dieses gesetzlichen Auftrages hinaus. Erstmals wird ein Rahmenkonzept zur Entwicklung einer bedarfsorientierten Pflegelandschaft in Dessau-Roßlau bis zum Jahr 2017 vorgelegt.

Unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten und den sich ändernden Voraussetzungen in der Pflege sollen in enger Zusammenarbeit und durch Vernetzung mit lokalen Akteuren der Pflege, der Wohnungswirtschaft, der Wirtschaft, und den Anbietern sozialer Dienstleistungen nachhaltige Bedingungen und Voraussetzungen für pflegefreundliche Sozialräume geschaffen werden.

Damit agiert diese Planung in Übereinstimmung mit den *Seniorenpolitischen Leitlinien des Landes Sachsen-Anhalt*² und folgt den Intensionen des *Leitbildes der Stadt Dessau-*

*Roßlau*³ im Handlungsfeld „Soziales Miteinander“ sowie dem sozialen Zielen der *Integrierten Stadtentwicklung*⁴ der Stadt.



LeitBild Dessau-Roßlau
Handlungsfeld *Soziales Miteinander*
Ziel M 04

In der Stadt Dessau-Roßlau wird das selbstbestimmte Altern für Senioren auch durch eine qualitativ hochwertige Betreuungsstruktur gesichert. Damit gehen einher die Gewährleistung von sozialen Infrastrukturen für ein aktives Altern und das Angebot an bedürfnisorientiertem und barrierefreiem Wohnen in vertrauter Umgebung.

Die vorliegende Planung verfolgt im Wesentlichen folgende übergeordnete Ziele:

- 1 Verhinderung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit durch Gesundheitsprophylaxe und Rehabilitation
- 2 Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege für Menschen mit Pflegebedarf und Erhaltung ihres weitestgehend selbstbestimmten Lebens
- 3 Unterstützung pflegender Angehöriger und Nachbarn

¹ § 4 des Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (PflegeV-AG) LSA vom 7. August 1996, geändert am 10.8.2007

² Aktiv und Selbstbestimmt – Altenhilfe und Pflege im Land Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2020; Programm des Ministeriums für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt 2008

³ Leitbild der Stadt Dessau-Roßlau „Zukunft mit Tradition“, Beschluss des Stadtrates Dessau-Roßlau vom 2. Februar 2011

⁴ Integriertes Stadtentwicklungskonzept (INSEK) Dessau-Roßlau 2025 – Stadtratsbeschluss XX vom XX

4 Schaffung pflegefreundlicher Sozialräume

5 Schaffung eines Rahmens für bedarfsorientierte Planungen der lokalen Akteure der Pflege, der Gesundheit und des Wohnens

Entsprechend dem Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ sollen die Pflegestrukturen in Dessau-Roßlau so weiterentwickelt werden, dass von Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen die Pflege in der eigenen Wohnung oder in anderen alternativen Wohnformen als optimale Variante der Vorrang vor der stationären Pflege gegeben wird.

Die Schaffung eines ausreichenden Angebotes an altengerechten Wohnungen und Wohnungen mit Betreuungs- und Serviceangeboten, der weitere Ausbau der ambulanten Versorgung, insbesondere auch für Demenzkranke und die bedarfsgerechte Entwicklung der wohnortnahen Infrastruktur bilden wesentliche Voraussetzungen für die Zufriedenheit der Betroffenen in der eigenen Häuslichkeit. Pflegeunterstützende Angebote, Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie ausreichende Angebote zur Mobilität können dabei einen wertvollen Beitrag leisten.

Dass sich die ambulante Pflege mit der geringer werdenden Unterstützung der Angehörigen künftig immer schwerer realisieren lassen wird, darauf deuten die Prognosen zur Entwicklung des Angehörigenpflegepotenzials in unserer Stadt hin. Die Entwicklung neuer Wohn-, Pflege- und Betreuungsarrangements, die eine Pflege durch Angehörige oder Nachbarn optimal unterstützen oder sogar ersetzen können, werden zunehmend erforderlich.

Wenn die häusliche Pflege nicht mehr zumutbar ist, wird in der Regel die stationäre Pflege in Betracht gezogen. Aber auch in der stationären Pflege soll die Lebensqualität der zu Pflegenden durch die Berücksichtigung ihrer Individualität auf einem hohen Niveau erhalten bleiben. Durch die Öffnung von stationä-

ren Einrichtungen in die Wohnquartiere kann dem Bedürfnis der Heimbewohner nach Normalität des Alltags und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft entsprochen werden.

Die Möglichkeiten der Stadt, direkt auf die Entwicklung der Pflegelandschaft Einfluss zu nehmen, sind dabei begrenzt, da sie selbst keine Pflegeleistungen anbietet oder Träger von Pflegeeinrichtungen ist. Dennoch werden durch indirekte Steuerungsinstrumente wie die Analyse der Pflegelandschaft und die Erarbeitung von Strategien Bewertungskriterien für investive Maßnahmen oder zur Förderung von Projektvorhaben geschaffen. Ferner hat die Stadt Möglichkeiten, als Netzwerker und Netzwerkpartner koordinierend auf die Zusammenarbeit der lokalen Akteure im Sinne der in dieser Planung herausgearbeiteten strategischen Ansätze einzuwirken.

2.1 Methodik

Im Vorfeld dieser Planung führte das Amt für Soziales und Integration umfangreiche Erhebungen und Prognosen zur Bevölkerungsstruktur und zur Anzahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2035 durch, die in einen **Pflegestrukturkompass** (Anlage 1) eingeflossen sind.



Diese Prognosen wurden um Ermittlungen des zu erwartenden Angehörigenpflegepotenzials ergänzt.

Die Erhebungen konnten sowohl auf gesamtstädtischer Ebene als auch kleinräumig, auf der Ebene der Stadtbezirke, erfolgen.

Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion über die zu erwartende Zunahme von Demenzerkrankungen wurde für das gleiche Zeitfenster eine Demenzprognose für Dessau-Roßlau vorgenommen. Auf kleinräumige Untersuchungen wurde in diesem Zusammenhang zunächst verzichtet.

Im Pflegestrukturkompass wurden alle per Stichtag 31.12.2011 tätigen ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen kleinräumig erfasst. Inhaltliche Angaben, wie beispielsweise fachliche Spezialisierungen, Versorgungsumkreis oder Angaben zum Pflegepersonal konnten auf der Basis einer Befragung ergänzt werden. Auf die inhaltlichen Aspekte wird im 5. Kapitel dieser Planung (Pflegestruktur – Bestandsaufnahme) näher eingegangen.

Darüber hinaus wurde der bislang ermittelte Bestand an altengerechten, barrierefreien oder barrierearmen Wohnungen in den Kompass aufgenommen. Die Listung ist nicht abschließender Art. Ausführungen zur Thematik sind sowohl in den Erläuterungen des Pflegestrukturkompasses als auch in 6. Kapitel (Wohnen und Pflege) zu finden.

Ergänzend enthält der Kompass die in den Stadtbezirken niedergelassenen Ärzte, vorhandenen Kliniken, sonstige Gesundheitsdienste, Apotheken sowie soziale Beratungsstellen. Diese Bestandsaufnahme wird zur Untersuchung der pflegerischen Infrastrukturen in den Stadtbezirken herangezogen. Die Beurteilung des ärztlichen Versorgungsgrades ist nicht Gegenstand dieser Planung – die im Pflegestrukturkompass ausgewiesenen Pro-Kopf-Ärzte-Schlüssel sind rein rechnerische Betrachtungen und werden in dieser Planung nicht weiterführend kommentiert.

Zur Ermittlung stadtbezirksbezogener Unterschiede und Entwicklungsbedarfe tragen ins-

besondere auch die verschiedenen Ranglisten der Stadtbezirke im 4. Kapitel des Pflegestrukturkompasses bei.

Auf der Basis der Datenerhebungen, der Prognosen und Befragungen wurden im 7. Kapitel Strategien zur künftigen Gestaltung der Pflegelandschaft entwickelt. Dort, wo konkrete Handlungsbedarfe herausgearbeitet wurden, konnten unter den strategischen Ansätzen erste Handlungsmaßnahmen entworfen werden. Diese Maßnahmen sind nicht abschließender Art. Die Entwicklung der Pflegelandschaft verläuft prozessorientiert – daher werden sich weitere Ideen und Maßnahmen erst entwickeln müssen.

An dieser Stelle werden Ausführungen zur Beteiligung der Fachöffentlichkeit eingefügt.

2.2 Leseart der Planung

Zum besseren Verständnis wurden dem Pflegestrukturkompass (↓↑) Definitionen verschiedener Begriffe vorangestellt, die im vorliegenden Planungstext nicht noch einmal erläutert werden. Mit Querverweis folgender Art wird auf diese Definitionen im Pflegestrukturkompass verwiesen:

↓↑ Def. S. 5 (Beispiel)

Die dieser Planung zugrunde liegenden Zahlen, Erhebungen und Prognosen sind, sofern nicht anders gekennzeichnet, dem Pflegestrukturkompass entnommen worden. Die Datenquellen sind im Kompass aufgeführt - deshalb wird auf eine nochmalige Quellenangabe im Planungstext verzichtet. In den einzelnen Abschnitten des Planungstextes wird immer wieder auf Datenmaterial oder graphische Darstellungen des Pflegestrukturkompasses in folgender Art verwiesen:

↓↑ Kapitel 2.1, S. 13, Grafik 2.1-1 (Beispiel)

Die Auswertungen in dieser Planung erfolgen auf der Grundlage des **Jahres 2010 (Basisjahr)**.

Im Pflegestrukturkompass sind rückblickend auch Daten des Jahres 2009 ausgewiesen, da die aktuellsten Auswertungen zur Anzahl der Pflegebedürftigen der amtlichen Statistik des Statistischen Landesamtes zuletzt aus dem Jahr 2009 vorliegen.

Die Auswertungen und Analysen erfolgen mittelfristig bis zum Jahr 2025 in Fünf-Jahres-Zeitfenstern und langfristig ab 2025 bis 2035 in einem Zehn-Jahres-Zeitfenster.

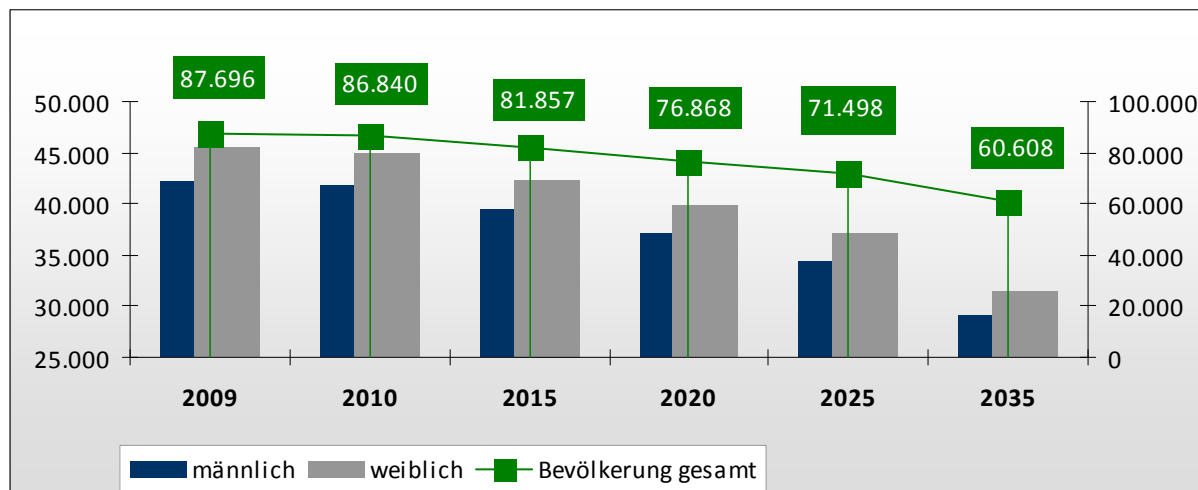
Auswertungen im Pflegestrukturkompass sind nur im Zusammenhang mit der vorliegenden Planung zu betrachten.



3. Demographische Entwicklung

3.1 Bevölkerung in der Gesamtstadt Dessau-Roßlau

Abbildung 3.1 – 1: Bevölkerungsentwicklung in Dessau-Roßlau



Gesamtbevölkerung

↗ Kapitel 2.1, S. 13

Dessau-Roßlau wird bis zum Jahr 2025 **15.342 Einwohner** und längerfristig bis zum Jahr 2035 **26.232 Einwohner** verlieren. Damit wird die Bevölkerung bis 2025 um **17,7 Prozent** und bis 2035 um fast ein Drittel (**30,2 Prozent**) ihres Bestandes des Jahres 2010 geschrumpft sein. Die Bevölkerung wird mehr Frauen (2025: **-7.879**; 2035: **-13.524**) als Männer (2025: **-7.459**; 2035: **-12.708**) verlieren.

Altersgruppen

↗ Kapitel 2.1, S. 14, Grafik 2.1-2

► Kinder bis 14 Jahre

Da das Thema Pflege die Altersgruppe der Kinder nur geringfügig tangiert – ihr Anteil wird in den Prognosejahren unter 2 Prozent liegen – wird auf weiterführende Auswertungen zur Bevölkerungsstruktur dieser Altersklasse im Rahmen der Pflegestrukturplanung verzichtet.

► Einwohner im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre)

Bei den Einwohnern im erwerbsfähigen Alter werden im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen die größten Bevölkerungsverluste erwartet. So sinkt ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2025 um **27,2 Prozent** (2035: **-41,3 Prozent**). Von ursprünglich **53.911 Einwohnern** im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2010 wird ihre Zahl bis zum Jahr 2025 auf **39.239 Einwohner** (2035: **31.642 Einwohner**) zurückgehen.

Damit bleiben sie zwar im gesamten Prognosezeitraum die stärkste Bevölkerungsgruppe, aber ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung fällt von **62,1 Prozent** (2010) auf **54,9 Prozent** im Jahr 2025 und **52,2 Prozent** im Jahr 2035.

Die Anzahl der Männer ist im gesamten Untersuchungszeitraum um durchschnittlich 700 Männer höher als die Anzahl der Frauen.

► Einwohner in Rentenalter (ab 65 Jahre)

Nach dem Anstieg der Anzahl der Einwohner im Rentenalter von **24.546 Einwohnern** (2010) auf **25.138 Einwohner** im Jahr 2020, wird sich



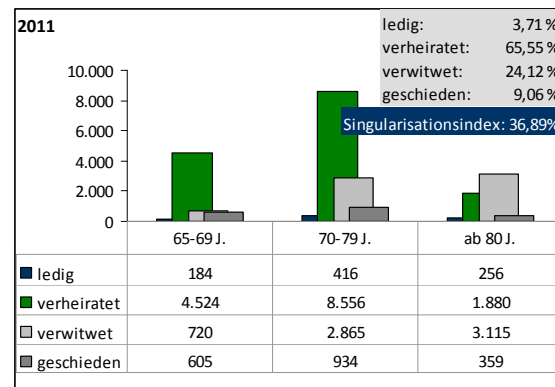
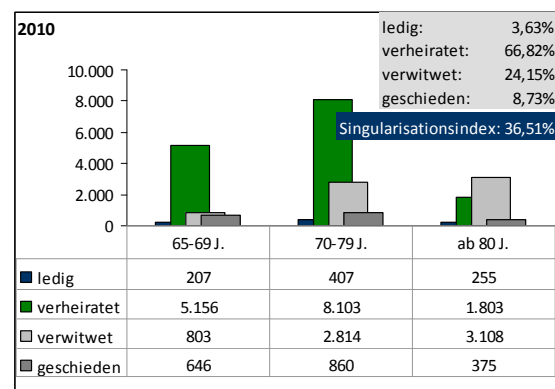
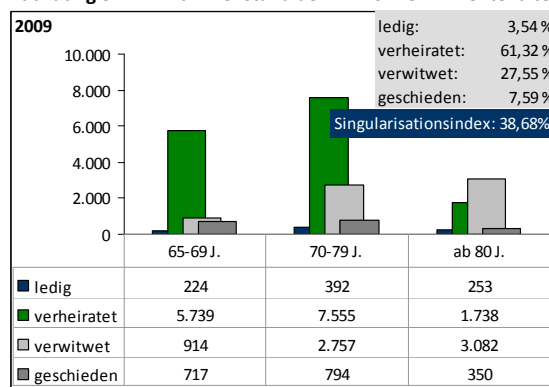
ihre Anzahl danach bis zum Jahr 2035 wieder rückläufig entwickeln (2025: **24.635**; 2035: **22.929 Einwohner**). Damit wird für diese Bevölkerungsgruppe im Verlauf des Untersuchungszeitraumes ein Einwohnerverlust von **6,6 Prozent** erwartet.

Trotz der rückläufigen Bevölkerungszahlen wird sich ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung von **28,3 Prozent** (2010) auf **34,4 Prozent** im Jahr 2025 (2035: **37,8 Prozent**) erhöhen.

Die Anzahl der Frauen dieser Bevölkerungsgruppe (2010: **14.257 Frauen**; 2025: **14.081**; 2035: **13.057**) wird deutlich höher als die Anzahl der Männer (2010: **10.289 Männer**; 2025: **10.556**; 2035: **9.866**) bleiben. Allerdings wird die Differenz zwischen beiden Geschlechtern im Verlauf des Untersuchungszeitraumes kontinuierlich geringer.

Die meisten Einwohner im Rentenalter waren in den vergangenen Jahren verheiratet (ca. **65 Prozent**) und lebten somit nicht allein im Haushalt. Mehr als ein Drittel der Einwohner dieser Bevölkerungsgruppe war entweder ledig, geschieden oder verwitwet. Aus der Vermutung, dass diese Personen allein im Haushalt lebten, lässt sich ein Singularisierungsindex⁵ ableiten. Dieser lag in den letzten drei Jahren bei ca. **37 Prozent**.

Abbildung 3.1 – 2: Familienstand der Einwohner im Rentenalter



Datenquelle: Kommunale Statistikstelle

► Hochaltrige Einwohner (ab 80 Jahre)

Die Dessau-Roßlauer Einwohner werden immer älter. **5.543 Einwohner** hatten im Jahr 2010 das 80. Lebensjahr erreicht oder überschritten (**6,38 Prozent** der Gesamtbevölkerung). Im Jahr 2025 werden es sogar **8.599 Einwohner** (**12,03 Prozent** der Gesamtbevölkerung) sein, bevor ihre Anzahl bis zum Jahr 2035 wieder auf **7.398 Einwohner** zurückgehen (**12,21 Prozent** der Gesamtbevölkerung) wird.

Der Anteil der „Hochaltrigen“ an der Gesamtzahl der Einwohner im Rentenalter wird sich wie folgt entwickeln:

2010: **22,58 Prozent**
2025: **34,90 Prozent**
2035: **32,26 Prozent**.

Signifikant unterscheiden sich die geschlechterspezifischen Zahlen dieser Altersgruppe. Während im Jahr 2010 noch **2,4-fach** so viele Frauen (**3.898 Frauen**) wie Männer (**1.645 Männer**) 80 Jahre und älter waren, werden es

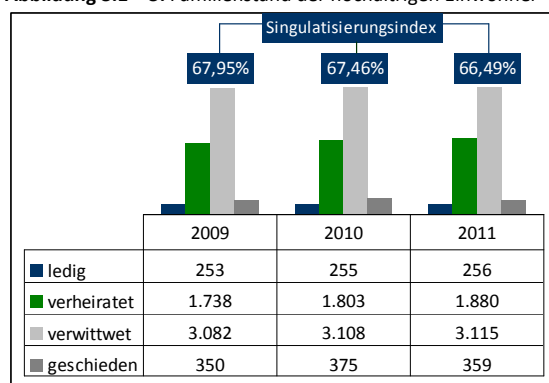
⁵ Singularisierungsindex = Anteil aller ledigen, geschiedenen oder verwitweten Einwohner einer Altersgruppe



im Jahr 2025 nur noch **1,5-fach** und **1,6-fach** so viele Frauen sein.

Der Singularisierungsindex ist bei den hochaltrigen Einwohnern in den letzten drei Jahren leicht gefallen. Dennoch lebt nahezu jeder zweite hochaltrige Einwohner allein – das Betraf im Jahr 2009 **67,69 Prozent** und im Jahr 2011 **66,49 Prozent** aller hochaltrigen Einwohner.

Abbildung 3.1 – 3: Familienstand der hochaltrigen Einwohner



Datenquelle: Kommunale Statistikstelle

Altenquotient (AQ)

Def. 5; Kapitel 2.1, S. 14, Grafik 2.1-3

Im Jahr 2010 lag der Altenquotient bei **46**. Das bedeutet, dass 46 Einwohnern im Rentenalter 100 Einwohnern im erwerbsfähigen Alter gegenüber standen. Bis zum Jahr 2025 wird der durchschnittliche Altenquotient kontinuierlich bis auf **63** und bis zum Jahr 2035 auf **72** angestiegen sein.

Damit liegen die demografiebedingten Veränderungen zwar im bundesweiten Aufwärtstrend, aber auch über dem Bundesdurchschnitt. In Deutschland lag der durchschnittliche Altenquotient im Jahr 2010 bei **31**. Bis zum Jahr 2025 wird er sich auf **41** und bis zum Jahr 2035 auf **56** erhöht haben.⁶

Der Altenquotient der Frauen liegt in Dessau-Roßlau im gesamten Untersuchungszeitraum weit über dem der Männer, eine Entwicklung, die insbesondere durch den hohen Frauenan-

teil der Einwohner im Rentenalter verursacht wird.

Abbildung 3.1 – 3: Altenquotient (AQ)

	AQ Frauen		AQ Männer	
	Dessau-Roßlau	Deutschland	Dessau-Roßlau	Deutschland
2010	53	36	37	26
2025	73	46	53	37
2035	85	61	61	50

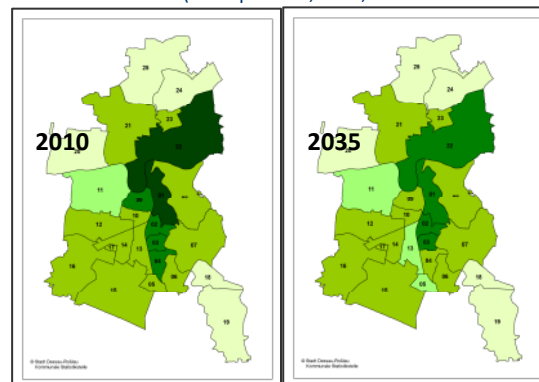
Im Bundesvergleich wird der Altenquotient in Dessau-Roßlau sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern weit über dem Bundesdurchschnitt bleiben.

3.2 Bevölkerung in den Stadtbezirken

Einwohnerzahl

Abbildung 3.2 – 1: Bevölkerung nach Altersklassen

(Kapitel 2.1, S. 15, Grafiken 2.1-4 bis 9)



In allen Stadtbezirken ist bis zum Jahr 2035 mit Bevölkerungsverlusten zu rechnen. In einem der bevölkerungsreichsten Stadtbezirke, im Innerstädtischen Bereich Mitte, werden die höchsten Verluste prognostiziert. Hier wird die Bevölkerung bis zum Jahr 2025 **2.480** ihrer **Einwohner (26,1 Prozent)** des Basisjahres 2010 und bis zum Jahr 2035 **3.873 (40,8 Prozent)** verloren haben. Ähnlich starke Verluste werden in folgenden Stadtbezirken erwartet:

⁶ Datenquelle:

eigene Berechnungen des Amtes für Soziales und Integration auf der Basis der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Bundesamtes für Statistik vom 18.11.2009


Abbildung 3.2 – 2: Einwohnerverluste

	2010 bis 2025	2010 bis 2035
	Verluste	
Roßlau	-1.884	-3.150
Süd	-1.394	-2.465
Inn. Bereich Süd	-1.282	-2.067
Ziebigk	-1.327	-2.195
Inn. Bereich Nord	-1.065	-2.135

Die geringsten Verluste werden für die Stadtbezirke Mühlstedt, Brambach und Sollnitz prognostiziert.

Die bevölkerungsreichsten Stadtbezirke befinden sich im gesamten Untersuchungszeitraum im Zentrum Dessau-Roßlaus. Im Ranking der Stadtbezirke ([17 Kapitel 4.1, S. 211](#)) nimmt der Innerstädtische Bereich Nord im gesamten Untersuchungszeitraum den ersten Platz ein, gefolgt von den Stadtbezirken Roßlau (Rang 2) und Innerstädtischer Bereich Mitte (Rang 3 bis zum Jahr 2025) bzw. Innerstädtischer Bereich Süd (Rang 3 im Jahr 2035). In diesen Stadtbezirken leben in allen Vergleichsjahren durchschnittlich **37 Prozent** der gesamten Stadtbevölkerung.

Die ländlich geprägten Vorstadtorte Mühlstedt, Sollnitz und Streetz/Natho gehören im Vergleichszeitraum zu den bevölkerungsärmsten Stadtbezirken.

Altersgruppen

(siehe auch [17 Kapitel 5, S. 223](#))

► Einwohner im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre)

A. Anzahl der Einwohner

Mehr als ein Drittel der Einwohner im erwerbsfähigen Alter (**35,8 Prozent**) lebten im Jahr 2010 in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Nord, Roßlau und Innerstädtischer Bereich Süd. Diese Stadtbezirke werden auch im gesamten Untersuchungszeitraum die Plätze 1 bis 3 im Ranking der Stadtbezirke nach Anzahl der Einwohner beibehalten ([17 Kapitel 4.3, S. 213](#)). Allerdings sind die Zahlen insgesamt stark rückläufig:

Abbildung 3.2 - 3: Einwohner im erwerbsfähigen Alter: Rang 1-3 im Ranking der Stadtbezirke

	2010	2025	2035
	Anzahl		
Inn. Bereich Nord	7.396	6.105	5.512
Roßlau	7.032	5.171	4.181
Inn. Bereich Süd	4.862	3.627	3.176

In allen Stadtbezirken wird die Anzahl der Einwohner dieser Altersgruppe im Verlauf des Untersuchungszeitraumes zurückgehen. Die größten Verluste wurden für folgende Stadtbezirke berechnet:

Abbildung 3.2 - 4: Einwohner im erwerbsfähigen Alter: stärkste Verluste

	2010 bis 2025	2010 bis 2035
	Einwohnerverluste	
Roßlau	-1.861	-2.851
Inn. Bereich Nord	-1.291	-1.884
Süd	-1.280	-1.824

B. Anteil an der Stadtbezirksbevölkerung

Den größten Anteil der Einwohner im erwerbsfähigen Alter an der Stadtbezirksbevölkerung hatten im Jahr 2010 die Stadtbezirke Brambach, West und Rodleben. Der geringste Anteil lebte in den Stadtbezirken Süd, Innerstädtischer Bereich Mitte und Haideburg. Allerdings variiert das Ranking der Stadtbezirke ([17 Kapitel 5, S. 223](#)) im Verlauf des Untersuchungszeitraumes:

Abbildung 3.2 - 5: Anteil Personen im erwerbsfähigen Alter: Ranking der Stadtbezirke

	Rang 1-3	Anteil in %	Rang 23-25	Anteil in %
2010	Brambach	71,6	Süd	58,0
	West	70,4	I. B. Mitte	50,4
	Rodleben	69,9	Haideburg	49,7
2025	Kochstedt	60,5	Alten	50,2
	I. B. Nord	60,4	Haideburg	49,3
	West	59,4	Süd	48,2
2035	I. B. Nord	61,0	Streetz/Nat.	45,0
	West	60,3	Mühlstedt	44,1
	I. B. Mitte	56,3	Kleinkühn.	43,1



Der Anteil dieser Personengruppe an der Stadtbezirksbevölkerung ist in fast allen Stadtbezirken rückläufig. Einzige Ausnahme bildet der Stadtbezirk Innerstädtischer Bereich Mitte. Hier steigt der Anteil bis 2025 geringfügig um **0,6 Prozent** und bis 2035 um **6 Prozent**.

► Einwohner in Rentenalter (ab 65 Jahre)

A. Anzahl der Einwohner

In 19 der 25 Stadtbezirke wird die Anzahl der Einwohner dieser Altersgruppe bis zum Jahr 2035 steigen – in allen anderen sinken. Der höchste Zuwachs ist in folgenden Stadtbezirken zu erwarten:

Abbildung 3.2 - 6: Einwohner im Rentenalter; Stadtbezirke mit den stärksten Zuwächsen

2010 bis 2025		2010 bis 2035	
Kochstedt	+345	Kochstedt	+565
Alten	+275	Rodleben	+230
Mosigkau	+198	Zoberberg	+201

Zu den „Verlierern“ gehören die Stadtbezirke:

Abbildung 3.2 - 7: Verluste an Einwohnern im Rentenalter

2010 bis 2025		2010 bis 2035	
I. B. Süd	-35	I. B. Süd	-189
Süd	-49	Haideburg	-229
Ziebigk	-72	Ziebigk	-262
Haideburg	-133	Siedlung	-354
Siedlung	-196	Süd	-497
I. B. Mitte	-1.448	I. B. Mitte	-2.175

Bis zum Jahr 2020 werden die meisten Einwohner im Rentenalter in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Mitte (Rang 1 im Ranking der Stadtbezirke (↓ Kapitel 4.4, S. 214), Roßlau (Rang 2) und Innerstädtischer Bereich Nord (Rang 3) leben. Ab dem Jahr 2025 wird Roßlau, gefolgt von den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Nord und Innerstädtischer Bereich Mitte bzw. Innerstädtischer Bereich Süd (Rang 3 im Jahr 2035) die Führung im Ranking übernehmen. In diesen Stadtbezirken leben im gesamten Untersu-

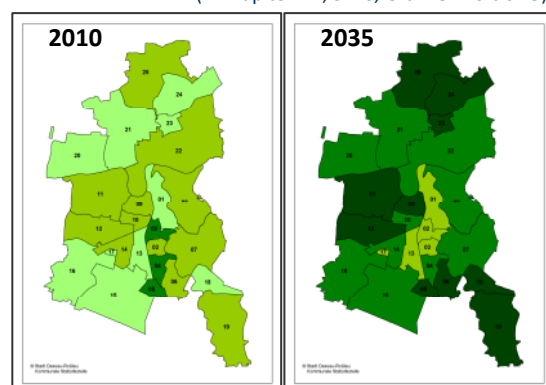
chungszeitraum mehr als ein Drittel aller Einwohner im Rentenalter.

B. Anteil an der Stadtbezirksbevölkerung

Große Unterschiede sind bei der Betrachtung des Anteils der Einwohner im Rentenalter an der jeweiligen Stadtbezirksbevölkerung festzustellen. Während im Jahr 2010 dieser Bevölkerungsanteil in nur 2 Stadtbezirken über **40 Prozent** lag (Innerstädtischer Bereich Mitte: **42,3 Prozent** und Haideburg: **41,9 Prozent**), werden es im Jahr 2025 schon 6 Stadtbezirke und im Jahr 2035 bereits 17 Stadtbezirke sein.

Im Jahr 2025 werden die Stadtbezirke Haideburg (**43,6 Prozent**), Süd (**43,3 Prozent**) und Kleinkühnau (**41,4 Prozent**) und im Jahr 2035 die Stadtbezirke Kleinkühnau (**49,9 Prozent**), Streetz/Natho (**46,8 Prozent**) und Törten (**46,5 Prozent**) das Ranking der Stadtbezirke anführen (↓ Kapitel 4.5, S. 215).

Abbildung 3.2 - 8: Bevölkerungsanteil im Rentenalter (↓ Kapitel 2.1, S. 16, Grafiken 10 bis 15)

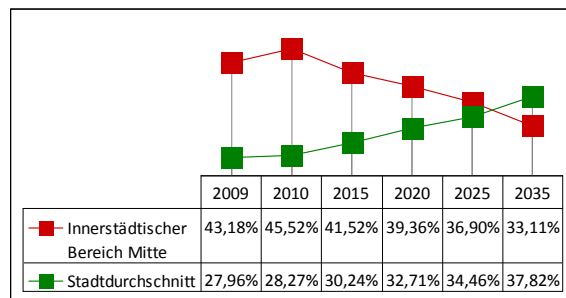


Die markanteste Entwicklung wird sich im Stadtbezirk **Innerstädtischer Bereich Mitte** vollziehen. Vom Stadtbezirk mit dem höchsten Anteil an Einwohnern im Rentenalter an der Stadtbezirksbevölkerung wird sich dieser Stadtbezirk zu einem mit dem nahezu geringsten Anteil entwickeln (Rang 23 im Ranking der Stadtbezirke im Jahr 2035). Hier wird sogar ein Rückgang dieses Bevölkerungsanteils erwartet (bis zum Jahr 2025 um **5,6 Prozent** und bis zum Jahr 2035 um **9,4 Prozent**). In keinem anderen Stadtbezirk wurde bei den Untersuchungen eine solche rückläufige Entwicklung festgestellt. Ursächlich wird der hohe Anteil der Hochaltrigen im Basisjahr 2010 (**966 Ein-**



wohner – Rang 1 im Ranking der Stadtbezirke nach Alter der Bevölkerung ab 80 Jahre - (Kapitel 4.6, S. 216) und die daraus resultierende höhere Sterberate in den Folgejahren, aber auch die Zunahme der Anzahl der Kinder bis zum Jahr 2025 zu dieser Entwicklung führen.

Abbildung 3.2 - 9: Entwicklung des Anteils der Senioren an der Bevölkerung im Stadtbezirk bzw. der Gesamtstadt



► Hochaltrige Einwohner (ab 80 Jahre)

(Kapitel 2.1, S. 17, Grafiken 16-21)

A. Anzahl der Einwohner

Außer im Stadtbezirk Innerstädtischer Bereich Süd wird die Zahl der hochaltrigen Einwohner im Vergleich der Jahre 2010 und 2035 in allen Stadtbezirken zunehmen und sich zum Teil sogar vervielfachen. Dennoch ist ab dem Jahr 2025 in der Hälfte der Stadtbezirke ein leichter Rückgang der Anzahl der Einwohner dieser Altersgruppe zu erwarten.

Die meisten Einwohner im Alter ab 80 Jahren werden bis zum Jahr 2025 in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Mitte, Roßlau und Innerstädtischer Bereich Süd leben. Danach wird im Jahr 2025 der Innerstädtische Bereich Süd im Ranking der Stadtbezirke (Kapitel 4.6, S. 216) durch den Innerstädtischen Bereich Nord (Rang 3) abgelöst. Am Ende des Untersuchungszeitraumes werden im Jahr 2035 die meisten Einwohner dieser Altersgruppe voraussichtlich in Roßlau, gefolgt von den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Nord und Süd leben.

Der größte Zuwachs an hochaltrigen Einwohnern wird bis zum Jahr 2025 für die Stadtbezirke Süd (+507 Einwohner), Innerstädtischer Bereich Nord (+475 Einwohner) und Inner

städtischer Bereich Mitte (+366 Einwohner) prognostiziert.

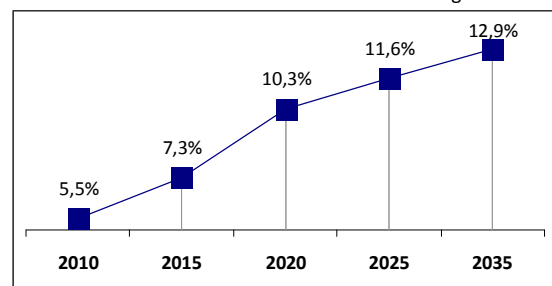
Abbildung 3.2 - 10: Einwohner im Alter ab 80 Jahre: Rang 1-3 im Ranking der Stadtbezirke

	2010	2025	2035
Stadtbezirk / Anzahl Einwohner			
Rang 1	I. B. Mitte 966	I. B. Mitte 1.312	Roßlau 882
Rang 2	Roßlau 775	Roßlau 995	I. B. Nord 807
Rang 3	I. B. Süd 682	I. B. Nord 945	Süd 660

B. Anteil an der Stadtbezirksbevölkerung

Durchschnittlich **5,5 Prozent** der Bevölkerung in den Stadtbezirken hatte im Jahr 2010 das 80. Lebensjahr erreicht. Dieser Durchschnittswert wird sich bis zum Jahr 2035 verdoppeln (**11,6 Prozent**) und bis zum Jahr 2035 auf **12,9 Prozent** steigen.

Abbildung 3.2 - 11: Durchschnittlicher Anteil der Hochaltrigen an der Stadtbezirksbevölkerung



Der höchste Anteil wurde 2010 in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Mitte (**10,2 Prozent**), Innerstädtischer Bereich Süd (**8,8 Prozent**) und Siedlung (**8,6 Prozent**) ermittelt. (Kapitel 4.7, S. 217).

In den Jahren 2025 und 2035 werden folgende Stadtbezirke den höchsten Anteil an hochaltrigen Einwohnern an der Stadtbezirksbevölkerung haben:



Abbildung 3.2 – 12: Anteil der hochaltrigen Einwohner an der Stadtbezirksbevölkerung

	2025	2035
	Anteil an Stadtbezirksbevölkerung	
Rang 1	Haideburg 22,2%	Süd 17,5%
Rang 2	I. B. Mitte 18,7%	Törten 17,1%
Rang 3	Süd 17,4%	Sollnitz 17,1%

C. Anteil der Hochaltrigen an den Einwohnern im Rentenalter in den Stadtbezirken

Nicht nur der Anteil der Hochaltrigen an der Stadtbezirksbevölkerung steigt, sondern auch ihr Anteil an der Altersgruppe der Einwohner im Rentenalter im Stadtbezirk. Waren im Jahr 2010 noch durchschnittlich **20,9 Prozent** der Einwohner im Rentenalter der Stadtbezirke hochaltrig, wird dieser Anteil bis zum Jahr 2025 auf **32,2 Prozent** steigen und anschließend auf **31,3 Prozent** zurückfallen. Das heißt, dass durchschnittlich ein Drittel der Senioren älter als 80 Jahre sein werden. Der höchste Anteil an hochaltrigen Senioren lebte 2010 in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Süd (**33 Prozent** der Senioren des Stadtbezirkes), Zoberberg (**29,1 Prozent**) und Brambach (**27,1 Prozent**). Im Jahr 2035 werden die Stadtbezirke Süd (**40,1 Prozent**), Sollnitz (**38,2 Prozent**), Törten (**36,8 Prozent**) den ältesten Seniorenanteil haben.

Altenquotient (AQ)

Der Altenquotient variiert in den Stadtbezirken im gesamten Untersuchungszeitraum sehr stark. Im Ranking der Stadtbezirke nach Altenquotient ([17 Kapitel 4.8, S. 218](#)) hatten die Stadtbezirke Innerstädtischer Bereich Mitte und Haideburg im Jahr 2010 mit großem Abstand zu allen nachfolgenden Stadtbezirken den höchsten Altenquotient (**84**). Auf Rang 3 folgte der Stadtbezirk Süd mit einem Altenquotienten von **59**. Der geringste Altenquotient wurde für Brambach (**23**), Rodleben (**25**) und Kochstedt (**27**) berechnet. Bis zum Jahr 2035 wird der Altenquotient in allen Stadtbezirken, bis auf den Stadtbezirk Innerstädti-

scher Bereich Mitte (hier fällt der AQ um **27**) sehr stark ansteigen. Die in Abbildung 12 gelisteten Stadtbezirke werden in den Jahren 2025 und 2035 die jeweils ersten und die letzten Ränge belegen.

Abbildung 3.2 – 13: Ranking der Stadtbezirke nach AQ

	2025	2035
	Stadtbezirk / Altenquotient	
Rang 1	Süd 90	Kleinkühnau 116
Rang 2	Haideburg 89	Streetz/Natho 104
Rang 3	Törten 80	Mühlstedt 102
Rang 23	Kochstedt 51	I. B. Süd 59
Rang 24	West 46	West 51
Rang 25	I. B. Nord 43	I. B. Nord 47

Es wird festgestellt, dass in den Ballungszentren, d. h. in den bevölkerungsreichen Stadtbezirken mit meist mehrgeschossiger Wohnbauweise, aufgrund des ausgewogeneren Verhältnisses der Generationen mit einem geringeren Anstieg des Altenquotienten zu rechnen sein wird. Stadtbezirke, vor allem solche, in denen in den letzten 10 bis 20 Jahren Einfamilienhaussiedlungen für junge Familien errichtet wurden, werden im Untersuchungszeitraum zu den Stadtbezirken mit steigendem Altenquotienten gehören.

Bevölkerung und Altenpflegeheime

Bei der Bevölkerungsprognose und den darauf basierenden obigen Auswertungen wurden die Standorte der Altenpflegeheime und die dadurch bedingte gleichbleibende Konzentration an überwiegend hochaltrigen Einwohnern in diesen Stadtbezirken nicht berücksichtigt.

Folgende Konstanten könnten insbesondere bei den Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung der Einwohner im Alter ab 65 Jahre zu veränderten Ergebnissen führen:



a) anhaltende Auslastung der Heimplätze zu **98 Prozent**⁷

b) **95 Prozent** aller Heimbewohner sind 65 Jahre alt und älter⁸.

Das bedeutet, dass die ständige 98-prozentige Auslastung der Platzkapazität trotz der altersbedingt hohen Sterblichkeit in den Pflegeheimen einen gleichbleibenden Anteil an Einwohnern im Rentenalter in den betreffenden Stadtbezirken bedingt. In diesem Zusammenhang wurde der Einfluss von Pflegeheimplätzen auf die Bevölkerungsentwicklung der Einwohner im Rentenalter an den jeweiligen Heimstandorten der 10 betroffenen Stadtbezirke untersucht (siehe Anlage 2).

Bezifferte Prognosen sind im Rahmen dieser Untersuchungen nicht möglich, da keine Angaben über die jährliche Wegzugs- bzw. Sterbehäufigkeit in den Pflegeheimen vorliegen. Dennoch können über die Gemengelagen der prozentualen Anteile der relevanten Heimplätze an der Bevölkerungsgruppe der Einwohner im Alter ab 65 Jahren Tendenzen beschrieben werden. So wurde festgestellt, dass der hohe Anteil der Pflegeheimplätze in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Süd, Innerstädtischer Bereich Mitte, Roßlau und Ziebigk bewirken kann, dass die Zahl der Einwohner in dieser Altersgruppe deutlich höher als prognostiziert ausfällt.

3.3 Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung wird im Untersuchungszeitraum von folgenden wesentlichen Kriterien gekennzeichnet sein:

1.	Bevölkerungsverluste in allen Stadtbezirken
2.	einwohnerreiche Innenstadtbezirke: mehr als ein Drittel der städtischen Einwohner leben in den drei Innenstadtbezirken (37 Prozent)
3.	Verjüngung der Innenstadtbezirke
4.	Rückgang der Anzahl der Einwohner im erwerbsfähigem Alter bis zum Jahr 2025 um 27,2 Prozent (bis 2035 um 41,3 Prozent)
5.	mittelfristiger Anstieg der Anzahl der Einwohner im Rentenalter (bis 2020) um 2,4 Prozent
6.	langfristiger Rückgang der Zahl der Einwohner im Rentenalter (2020-2035) um 8,8 Prozent
7.	Anstieg des Anteils der Einwohner im Rentenalter an der Gesamtbevölkerung von 28,3 Prozent (2010) auf 37,8 Prozent (2035)
8.	wachsender Anteil an Einwohnern im Rentenalter in den vorwiegend von Ein- und Zweifamilienhäusern geprägten Stadtbezirken
9.	zeitliche Ausdehnung der Rentenphase
10.	zunehmende Hochaltrigkeit: 2010: 6,38 Prozent , 2025: 12,03 Prozent der Bevölkerung
11.	bis 2025 Zunahme des Anteils der hochaltrigen Einwohner in nahezu allen Stadtbezirken, danach wieder Rückgang
12.	Feminisierung der Altersgruppe der Hochaltrigen
13.	ca. 67 Prozent der hochaltrigen Einwohner leben alleine

⁷ Ist-Zustand der letzten Jahre

⁸ Ergebnis einer Befragung der Pflegeheime, die das Amt für Soziales und Integration im Jahr 2011 durchgeführt hatte



4. Entwicklung des Pflegebedarfs

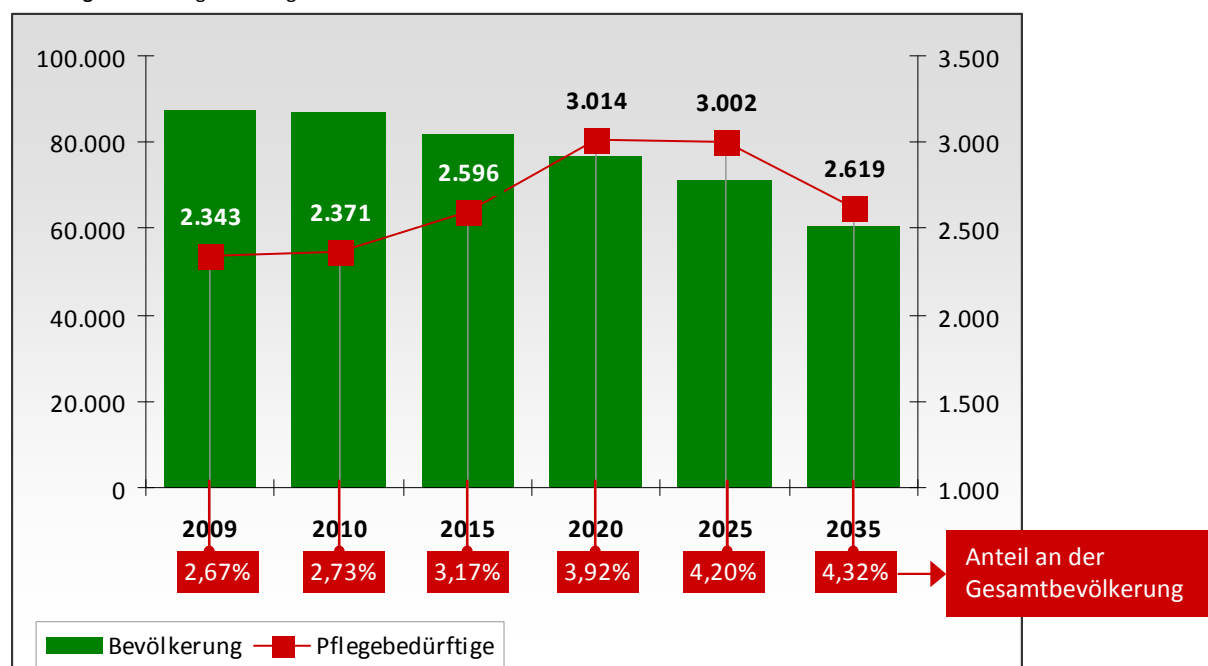
Der hier untersuchte Pflegebedarf basiert vordergründig auf den rechtlichen Definitionen des SGB XI ([§ Def. S. 5](#)) und auf der Grundlage von Erhebungen des Berichtes über die gesetzliche Pflegeversicherung 2009 des Statistischen Landesamtes ([§ Kapitel 1, S. 5](#)).

Über Personen, die durch Beeinträchtigung der Selbständigkeit in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und auf Hilfen zur Bewältigung des Alltags angewiesen sind, aber nicht unter die Definition der Pflegebedürftigkeit fallen, liegen kaum Angaben vor. In diesem Zusammenhang können Auswertungen über bewilligte Hilfen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe (SGB XII) ergänzende Bedarfszahlen liefern.

Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion über die Zunahme der Demenzerkrankungen in unserer Region und der Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherungen für diesen Personenkreis wird in diesem Kapitel auf die im Pflegestrukturkompass hinterlegte Prognose zur Entwicklung der Demenzerkrankungen näher eingegangen.

4.1 Pflegebedürftige

Abbildung 4.1 - 1: Pflegebedürftige in Dessau-Roßlau 2009 bis 2035



4.1.1 Pflegebedürftige in der Gesamtstadt

Anzahl, Geschlecht und Alter

[§ Kapitel 2.2, S. 18, 19](#)

Im Jahr 2010 waren **2,73 Prozent** der Dessau-Roßlauer Bevölkerung auf Pflege angewiesen

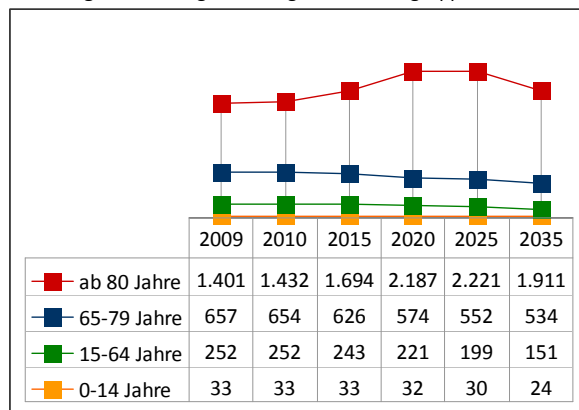
(**2.371 Personen**). Die Zahl der Pflegebedürftigen wird voraussichtlich im Prognosejahr 2020 ihren Höchststand mit **3.014 Personen (3,92 Prozent)** der Gesamtbevölkerung erreichen und anschließend bis zum Jahr 2035 auf **2.619 Pflegebedürftige** zurückfallen. Trotz des gesamtstädtischen Bevölkerungsschwundes wird dennoch der Anteil der Pflegebedürftigen



an der Gesamtbevölkerung bis auf **4,32 Prozent** steigen.

Der Anteil der Frauen ist im gesamten Untersuchungszeitraum wesentlich höher als der Anteil der Männer. Er wächst von **68,7 Prozent** im Jahr 2010 auf **73,1 Prozent** im Jahr 2025 und **73 Prozent** im Jahr 2035.

Abbildung 4.1 - 2: Pflegebedürftige nach Altersgruppen



Die meisten Pflegebedürftigen werden im gesamten Untersuchungszeitraum bereits das 80. Lebensjahr erreicht haben. So betrug ihr Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2010 **60,4 Prozent** und wird bis zum Jahr 2035 auf **73 Prozent** der Pflegebedürftigen steigen. **27,6 Prozent** aller Pflegebedürftigen waren 2010 zwischen 65 und 79 Jahre alt und in nur **12,02 Prozent** lag das Alter unter 65 Jahren.

Abbildung 4.1 - 3: Anteil der Altersgruppen an Gesamtzahl der Pflegebedürftigen

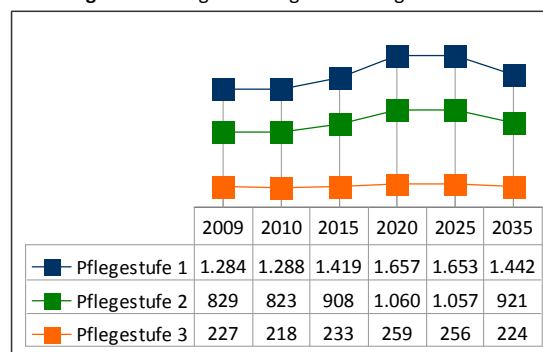
Alter	2010	2025	2035
Anteil an Pflegebedürftigen			
bis 14 Jahre	1,4%	1,0%	0,9%
15 - 64 Jahre	10,6%	6,6%	5,8%
65 - 79 Jahre	27,6%	18,4%	20,4%
ab 80 Jahre	60,4%	74,0%	73,0%

Pflegestufen

Def. S. 6; Kapitel 2.2.1, S. 21

Im gesamten Prognosezeitraum erhalten voraussichtlich mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen von den Pflegekassen Leistungen der Pflegestufe 1 (durchschnittlich **55 Prozent**), ca. **35 Prozent** Leistungen der Pflegestufe 2 und ca. **9 Prozent** Leistungen der Pflegestufe 3.

Abbildung 4.1 - 4: Pflegebedürftige nach Pflegestufen



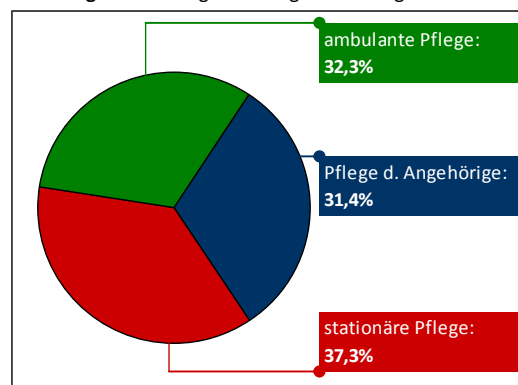
Analog zur Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen ist bis zum Jahr 2020/2025 mit einem Zuwachs an Pflegebedürftigen in allen Pflegestufen zu rechnen, bevor die Zahlen bis zum Jahr 2035 wieder rückläufig sein werden.

Pflegeformen

Def. S. 7; Kapitel 2.2.2, S. 22

Prognostisch werden die meisten Pflegebedürftigen im Untersuchungszeitraum ambulant gepflegt (**63,7 Prozent**). So erhalten **31,4 Prozent** der Pflegebedürftigen Pflegegeld und **32,3 Prozent** Leistungen zur ambulanten Pflege. Der Anteil der stationären Pflege beträgt **37,3 Prozent**.

Abbildung 4.1 - 6: Pflegebedürftige nach Pflegeformen





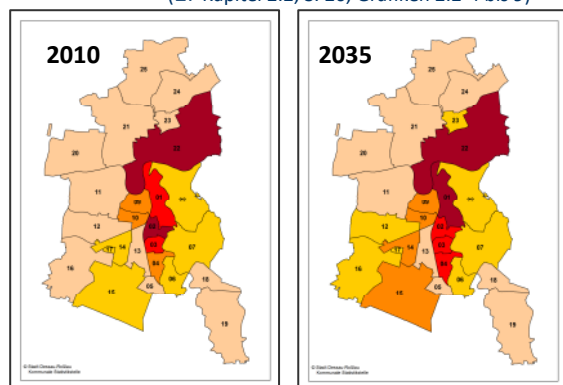
Die Zahl der Pflegegeldempfänger, also diejenigen, die ihre Angehörigen pflegen, wird laut Prognose bis zum Jahr 2020 auf **945 Personen** steigen und anschließend bis zum Jahr 2035 wieder auf **821 Personen** sinken.

Auch der ambulante Pflegebedarf wird im Jahr 2020 seinen vorläufigen Höhepunkt erreichen. Insgesamt **944 Pflegebedürftige** werden ambulante Hilfen durch Pflegedienste benötigen. Hier geht die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2035 bis auf **820** zurück.

Die höchste Anzahl an Pflegebedürftigen, die stationärer Hilfe bedürfen, wird nach diesen Berechnungen mit **1.124 Personen** im Jahr 2020 erwartet. Dieser Bedarf wird voraussichtlich bis zum Jahr 2035 wieder auf **977** stationäre Pflegeplätze zurückgehen.

4.1.2 Pflegebedürftige in den Stadtbezirken

Abbildung 4.1- 7: Pflegebedürftige in den Stadtbezirken
([4.1 Kapitel 2.2, S. 20, Grafiken 2.2-4 bis 9](#))



Anzahl der Pflegebedürftigen

Die Entwicklung des Pflegebedarfs ist von der Bevölkerungsentwicklung, speziell der hochaltrigen Altersgruppe, abhängig. Insofern nehmen die Prognosen zur Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen in den Stadtbezirken einen ähnlichen Verlauf wie die Bevölkerungsentwicklung in den Stadtbezirken. Daher kann auf eine geschlechter- oder altersspezifische Auswertung der Pflegebedürftigen innerhalb der Stadtbezirke an dieser Stelle verzichtet werden. Den tabellarischen Über-

sichten in [4.1 Kapitel 3](#) des Pflegestrukturkompasses können bedarfsweise die entsprechenden Zahlen entnommen werden.

Die meisten Pflegebedürftigen lebten im Jahr 2010 in den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Mitte (**379 Pflegebedürftige**), Roßlau (**314 Pflegebedürftige**) und Innerstädtischer Bereich Süd (**250 Pflegebedürftige**). Die letzten Plätze im Ranking der Stadtbezirke nach Anzahl der Pflegebedürftigen ([4.1 Kapitel 4.9, S. 219](#)) belegten die Stadtbezirke Mühlstedt (**4 Pflegebedürftige**), Brambach und Sollnitz (jeweils **7 Pflegebedürftige**).

Bis auf die Stadtbezirke Innerstädtischer Bereich Mitte und Innerstädtischer Bereich Süd wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2035 zunehmen.

Abbildung 4.1- 8: größter Zuwachs/Verlust an Pflegebedürftigen

2010-2025	2010-2035
größte Zuwächse	
I. B. Nord +108	I. B. Nord +73
Süd +100	Kochstedt +56
Roßlau +44	Alten +53
größte Verluste	
I. B. Mitte -20	I. B. Mitte -154
-	I. B. Süd -23
-	Siedlung -17

In den Jahren 2025 und 2035 werden in den folgenden Stadtbezirken die meisten bzw. wenigsten Pflegebedürftigen leben:

Abbildung 4.1- 9: Ranking nach Anzahl der Pflegebedürftigen

	2025	2035
	Pflegebedürftige	
Rang 1	I. B. Mitte 403	Roßlau 323
Rang 2	Roßlau 358	I. B. Nord 301
Rang 3	I. B. Nord 336	I. B. Süd 227



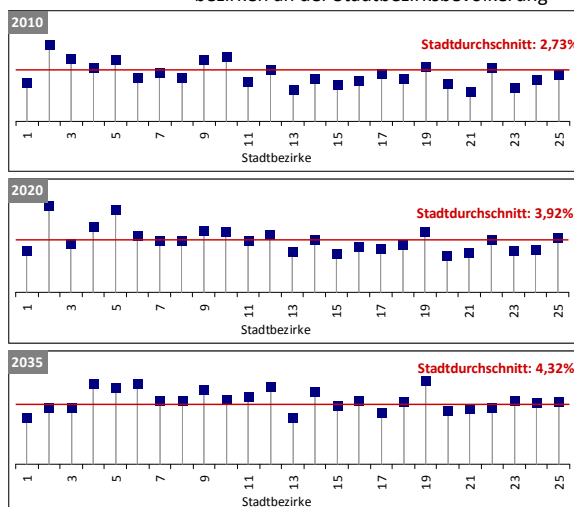
	2025	2035
	Pflegebedürftige	
Rang 25	Mühlstedt 5	Mühlstedt 6
Rang 24	Streetz/Natho 9	Sollnitz 9
Rang 23	Brambach 9	Streetz/Natho 10

Anteil an der Stadtbezirksbevölkerung

In allen Stadtbezirken wird sich der Anteil der Pflegebedürftigen an der Stadtbezirksbevölkerung bis zum Jahr 2020 erhöhen ([Kapitel 4.10, S. 220](#)). In vielen Stadtbezirken liegt dieser Anteil weit über dem städtischen Durchschnitt. Überdurchschnittliche Anteile an Pflegebedürftigen an der jeweiligen Stadtbezirksbevölkerung werden in den Stadtbezirken Haideburg – hier wird der Anteil im Jahr 2025 bis auf **6,82 Prozent** ansteigen – Innerstädtischer Bereich Mitte (**6,15 Prozent** im Jahr 2020) und Sollnitz (**5,92 Prozent** im Jahr 2035) erwartet.

Die geringsten Anteile wurden für die Stadtbezirke Brambach (2020: **2,61 Prozent**; 2025: **2,69 Prozent**) und West (2035: **3,33 Prozent**) prognostiziert.

Abbildung 4.1 – 10: Anteil der Pflegebedürftigen in den Stadtbezirken an der Stadtbezirksbevölkerung



Pflegebedürftige und Pflegeheime

Eine hohe Anzahl an Plätzen in Altenpflegeheimen bewirkt voraussichtlich eine höhere Anzahl an Pflegebedürftigen in den Stadtbezirken (siehe auch Anlage 2). So werden die meisten Pflegeheimplätze in den Stadtbezirken Roßlau (278 Plätze), Innerstädtischer Bereich Süd (248 Plätze), Innerstädtischer Bereich Mitte (236 Plätze) und Ziebigk (144 Plätze) vorgehalten und binden dadurch eine konstante Anzahl von Pflegebedürftigen an den jeweiligen Stadtbezirk. Die Prognosen zur Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen basieren auf den natürlichen Bevölkerungsprognosen – derartige Konstanten fanden hier bislang keine Berücksichtigung. Es ist demnach anzunehmen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in diesen vier Stadtbezirken höher als prognostiziert ausfallen wird. In diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen zur gleichen Thematik in Kapitel 3.2 (S. 16) verwiesen.

4.2 Demenzerkrankungen

[Kapitel 2.4, S. 25](#)

Ältere Menschen sind in besonderer Weise von psychischen Störungen verschiedener Art betroffen. Neben psychischen Erkrankungen führen Rückbildungsvorgänge des Gehirns durch Alterung, Stoffwechselstörungen und degenerative Veränderungen ursächlich zu diesen Erkrankungen. Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft ist das Krankheitsbild der Demenz mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen in den letzten Jahren immer stärker in den Focus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt. Mit dem Demenz-Report des Berlin-Institutes vom Februar 2011 liegen relativ aktuelle Prognosedaten über zu erwartende Demenzfälle bis zum Jahr 2025 auf Regionalebene vor. Diese Prognosen basieren auf Berechnungen zur Bevölkerungsentwicklung der Bundesstatistik.

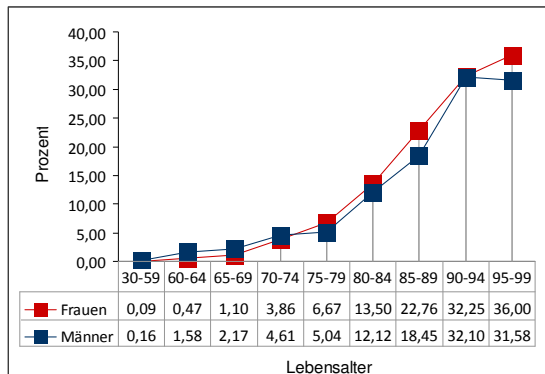
Für Dessau-Roßlau wurden in dieser Prognose für das Jahr 2008 **2.066 Demenzerkrankte** und



für das Jahr 2025 **3.174 Demenzerkrankte je 100.000 Einwohner** ausgewiesen – was einer Steigerungsrate von **18 Prozent** gleichkommt.

Als Basis dienten Annahmen zur Demenzhäufigkeit nach Altersgruppen. Demnach steigt die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken nach dem 65. Lebensjahr steil an (↓ Def. S. 8):

Abbildung 4.2-1: Demenzhäufigkeit



Legt man diese Annahmen den aktuelleren prognostizierten Bevölkerungsdaten der Kommunalen Statistikstelle zugrunde (↓ Def. S. 5), muss in den kommenden Jahren mit folgender Anzahl von Demenzerkrankungen gerechnet werden:

Abbildung 4.2 - 2: Demenzprognose für Dessau-Roßlau

	2010	2015	2020	2025	2035
	absolute Zahlen				
gesamt	1.776	1.999	2.187	2.279	2.037
weiblich	1.155	1.256	1.340	1.387	1.220
männlich	621	743	847	892	817
	Anteil an Bevölkerung in Prozent				
gesamt	2,04	2,44	2,85	3,19	3,36
weiblich	2,57	2,96	3,36	3,74	3,88
männlich	1,48	1,88	2,29	2,59	2,80

Nach dieser Prognose wird die Zahl der Demenzerkrankten von 2010 bis zum Jahr 2025 um **28,3 Prozent** steigen. Damit fällt diese Prognose schlechter als die des Berlin-Institutes aus.

Auffällig ist der geschlechterspezifische Unterschied der Prognosedaten. Die höhere Bevölkerungszahl in der Altersgruppe der

weiblichen Hochaltrigen wird auch zu einer höheren Anzahl von weiblichen Demenzerkrankten führen. Dennoch werden sich die Zahlen der weiblichen und männlichen Demenzerkrankten im Verlauf des Untersuchungszeitraumes annähern. Waren laut dieser Prognose im Jahr 2010 **65 Prozent** der Demenzerkrankten Frauen und **35 Prozent** Männer, werden es im Jahr 2020 **61 Prozent** Frauen und **39 Prozent** Männer (2035 **59 Prozent** Frauen und **41 Prozent** Männer) sein.

Der Anteil an der Gesamtbevölkerung wird voraussichtlich von **2,04 Prozent** im Jahr 2010 auf **3,36 Prozent** im Jahr 2035 steigen.

4.3 Auswirkungen des PNG⁹ auf die Pflegebedarfszahlen

Unter Berücksichtigung der Intensionen des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung⁹ wird sich die Zahl der Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, über die in Kapitel 3.1 vorgestellten Prognosen hinaus, erhöhen. Laut Gesetz sollen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, vor allem Menschen, die an Demenz erkrankt sind, zwar nicht als Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI anerkannt werden – hier hat sich der Gesetzgeber auf keine erweiterte Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes eingelassen - aber dennoch sollen sie Leistungen der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten.

Um welchen Anteil in diesem Zusammenhang die Zahl der prognostizierten Pflegebedürftigen und Empfänger von Pflegeleistungen (siehe S. 18) ansteigen wird, kann nur sehr vage eingeschätzt werden. Nach den folgenden Berechnungen könnte sich die Anzahl der Betroffenen im Jahr 2025 zusätzlich zu den bereits prognostizierten **3.002 Personen** um weitere **1.248 Personen** auf insgesamt **4.250 Personen** erhöhen. Dadurch würde der Anteil der Empfänger von Leistungen der Pflege-

⁹ Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz-PNG) vom 23.10.2012



versicherung an der Gesamtbevölkerung von **4,20 Prozent** auf **5,94 Prozent** steigen.

Bis zum Jahr 2035 könnte sich nach diesen Berechnungen die Zahl der Pflegeleistungsempfänger von **2.619 prognostizierten Personen** auf **3.758 Personen** erhöhen, wodurch nicht nur **4,32 Prozent** der Bevölkerung, sondern **6,20 Prozent** Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung wären.

Erläuterungen zur Berechnung:

In Vorbereitung dieser Planung wurde das Pflegepersonal der ambulanten Pflegedienste und der stationären Pflegeeinrichtungen unter anderem nach dem Anteil der Pflegebedürftigen, die von den unterschiedlichen Ausprägungen der Demenz betroffen sind, befragt (weiterführende Anmerkungen zur Befragung sind im 5. Kapitel zu finden). Hierbei handelt es sich um Schätzungen des Personals. Danach weisen im ambulanten Bereich ca. **26 Prozent** und im stationären Bereich ca. **72 Prozent** der Pflegebedürftigen Demenzsymptome auf oder sind bereits an Demenz erkrankt. Bei diesen Pflegebedürftigen handelt es sich bereits um Empfänger von Pflegeleistungen, das hieße, um diesen Anteil würde sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nicht erhöhen.

Die Anzahl der prognostizierten Demenzkranken, die nach bislang geltendem Recht keine Leistungen der Pflegeversicherungen erhielten, würden zukünftig zum Kreis der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung hinzugerechnet werden müssen (siehe Abbildungen 1 und 2):

Abbildung 4.3-1: Anzahl demenzkranker Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung (Prognose)

	ambulant (26%)*	stationär (72%)*	gesamt
	Anzahl demenzkranke Pflegebedürftige		
2010	193	619	812
2015	245	679	890
2020	245	788	1.033
2025	245	786	1.031
2035	213	685	898

* Anteil an der prognostizierten Anzahl an Pflegebedürftigen
([§ 7 Kapitel 2.2.2, S. 22](#))

Abbildung 4.3-2: Empfängern von Leistungen der Pflegeversicherung nach dem PNG (Prognose)

	Demenzkranke			Pflege- bedürftige	LE PV nach PNG*
	Anzahl	LE PV	nicht LE PV		
2010	1.776	812	964	2.371	3.335
2015	1.999	890	1.109	2.596	3.705
2020	2.187	1.033	1.154	3.014	4.168
2025	2.279	1.031	1.248	3.002	4.250
2035	2.037	898	1.139	2.619	3.758

LE = Leistungsempfänger; PV = Pflegeversicherung

* Anzahl der Empfänger von Leistungen nach dem PNG =
Demenzkranken ohne Leistungen + prognostizierte Pflegebedürftige (Kapitel 4.1.1)

4.4 Hilfe zur Pflege SGB XII

Pflegebedürftigkeit wird in der Regel von der Pflegeversicherung (SGB XI) durch Übernahme eines Kostenanteils der häuslichen oder stationären Pflege aufgefangen. Übersteigen die Pflegekosten diesen Betrag, müssen Pflegebedürftige selbst oder bei fehlendem Einkommen bzw. Vermögen die Sozialhilfeträger im Rahmen des 7. Kapitel des SGB XII für den Fehlbetrag aufkommen.

Die Zahl der Empfänger von Hilfen zur Pflege hat in den letzten Jahren zugenommen. Dieser Anstieg kann neben demografischen Gründen auch ein Indiz für gesunkene Einkommen und/oder Mehraufwendungen für Pflegeleistungen sein.

Abbildung 4.4-1: Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII

			2009	2010	2011
			Anzahl Personen		
ambulante Hilfen	unter 65 Jahre	gesamt	54	55	59
		männlich	31	31	31
		weiblich	23	24	28
	65-79 Jahre	gesamt	50	46	60
		männlich	20	18	25
		weiblich	30	28	35
	ab 80 Jahre	gesamt	64	60	65
		männlich	13	10	10
		weiblich	51	50	55
gesamt		168	161	184	

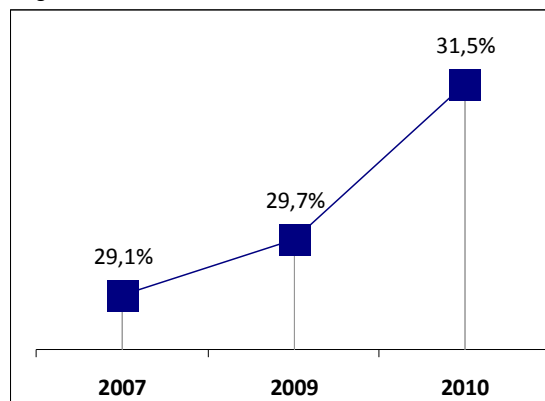


			2009	2010	2011
			Anzahl Personen		
stationäre Hilfe	unter 65 Jahre	gesamt	34	46	50
		männlich	24	28	31
		weiblich	10	18	19
	65-79 Jahre	gesamt	81	91	94
		männlich	44	50	50
		weiblich	37	41	44
	ab 80 Jahre	gesamt	138	134	129
		männlich	12	14	16
		weiblich	126	120	113
gesamt		253	271	273	

Datenquelle: Amt für Soziales und Integration

Von **861 Personen**, die im Jahr 2010 für die stationäre Pflege Leistungen der Pflegeversicherungen erhielten ([17 Kapitel 2.2.2, S. 22](#)), mussten **271 Personen** zur Deckung ihrer Pflegekosten Leistungen der Hilfe zur Pflege einsetzen – damit konnten **31,5 Prozent** der Pflegebedürftigen die Kosten, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgingen, nicht aus eigenen Einkommen finanzieren. Seit dem Jahr 2007 wurde in diesem Bereich ein kontinuierlicher Aufwärtstrend festgestellt:

Abbildung 4.4-2: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege SGB XII an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege



Im gesamten Erhebungszeitraum erhalten bis zum 65. Lebensjahr mehr Männer als Frauen Hilfen zur Pflege. Ab dem 65. Lebensjahr kippt dieses Verhältnis ins Gegenteil – dann sind deutlich mehr Frauen als Männer Hilfeempfänger.

Bezifferte Prognosen für die kommenden Jahre sind in diesem Zusammenhang nur schwer möglich. Vor dem Hintergrund der prognosti-

zierten Zunahme der Anzahl hochaltriger Einwohner und dem Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen ist anzunehmen, dass auch die Fallzahlen im Rahmen der Hilfe zur Pflege SGB XII zunehmen werden.

4.5 Tendenzen in der Entwicklung des Pflegebedarfs

Die Entwicklung des Pflegebedarfs wird im Untersuchungszeitraum von folgenden Tendenzen begleitet werden:

1.

trotz rückläufiger Bevölkerungsentwicklung nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen in allen Stadtbezirken bis zum Jahr 2020 zu

2.

der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung steigt von **2,73 Prozent** (2010) auf **4,20 Prozent** (2025)

3.

ca. **90 Prozent** der Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt und älter

4.

mehr als **40 Prozent** der Pflegebedürftigen leben in den innerstädtischen Stadtbezirken und in Roßlau

5.

die meisten Pflegebedürftigen werden ambulant gepflegt (**63,7 Prozent**)

6.

die Anzahl der Demenzkranken wird bis zum Jahr 2025 um **28,3 Prozent** steigen

7.

mit dem Pflegeeneuordnungsgesetz könnte sich die Zahl der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung bis 2025 statt der prognostizierten **4,20 Prozent** auf voraussichtlich **5,94 Prozent** der Gesamtbevölkerung erhöhen

8.

die Zahl der Empfänger von Hilfen zur Pflege im Rahmen des Sozialhilfrechts wird zunehmen

9.

immer mehr Menschen in stationärer Pflege sind auf staatliche Subventionen angewiesen

5. Pflegestruktur - Bestandsaufnahme

Die Fallzahlen der Pflegeversicherung belegen, dass Pflege in Dessau-Roßlau zu fast **70 Prozent** in der häuslichen Umgebung stattfindet. Dabei ist die häusliche Pflege häufig ein „Pflegemiteinander“ aus professioneller, familiärer und nachbarschaftlicher Hilfe und wird durch unterschiedliche pflegeergänzende Leistungen begleitet. Nur ca. **30 Prozent** der Pflegebedürftigen leben in stationären Einrichtungen und erhalten dort professionelle Pflege.

In diesem Kapitel soll zunächst eine Bestandsaufnahme der lokalen Pflegestruktur erfolgen. Das entsprechende Datenmaterial ist dem Pflegestrukturkompass (Anlage 1) zu entnehmen.

5.1 Ambulante Pflege

5.1.1 Angehörigenpflege

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der Pflegebedarf in der Regel innerhalb der Familie gedeckt wird. So gilt im Pflegeversicherungsrecht der Vorrang der ambulanten Pflege vor der stationären Pflege. Programmatisch wird in § 4 SGB XI von der Förderung der Pflege in der Familie ausgegangen.

Laut Statistik der Pflegeversicherung erhalten **31,4 Prozent** (2009: **735 Personen**) aller Pflegebedürftigen in Dessau-Roßlau zur Pflege durch Angehörige Pflegegeld (siehe Kapitel 4.1). Da aus unterschiedlichen Gründen nicht alle pflegenden Angehörigen Empfänger von Pflegegeld sind, wird die tatsächliche Zahl der pflegenden Angehörigen weit über diese statistischen Fallzahlen hinausgehen.

Ob auch zukünftig ein Potenzial der Angehörigenpflege vorhanden sein wird, soll mit den folgenden Untersuchungen ermittelt werden. Da bundesweit überwiegend Frauen ihre Angehörigen pflegen, werden gleichzeitig die geschlechterspezifischen familiären bzw. nachbarschaftlichen Pflegepotenziale analysiert ([↗ Def. S. 8](#)).

A. Angehörigenpflegepotenzial in der Gesamtstadt

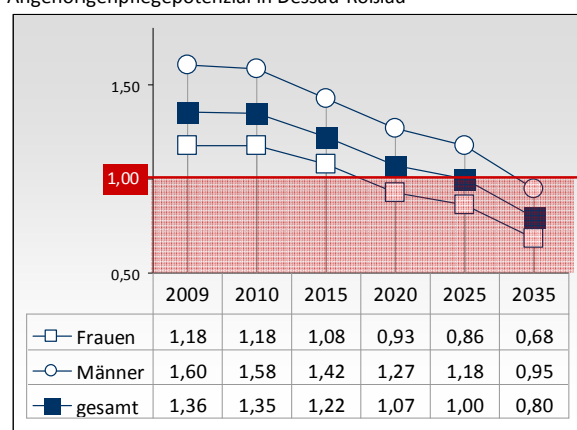
[↗ Kapitel 2.3, S. 23](#)

Im Basisjahr 2010 betrug in Dessau-Roßlau das Angehörigenpflegepotenzial durchschnittlich **1:1,36** – das bedeutet, einem Pflegebedürftigen standen 1,36 pflegende Angehörige ge-

genüber. Das Pflegepotenzial der männlichen Einwohner war mit **1:60** höher als das weibliche Pflegepotenzial (**1:18**).

Im gesamten Untersuchungszeitraum wird mit einer dramatischen Abnahme des Angehörigenpflegepotenzials zu rechnen sein. So wird ab dem Jahr 2020 zunächst das Absinken des weiblichen Angehörigenpflegepotenzials unter 1:1 (**1:0,93**) und im Jahr 2035 auch der Rückgang des männlichen Pflegepotenzials (**1:0,95**) prognostiziert. Demnach steht dann einem zu Pflegenden kein Angehöriger mehr gegenüber – damit wird dann das Angehörigenpflegepotenzial faktisch nicht mehr vorhanden sein.

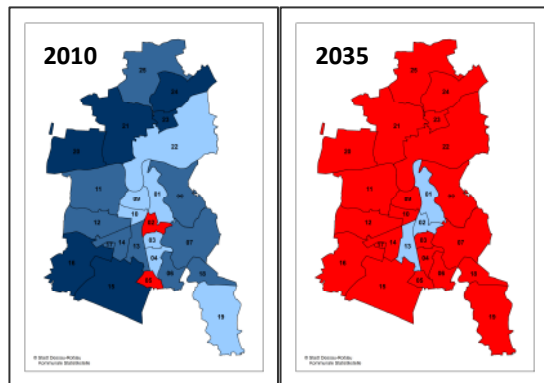
Abbildung 5.1.1-1:
Angehörigenpflegepotenzial in Dessau-Roßlau



B. Angehörigenpflegepotenzial in den Stadtbezirken

↕ jeweils Kapitel 3.

Abbildung 5.1.1- 2: Angehörigenpflegepotenzial in den Stadtbezirken (↕ Kapitel 2.3, S. 24)



Das prognostizierte Angehörigenpflegepotenzial folgt in den meisten Stadtbezirken einem ähnlichen Szenario wie im gesamtstädtischen Durchschnitt. Wie die obigen beiden Grafiken veranschaulichen, gab es im Jahr 2010 erst 2 Stadtbezirke, in denen das Angehörigenpflegepotenzial bereits „weggebrochen“ war – die Stadtbezirke Innerstädtischer Bereich Mitte (**1:0,64**) und Haideburg (**1:0,80**). Bis zum Jahr 2035 folgen dann die meisten anderen Stadtbezirke dieser Entwicklung. Lediglich in den Stadtbezirke Innerstädtischer Bereich Nord (**1:1,25**) und West (**1:1,24**) wird im gesamten Untersuchungszeitraum ein Angehörigenpflegepotenzial vorhanden sein. Der einzige Aufwärtstrend wird für den Stadtbezirk Innerstädtischer Bereich Mitte festgestellt. Ähnlich wie beim gegenläufigen Trend der stadtbezirksbezogenen Bevölkerungsprognose wird sich in diesem Stadtbezirk das im Jahr 2010 noch „negative“ Angehörigenpflegepotenzial bis zum Jahr 2035 in ein „positives“ (**1:1,03**) entwickeln.

Im Ranking der Stadtbezirke nach Angehörigenpflegepotenzial (↕ Kapitel 4.11, S. 221) belegen folgende Stadtbezirke die vorderen bzw. letzten drei Ränge:

Abbildung 5.1.1-2:

Ranking der Stadtbezirke nach Angehörigenpflegepotenzial

	2010	2025	2035
	Stadtbezirk / Angehörigenpflegepotenzial		
Rang 1	I. B. Mitte 1:0,64	Süd 1:0,69	Mühlstedt 1:0,51
Rang 2	Haideburg 1:0,80	Haideburg 1:0,75	Kleinkühn. 1:0,52
Rang 3	Siedlung 1:1,11	Törten 1:0,80	Streetz/Nat. 1:0,56
Rang 23	Mühlstedt 1:2,43	Kochstedt 1:1,25	I. B. Mitte 1:1,03
Rang 24	Rodleben 1:2,72	West 1:1,48	West 1:1,24
Rang 25	Brambach 1:2,80	I. B. Nord 1:1,48	I. B. Nord 1:1,25

1=geringstes Potenzial; 25=höchstes Potenzial

Fazit

Diesen Untersuchungen wurde ausschließlich ein sehr abstraktes Rechenmodell zugrunde gelegt. Faktoren wie z. B. tatsächliche Verwandtschaftsverhältnisse, Nähe des Wohnsitzes und Berufstätigkeit der Angehörigen, soziales Milieu sowie die Bereitschaft zur Pflege blieben unberücksichtigt. Dennoch werden durch diese Methode Tendenzen verdeutlicht, die als Folge der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung abzusehen sind.

Der Verlust des Angehörigenpflegepotenzials wird nicht ohne Konsequenzen für die Durchsetzung des Prinzips des Vorrangs der ambulanten Pflege bleiben. Gelingt es nicht, einerseits die Zahl der pflegenden Angehörigen zu erhöhen und andererseits das vorhandene Potenzial zu unterstützen bzw. zu stärken oder alternative Pflegemodelle zur Angehörigenpflege voranzutreiben (siehe Kapitel 7.2), wird für viele, vor allem hochaltrige Pflegebedürftige nur die stationärer Pflege infrage kommen.

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sieht für pflegende Angehörige ab 2013 weitere Maßnahmen zur besseren Entlastung vor. So sollen Angehörige für die Zeit eigener Rehabilitationsmaßnahmen durch die Übernahme der Kosten für einen zeitgleichen Aufenthalt des Pflegebedürftigen in der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege finanziell entlastet werden.

5.1.2 Ambulante Pflegedienste

↗ Kapitel 2.5.2, S. 26

Abbildung 5.1.2-1: Pflegedienste in Dessau-Roßlau (Stand per 31.11.2011)

Stadtbezirk		Pflegedienst	
01	Innerstädtischer Bereich Nord	1	Ambulanter Pflegedienst Ramona Hänel
		2	Johanniter Unfallhilfe e. V.
		3	Medilux
		4	Pflegedienst „Am Schillerpark“
02	Innerstädtischer Bereich Mitte	5	Pflege mit Herz N & R GbR
		6	Sozialstation des DRK e. V.
		7	Pflegedienst Sabota
		8	Sozialstation des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Dessau e. V.
		9	Intensivpflegedienst Zukunft MD GmbH
03	Innerstädtischer Bereich Süd	10	provital Pflegedienst
		11	Ambulanter Pflegedienst der Marthahaus Seniorenresidenz
		12	Sozialstation der VS '92 Dessau/Roßlau e. V.
07	Mildensee	13	Hagen & Schmidt GmbH Ambulante Hauskrankenhilfe
09	Ziebigk	14	Mobiler Hilfs- und Pflegedienst Sander
		15	Ambulanter Pflegedienst „Hilfe zum Leben“ Katrin Deike
10	Siedlung	16	Sozialstation der AWO Dessau e. V.
		17	Ambulanter Pflegedienst „Zuversicht“
		18	Pflegedienst der Lebenshilfe e. V.
		19	Nodus Vitalis GmbH
11	Großkühnau	20	Häusliche Alten- und Krankenpflege Monika Winkler
14	Alten	21	Nodus Vitalis GmbH
15	Kochstedt	22	Mobiler Pflegedienst „Sonnenschein“
16	Mosigkau	23	S. Lindi & Team GbR
17	Zoberberg	24	Mobiler Pflegedienst Sabine Fiebig
22	Roßlau	25	Amtsmühle Roßlau GmbH
		26	Häusliche Krankenpflege Svetlana Dießner

Etwa **750 Pflegehaushalte** (↗ Kapitel 2.2.2, S. 2) nehmen gegenwärtig laut Pflegestatistik in Dessau-Roßlau die ambulanten Leistungen von **26 zugelassenen Pflegediensten** in Anspruch (**32,3 Prozent** der Pflegebedürftigen).

A. Einsatzorte

Die meisten Pflegedienste befinden sich im Zentrum der Stadt. Da sie jedoch mobil im Einsatz sind, spielt der Sitz der Pflegedienste nur eine untergeordnete Rolle. Einer Befragung unter den ambulanten Pflegediensten im Jahr 2011 zufolge¹⁰, agieren fast alle

Pflegedienste im gesamten Stadtgebiet (Abbildung 6.1.2-2).

Laut dieser Befragung werden **87,6 Prozent** der Betroffenen in der eigenen Wohnung, **3,4 Prozent** bei Angehörigen und **9 Prozent** in anderen Wohnformen (z. B. selbst organisierte Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen) gepflegt. Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen lebt allein in der eigenen Wohnung, woraus sich ein hoher Bedarf nach Leistungen, die über den Rahmen der Pflege hinausgehen (z. B. hauswirtschaftliche Leistungen) ableiten lässt.

¹⁰ Befragung des Amtes für Soziales und Integration, von den 26 Pflegediensten beteiligten sich 16 Pflegedienste

Abbildung 5.1.2-2:

Pflegedienste in Dessau-Roßlau (farbliche Abstufung der Stadtbezirke = Anzahl der Pflegebedürftigen; [17 Kapitel 2.2, S. 20, Grafiken 2.2-4\)](#)

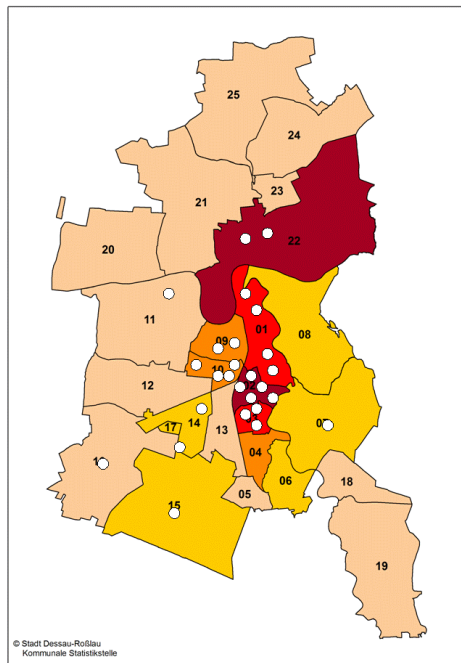
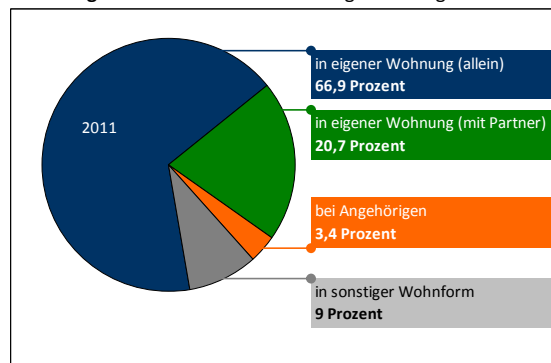


Abbildung 5.1.2-3: Wohnarten der Pflegebedürftigen



Datenquelle: siehe Umfrage, a. a. O.

B. Leistungen

So erbringen die meisten Pflegedienste in der Regel neben den Grundpflegeleistungen nach SGB XI auch

- hauswirtschaftliche Leistungen nach SGB XI
- Behandlungspflege nach SGB V
- niedrigschwellige Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf nach § 45b SGB XI und
- pflegeergänzende Leistungen.

Im Rahmen der Befragung gaben die Pflegedienste an, neben der Grundpflege folgende Leistungen anzubieten:

Abbildung 5.1.2-4: die Grundpflege ergänzende Leistungen der ambulanten Pflegedienste

Leistung	Anz. *
hauswirtschaftliche Leistungen	13
Wäschedienst	6
Mahlzeitendienst	6
Hausnotruf	9
24-Stunden-Erreichbarkeit	15
Begleitung zum Arzt, Behörden usw.	11
Fahrdienst nach SGB V	1
Behindertenfahrdienst	0
Urlaubspflege	16
Kurzzeitpflege	3
Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelberatung	16
Hilfsmittelverleih	2
Betreuung u. Pflege	
▪ von gerontopsych. veränderten Menschen	7
▪ von beatmungspflichtigen Menschen	2
▪ bei enteraler u./o. parenteraler Ernährung	13
▪ von an HIV erkrankten Menschen	3
Kinderkrankenpflege	4
Palliativpflege / Sterbegleitung	7
Vermittlung v. Leistungen (Friseur usw.)	16
Beratung zur Finanzierung der Pflege	15
Unterstützung bei Anträgen u. Schriftverkehr	16
Beratung über Wohnraumanpassung	7
Hauskrankenpflegekurse für Angehörige	4

* Anzahl der Pflegedienste, die diese Leistungen anbieten

Datenquelle: siehe Umfrage, a. a. O.

C. Personal

Angaben über die tatsächliche Anzahl des in allen Pflegediensten beschäftigten Personals liegen nicht vor.

Im Ergebnis der obigen Befragung wurde ermittelt, dass jede Pflegefachkraft durchschnittlich **7,7 Pflegebedürftige** pflegt. Diese Zahl besitzt allerdings wenig Aussagekraft, da es sich bei den Erhebungen einerseits um Stichtagsanalysen handelt und andererseits Faktoren wie z. B. die Schwere der Pflege (unterschiedliche Pflegestufen) oder Pflegezeiten unberücksichtigt blieben. Diese Auswertung kann im Fall gleichlautender Befragungen in

den Folgejahren ausschließlich als Vergleichszahl gelten.

Neben den Fachkräften, die eine professionelle Pflege durchführen, sind in hoher Zahl Hilfskräfte beschäftigt. Durch sie werden überwiegend hauswirtschaftliche Leistungen, niedrigschwellige Betreuungsleistungen und die Grundpflege ergänzende Leistungen erbracht. Ausgehend von der Annahme, dass jeder Pflegebedürftige eine dieser Leistungen in Anspruch nimmt, hätte jede Hilfskraft durchschnittlich **10,4 Pflegebedürftige** zu betreuen. Allerdings handelt es sich auch bei dieser Zahl um eine Hypothese, die ausschließlich dem Vergleichszweck dienen soll. Im Durchschnitt wurde aus den Befragungsergebnissen ein Verhältnis von Pflegefachkraft zu Hilfskraft von **1:0,7** ermittelt, d. h., dass neben jeder Pflegefachkraft 0,7 Hilfskräfte beschäftigt sind.

D. Demenz in der ambulanten Pflege

Aus den Umfrageergebnissen geht hervor, dass ca. **26 Prozent** der zu Pflegenden an unterschiedlichen Ausprägungen der Demenz leiden. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Schätzungen des Pflegepersonals.

Nur 7 Pflegedienste gaben an, spezielle pflegeergänzende Dienste für diesen Personenkreis anzubieten. Ein Pflegedienst hat sich mit einem Leistungsschwerpunkt der Pflege von Demenzkranken verpflichtet. Mehrere Pflegedienste erwähnten, keine besonderen Leistungsschwerpunkte zu haben, sondern jedem Pflegebedürftigen in geeigneter Weise die notwendige Pflege zukommen zu lassen, was auch die Betreuung von Demenzkranken einschließt.

E. Qualität in der ambulanten Pflege

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind gemäß SGB XI verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement durchzuführen, Expertenstandards anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen mitzuwirken.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der priva-

ten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfungsauftrags jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach SGB XI erfüllen.

Seit 1. Dezember 2009 werden die Noten für die Qualität der Pflege in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Transparentberichten im Internet veröffentlicht. Im Rahmen der Routineprüfungen des Jahres 2012 wurden die in **Anlage 3** aufgeführten Pflegenoten bekannt gegeben. Im Gesamtergebnis werden von 25 bewerteten Pflegediensten

15 Pflegedienste mit „sehr gut“

7 Pflegedienste mit „gut“ und

3 Pflegedienste mit „befriedigend“

beurteilt. Im Stadtdurchschnitt wurde rechnerisch die Pflegenote 1,6 ermittelt, was dem Prädikat „gut“ entspricht. Der Landesdurchschnitt wird derzeit eine Pflegenote von 1,5 („gut“) ausgewiesen - damit liegt die durchschnittliche Qualität der Dessau-Roßlauer ambulanten Pflegedienste geringfügig unter dem Landesdurchschnitt.

F. Beurteilung der Versorgungssituation

Bislang decken die vorhandenen Pflegedienste den Bedarf an professioneller ambulanter Pflege. Versorgungsengpässe sind nicht vorhanden. Die Qualität der Pflege wurde insgesamt mit dem Prädikat „gut“ bewertet.

Dennoch gaben einige Pflegedienste im Rahmen der obigen Umfrage auf die Frage, wie sie die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen in Dessau-Roßlau einschätzen zwar an, dass die Versorgung insgesamt gut sei, aber sowohl Hausärztemangel und Pflegefachkräftemangel die Pflege zunehmend erschweren.

Einen großen Teil der Arbeit der Pflegedienste nehmen neben der Grundpflege auch die im Rahmen von hauswirtschaftlichen und pflegeergänzenden Leistungen erbrachten Dienste ein. Für die meist allein lebenden Pflegebe-

dürftigen bietet diese Angebotsvielfalt den Vorteil, dass die Hilfen von vorwiegend einem Pflegedienst und damit aus einer Hand abgerufen werden können.

Einige Pflegedienste beurteilen die Zusammenarbeit bzw. Vernetzung von Hausärzten, Kliniken, Behörden, Ämtern und auch der Pflegedienste untereinander als mangelhaft.

Insbesondere wird ein besseres Entlassungsmanagement der Kliniken gefordert.

Fazit

Da die Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren zunehmen wird, ist absehbar, dass auch der Bedarf nach ambulanter Pflege steigen wird. Ob und in welcher Anzahl weitere Pflegedienste erforderlich werden oder ob eine Aufstockung des Pflegepersonals in den vorhandenen Pflegediensten zur Bedarfsdeckung ausreichend sein wird, kann aus heutiger Sicht nicht beurteilt werden.

Da bereits heute von einigen Pflegediensten auf den Mangel an ausgebildetem Fachpflegepersonal hingewiesen wird, sollte einem weiteren Mangel rechtzeitig entgegengewirkt werden. Hier werden insbesondere Ausbildungseinrichtungen, aber auch diejenigen, die die Grundlagen dafür schaffen, dass der Pflegeberuf als attraktive Lebensperspektive insbesondere von jungen Menschen beurteilt wird, gefordert sein. Pflegeversicherungsleistungen, Tarife und Pflegesätze agieren dabei miteinander, entziehen sich aber dem Einfluss der Kommune.

Angesichts des prognostizierten Zuwachses an Demenzerkrankungen wird die Pflege von Demenzkranken immer mehr in den Mittelpunkt der Pflege rücken. Dabei soll die häusliche Pflege auch zukünftig Vorrang vor der stationären Pflege haben („ambulant vor stationär“). Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz sollen vor allem die finanziellen Mittel zur Betreuung Demenzkranker, bei denen nicht der körperliche Hilfebedarf im Vordergrund steht, erhöht werden. Diese Mittel können in erster Linie für die Anleitung und Betreuung verwendet werden. Soziale Hilfen und tagesstrukturierende Maßnahmen wer-

den in diesem Zusammenhang Schwerpunkte der Pflege bilden. Hier kann vor allem den ambulanten Pflegediensten eine hervorgehobene Bedeutung zukommen.

Durch Einbeziehung und Vernetzung mit den unterschiedlichsten niedrigschwelligen Angeboten, pflegeunterstützenden Angeboten und mit kommunaler Unterstützung wird es zukünftig darauf ankommen, einerseits den betroffenen, an Demenz Erkrankten ein weitestgehend selbstständiges Leben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen und andererseits, pflegende, zum Teil berufstätige Angehörige durch geeignete Maßnahmen, z. B. durch Tagesbetreuungsangebote, besser zu entlasten.

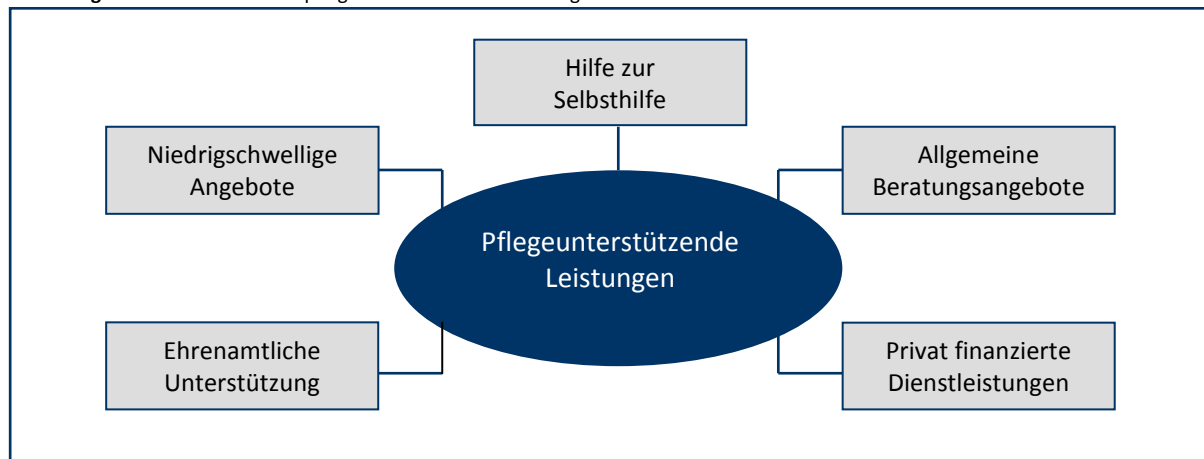
→ [Entwicklungsstrategien ab S. 44](#)

5.1.3 Pflegeunterstützende Leistungen

Ambulante Hilfe kann oft nur dann ganzheitlich wirksam werden und den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen, wenn sie durch unterschiedliche pflegeunterstützende Leistungen komplettiert wird. Der Zweck dieser Leistungen besteht vor allem darin, vorhandene Fähigkeiten der Pflegebedürftigen möglichst lange zu erhalten, zu trainieren und bei nachlassenden Fähigkeiten geeignete Hilfen anzubieten. Darüber hinaus sollen soziale Beziehungen vor allem allein stehender Pflegebedürftiger wieder hergestellt oder gestärkt bzw. Vereinsamungstendenzen entgegengewirkt werden.

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben kann dabei ein wichtiger Baustein zur Vermeidung oder zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit sein. Viele der pflegeunterstützenden Leistungen werden in Dessau-Roßlau von den ambulanten Pflegediensten angeboten. In diesem Zusammenhang wird auf Kapitel 5.1.2 verwiesen. Auch Pflegekassen, Krankenkassen, Träger der freien Wohlfahrt, kirchliche und öffentliche Einrichtungen, Vermieter, private Dienstleister und die Stadt Dessau-Roßlau halten entsprechende Angebote vor. Die Auflistungen im Pflegestrukturkompass sind hier nicht abschließender Art.

Abbildung 5.1.3-1: Bausteine der pflegeunterstützenden Leistungen



Nachfolgend sollen einige Bausteine gewürdigt und auf vorhandene Angebote und Entwicklungspotenziale eingegangen werden.

A. Hilfe zur Selbsthilfe

Alle Maßnahmen Dritter, die geeignet sind, dass Betroffene aus eigenen Kräften der Pflegebedürftigkeit vorbeugen, den Pflegebedarf verringern oder ihn ergänzen, zählen zur Gruppe der Hilfen zur Selbsthilfe. Da die Vorbeugung bereits im Kindesalter beginnt, gehören selbst Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und der Gesundheitsvorsorge in diesem Alter zu den Hilfen zur Selbsthilfe. Im Rahmen dieser Planung sollen jedoch die Maßnahmen erwähnt werden, die Selbsthilfekräfte bei drohendem oder bereits vorhandenem Pflegebedarf aktivieren helfen.

In Dessau-Roßlau gibt es ein sehr verzweigtes Netz an derartigen Angeboten in ganz unterschiedlichen Trägerschaften. Im Pflegestrukturkompass ([Kapitel 3](#)) ist in den Listungen der einzelnen Stadtbezirke nur eine Auswahl der betreffenden Angebote zu finden. Insbesondere bieten:

- Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sportvereine
- Begegnungsstätten
- therapeutische Dienstleistungen

Aber auch Hilfen für pflegende Angehörige sind in diesem Zusammenhang als Hilfen zur Mobilisierung der Selbsthilfe Pflegebedürftiger

zu beurteilen. In vielen Fällen werden Pflegebedürftige von Schuldgefühlen begleitet, wenn Angehörige sich um ihre Pflege kümmern müssen. Erhalten pflegende Angehörige Unterstützung, kann sich diese Hilfe mobilisierend auf die Selbsthilfekräfte Betroffener auswirken. So bietet sich beispielsweise die Arbeits- und Sozialförderungsgesellschaft Dessau e. V. als Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen an. Unter ihrer Begleitung und Organisation kommen regelmäßig **53 Selbsthilfegruppen** zusammen. In vielen Selbsthilfegruppen treffen sich Kranke und Pflegebedürftige mit gleichem Krankheitsbild, aber auch Angehörige Betroffener, wie z. B. in der Selbsthilfegruppe „Angehörige – Alzheimer Krankheit“, um in offenen Gesprächen Erfahrungen auszutauschen und die eigenen Fähigkeiten im Umgang mit der Problematik zu erweitern.

B. Allgemeine Beratungsangebote

In den letzten Jahrzehnten ist das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung insgesamt gestiegen. Gesundheitsprophylaxe ist nicht allein ein Begriff der Krankenkassen, sondern hat sich bei vielen Menschen im Alltag etabliert. Dementsprechend ist auch der diesbezügliche Informationsbedarf gestiegen. Gleiches gilt für das Thema Pflege. Noch bevor Pflegebedarf entsteht, haben vor allem Menschen im Seniorenalter oder deren Angehörige ein großes Interesse an fachkundiger und trägerneutraler Information und Beratung rund um die Themen Pflegeprävention, Pflege-

georganisation, Finanzierung der Pflege und an Pflegeangeboten.

Häufig entsteht auch in kürzester Zeit ein Pflegebedarf (z. B. durch Schlaganfall). Dann sind insbesondere bei pflegenden Angehörigen schnelle Hilfen, nach Möglichkeit aus einer Hand gefragt.

Diesem Ziel dient auch die „**Vernetzte Pflegeberatung**“ Sachsen-Anhalt, einer Kooperation von Pflegekassen und Kommunen. In Dessau-Roßlau wurde dieses Vorhaben im Oktober 2010 durch den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung bekräftigt.

Durch die Bündelung von Beratungsleistungen über leistungsrechtliche Ansprüche, gesundheitsfördernde, präventive, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen werden Pflegebedürftige oder deren Angehörige unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit kostenlos und anbieterneutral in den Beratungsstellen der Pflegekassen oder bei der Stadt Dessau Roßlau im **Zentralen Informationsbüro „Leben und Wohnen im Alter und mit Behinderung“** informiert. Darüber hinaus stehen alle miteinander vernetzten Beratungsstellen für die Beantragung, Organisation und Koordination der Hilfen zur Verfügung.



Neben der Vernetzten Pflegeberatung bieten auch der Caritasverband, der AWO-Stadtverband Dessau e. V. sowie alle ambulanten Pflegedienste und Sozialdienste der Krankenhäuser Beratungen rund um die Themen Gesundheit und Pflege an. Spezialisierungen, wie beispielsweise auf die Themen geriatrische oder gerontopsychiatrische Erkrankungen, sind jedoch nicht bekannt.

C. Niedrigschwellige Angebote

Die im Rahmen von § 45 a-d SGB XI von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Mittel können sowohl für Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege und der allgemeinen Betreuung durch Pflegedienste als auch für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommen werden.

Die Anerkennung dieser Angebote regelt das Landesrecht. Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden durch die Sozialagentur Sachsen-Anhalt auf der Grundlage der durch das Land erlassenen PflegeBetreuungs-Verordnung (PflBetrVO) anerkannt. Auf Antrag können anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige eine Förderung nach §45 c SGB XI erhalten.

In niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, als eine Form der Entlastung pflegender Angehöriger, übernehmen u. a. ehrenamtliche Helfer die Betreuung Pflegebedürftiger. Ihre Arbeit wird durch qualifizierte Fachkräfte angeleitet und unterstützt.

Zu den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zählen:

- Betreuungsgruppen
- Helfer- und Helferinnenkreise
- Tagesbetreuung in Kleingruppen oder als Einzelbetreuung
- familienentlastende Dienste, soweit sie Betreuungsleistungen erbringen

In Dessau-Roßlau werden niedrigschwellige Leistungen vor allem von den ambulanten Pflegediensten angeboten (siehe Kapitel 5.1.2). Weitere, von der Sozialagentur zugelassene Träger gibt es bislang nicht.

Dennoch dürfte vor allem bei Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und die aufgrund gerontopsychiatrischer Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft eingeschränkt sind, einen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Häufig sind gerade in diesem Personenkreis die Möglichkeiten der Inanspruch-

nahme von entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung nicht bekannt.

D. Ehrenamtliche Unterstützung

Für viele Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens ist das ehrenamtliche Engagement unverzichtbar geworden. Die Formen des Engagements sind vielfältig und verfügen zum Teil über lange Traditionen. Neben der Betreuung und Begleitung von Kindern, von Kranken, von Pflegebedürftigen und von alten Menschen zählen dazu auch Dienste bei Jugendorganisationen, im Natur- und Umweltschutz, im Tierschutz, in der Telefonseelsorge, in der Caritas oder Diakonie, in Hilfsorganisationen, in Sport-, Kultur- und anderen Vereinen, bei den Grünen Damen, den Freiwilligen Feuerwehren usw..

Dabei sind die Einsatzorte so unterschiedlich wie die Betätigungsbereiche. Ehrenamtliche sind beispielsweise in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe, im Freizeitbereich, in Bildungseinrichtungen, aber auch in privaten Haushalten aktiv.

Im Kontext von Pflege kommt dem freiwilligen ehrenamtlichen Engagement eine wesentliche Bedeutung in der Teilhabesicherung im Sinne der Wahrnehmung von Anliegen und Angelegenheiten der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger zu. Oft sind Ehrenamtliche das einzige Bindeglied zum Gemeinschaftsleben.

Vor dem Hintergrund des rückläufigen Angehörigenpflegepotenzials wohnt dem ehrenamtlichen Engagement erhebliches Innovationspotenzial inne, insbesondere, wenn es um die Etablierung neuer Wohn- und Betreuungsformen und um die Gestaltung pflegefreundlicher Sozialräume geht.

Auch in Dessau-Roßlau sind in sehr großer Anzahl Einwohner der Stadt in unterschiedlichen Ehrenämtern tätig. Im Bereich der Pflege und Betreuung engagieren sich traditionell in erster Linie Nachbarn und Angehörige. Mit ihrem Engagement sind sie oft unverzichtbare Helfer an der Seite der Pflegebedürftigen und Senioren, aber auch Partner für Pflegedienste und stationäre Einrichtungen der Pflege.

Neuere Formen des bürgerschaftlichen Engagements, wie Seniorenbegleiter, Helfer bei den „Grünen Damen“ und Familienbetreuer können das familiäre oder nachbarschaftliche Engagement unterstützen und ggf. ersetzen.

Einen genauen Überblick über Anzahl und Vielfalt der ehrenamtlich Tätigen in Dessau-Roßlau gibt es bislang nicht. Mit der Ehrenamtsbörse, einem Angebot des Mehrgenerationenhauses in Kooperation mit verschiedenen Ämtern der Stadt Dessau-Roßlau wurde eine Anlaufstelle sowohl für Ehrenamtliche als auch für Hilfesuchende geschaffen.

Fazit

Viele Bereiche der pflegeunterstützenden Leistungen sind gut ausgebaut und orientieren sich an den örtlichen Bedarfen. Dennoch gibt es vor allem in den Bereichen der niedrigschwelligen Angebote und des bürgerschaftlichen Engagements Entwicklungspotenziale.

Insbesondere der Ausbau von niedrigschwelligen Hilfsangeboten für Menschen, die zwar keinen Pflegebedarf im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach SGB XI haben, aber dennoch durch gerontopsychiatrische Erkrankungen erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, ist anzustreben. Diese Form der Unterstützung kann vor allem pflegende Angehörige erheblich entlasten.

Will man die vielfältigen Hilfen der Ehrenamtlichen besser und vor allem bedarfsorientierter nutzen, ist einerseits die Kenntnis über die unterschiedlichen ehrenamtlichen Angebote und andererseits eine bessere Koordination und Vernetzung der ehrenamtlich Tätigen erforderlich. Mit der Ehrenamtsbörse liegt ein guter Ansatz vor, der in Kooperation mit den unterschiedlichen Akteuren der Pflege, der sozialen Träger und des Wohnens weiter ausgebaut werden muss.

→ [Entwicklungsstrategien ab S. 44](#)

5.2 Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege kann in Form von Tages- und Nachtpflege die ambulante Pflege ergänzen bzw. stärken, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Pflegebedürftige haben lt. § 41 SGB XI einen diesbezüglichen Rechtsanspruch.

Speziell wenn eine ganztägige Versorgung des Betroffenen erforderlich wird und durch Angehörige nicht realisiert werden kann, ist Tagespflege sinnvoll. Besonders für gerontopsychiatrische Erkrankungen kann die Tagespflege eine geeignete Alternative zur stationären Pflege darstellen.

Neben der Grundpflege beinhalten die Leistungen der Tages- und Nachtpflege in der Regel den Fahrdienst zwischen der Wohnung und der teilstationären Einrichtung, gesundheitsvorsorgende, therapeutische, rehabilitative und kommunikative Angebote sowie tagesstrukturierende Maßnahmen. Damit kann vor allem die Tagespflege für einen Teil der Pflegebedürftigen eine wichtige Unterstützung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen.

In Dessau-Roßlau bieten zurzeit **4 Einrichtungen** insgesamt **48 Tagespflegeplätze** an. In zwei Einrichtungen wird die Tagespflege in Anbindung an ein Altenpflegeheim und in einer Einrichtung in Anbindung an einen ambulanten Pflegedienst betrieben.

Abbildung 5.2-1: Tagespflegeplätze in Dessau-Roßlau

Einrichtung	Plätze
Altenpflegeheim „Marienheim“ Oechelhäuserstr. 22 (Stadtbezirk Siedlung)	10
VS 92 „Haus Anneliese“ Törtener Str. 12 (Stadtbezirk Innerst. Bereich Süd)	10
Seniorenzentrum der VS '92 Dessau/Roßlau e. V. „Haus Elballee“ Elballee 59 (Stadtbezirk Ziebigk)	12
Tagesbetreuung Zuversicht F.-v.-Schill-Str. (Stadtbezirk Innerst. Bereich Mitte)	16
gesamt	48

Die vorhandenen Plätze sind in der Regel ausgelastet. Dennoch wird gegenwärtig kein darüber hinausgehender Bedarf registriert. Die Gründe dafür sind überwiegend finanzieller Natur. Hohe Unterbringungs- und Personalkosten sind gerade für Pflegebedürftige, die keine Leistungen der Pflegekassen beziehen, aber dennoch einen entsprechenden Betreuungsbedarf haben (z. B. Menschen mit leichter Demenz) aus eigenen Mitteln kaum finanzierbar.

Nachtpflegeplätze sind in Dessau-Roßlau nicht vorhanden – ein diesbezüglicher Bedarf ist nicht bekannt.

Fazit

Tagespflege könnte sich vor dem Hintergrund der Zunahme von gerontopsychiatrischen Erkrankungen und hinsichtlich der prognostizierten Abnahme des Angehörigenpflegepotenzials zukünftig als ausbaufähiges Ergänzungsmodell zur häuslichen Pflege erweisen.

Die Kombination von Pflege, Therapie, Rehabilitation und diversen niedrigschwelligen Angeboten, insbesondere von Angeboten zur Kommunikation sind geeignet, um verbliebene Fähigkeiten der Pflegebedürftigen zu stärken und somit die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Vereinsamungstendenzen von allein stehenden Pflegebedürftigen wird durch die Interaktion mit anderen Mitmenschen entgegengewirkt, was mit der Verringerung der Pflegebedürftigkeit einher gehen kann. Vor allem berufstätige Angehörige könnten durch diese Pflegeform stark entlastet werden.

Um die Tagespflege als Ergänzungsangebot attraktiver zu machen, bedarf es vor allem kostensenkender Maßnahmen. Hier sind alle Akteure auf Bundes-, Landes-, aber auch auf kommunaler Ebene gefragt. Niedrigere Tagesätze, spezielle Förderprogramme, die bessere Vernetzung und der Ausbau vorhandener Angebote, aber auch die Inanspruchnahme von überwiegend Ehrenamtlichen im Sektor der niedrigschwelligen Angebote könnten geeignete Maßnahmen darstellen.

➔ Entwicklungsstrategien ab S. 44

5.3 Stationäre Pflege

↗ Kapitel 2.5.1, S. 26

Abbildung 5.3-1: Altenpflegeheime in Dessau-Roßlau per 31.11.2011

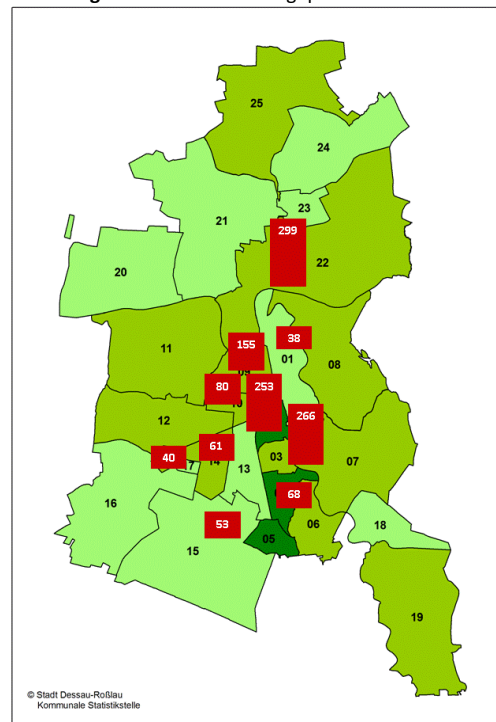
Stadtbezirk		Pflegedienst	
01	Innerstädtischer Bereich Nord	1	Seniorenhaus „Am Schillerpark“
02	Innerstädtischer Bereich Mitte	2	DRK Senioren- und Pflegehaus „Akazienwäldchen“
		3	Pflege und Wohnen „Palais Bose“
		4	K & S Seniorenresidenz
03	Innerstädtischer Bereich Süd	5	Amalienhof Pflegezentrum
		6	Marthahaus Seniorenresidenz GmbH
04	Süd	7	Marthahaus Seniorenresidenz GmbH
09	Ziebigk	8	Altenpflegeheim „Am Georgengarten“
		9	Pflegeheim „Haus Elballee“
10	Siedlung	10	Altenpflegeheim „Marienheim“
		11	Seniorenresidenz „An den Kienfichten“
14	Alten	12	Pflegeheim Nodus Vitalis
15	Kochstedt	13	Pflege und Wohnen „Waldsiedlung“
17	Zoberberg	14	Heinrich-Deist-Haus AWO Seniorenzentrum GmbH
22	Roßlau	15	Altenpflegeheim „Elbfläming“ Haus Waldstraße
		16	Altenpflegeheim „Elbfläming“ Haus Lukoer Straße

Laut Statistik der gesetzlichen Pflegeversicherung wurden im Jahr 2009 **851 Personen** stationär gepflegt (↗ Kapitel 2.2.2, S. 22). Für die Pflege standen zum damaligen Zeitpunkt **983 Pflegeplätze** zur Verfügung. Bis zum Jahr 2020 wird mit einem stetigen Anstieg bis auf **1.124 Pflegebedürftige**, die auf stationäre Pflege angewiesen sein werden, gerechnet (S. 18 ff.).

A. Stationäre Pflegeheimplätze

Im Jahr 2013, nach Eröffnung der K & S Seniorenresidenz, werden in Dessau-Roßlau insgesamt **1.313 Pflegeplätze** in **16 Altenpflegeheimen** unterschiedlicher Trägerschaft vorgehalten (s. o.). Die Heime befinden sich in 10 Stadtbezirken. Die meisten stationären Pflegeplätze befinden sich in den beiden Altenpflegeheimen des Stadtbezirkes Roßlau (**299 Plätze**), gefolgt von den Stadtbezirken Innerstädtischer Bereich Süd (**266 Plätze**) und Innerstädtischer Bereich Mitte (**253 Plätze**).

Abbildung 5.3-2: stationäre Pflegeplätze in Dessau-Roßlau



In den letzten Jahren war die Platzkapazität in den Altenpflegeheimen regelmäßig zu **98 Prozent** ausgelastet.

B. Bewohner in Altenpflegeheimen

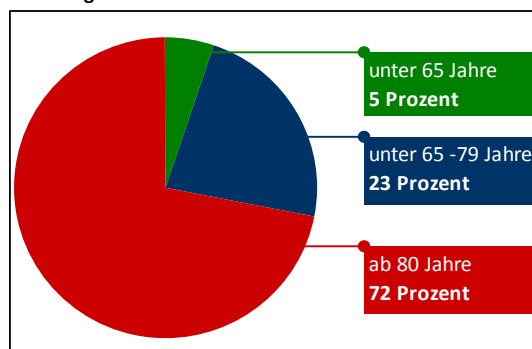
Herkunft

Einer Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2011 zufolge¹¹, lebten die meisten Heimbewohner vor dem Umzug in ein Altenpflegeheim in den drei innerstädtischen Stadtbezirken (**45,4 Prozent**), in Ziebigk (**11,4 Prozent**), in Roßlau (**10,3 Prozent**) und in Süd (**6,5 Prozent**). **10 Prozent** der Bewohner sind aus dem Umland zugezogen.

Alter und Geschlecht

Zum Zeitpunkt der Befragung waren **94,7 Prozent** der Bewohner 65 Jahre alt und älter. Die meisten Bewohner (**72 Prozent**) hatten das 80. Lebensjahr bereits erreicht.

Abbildung 5.3-3: Altersstruktur der Heimbewohner

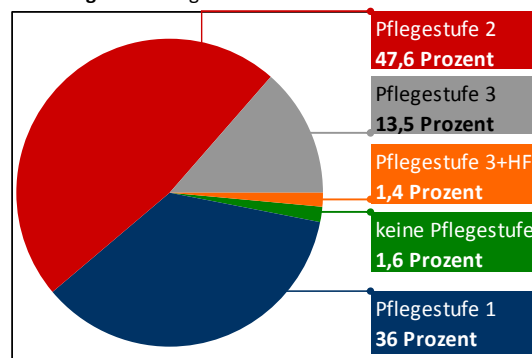


74,8 Prozent der Heimbewohner waren Frauen und **25,2 Prozent** Männer. Bis zum 65. Lebensjahr lebten allerdings mehr Männer (**60,5 Prozent**) als Frauen in den Einrichtungen.

Pflegestufen

Bis auf wenige Fälle erhielten fast alle Pflegebedürftige in den Einrichtungen Leistungen der Pflegeversicherung. Nahezu die Hälfte der Pflegebedürftigen waren Schwerpflegebedürftig (Pflegestufe 2 – **47,6 Prozent**). Als erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe 1) waren **36 Prozent** und als Schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe 3) **14,9 Prozent** eingestuft.

Abbildung 5.3-4: Pflegestufen der Heimbewohner



Für **66,6 Prozent** aller Heimbewohner wurden aufgrund eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes Vergütungszuschläge nach § 87 b SGB XI gezahlt.

Selbstzahler

51 Prozent der Heimbewohner mussten zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung Leistungen zur Pflege aus eigenem Einkommen und Vermögen zahlen. **0,8 Prozent** aller Heimbewohner zahlten alle Pflegeleistungen aus eigenen Mitteln.

Gesetzliche Betreuung

Laut Befragungsergebnis standen **39,9 Prozent** der Heimbewohner unter gesetzlicher Betreuung. Ca. **60 Prozent** wurden von Familienbetreuern und ca. **40 Prozent** von Berufsbetreuern betreut.

C. Personal in Altenpflegeheimen

Angaben über die tatsächliche Anzahl des in den stationären Einrichtungen beschäftigten Personals liegen nicht vor. Im Ergebnis der obigen Befragung wurde festgestellt, dass in den 10 Einrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligten, insgesamt **202 ausgebildete Fachkräfte** und **198 Hilfskräfte** beschäftigt waren. Setzt man diese Anzahl mit der Anzahl der zu Pflegenden ins Verhältnis, pflegt jede Fachkraft im Durchschnitt **3,52 Heimbewohner**. Ähnlich wie bei den Ausführungen zum Pflegepersonal in den ambulanten Pflegediensten (S. 28) besitzt auch diese Zahl wenig Aussagekraft und kann ausschließlich als Vergleichswert für gleiche Erhebungen in den Folgejahren dienen, da bei der Beurteilung die Schwere der Pflege, Pflegezeiten usw. unberücksichtigt blieben.

¹¹ Befragung des Amtes für Soziales und Integration: von den in Abb. 6.3-1 gelisteten Altenpflegeheimen wurden 12 in die Umfrage einbezogen, davon beteiligten sich 10 Einrichtungen; 4 Pflegeheime befanden sich damals noch im Bau/ Planung und konnten nicht berücksichtigt werden

Ähnlich verhält es sich bei der Ermittlung des Verhältnisses von Hilfskräften und Pflegebedürftigen. Hier wurde ein Verhältnis von **1:3,59** ermittelt, d. h. eine Hilfskraft steht im Durchschnitt für **3,59 Pflegebedürftige** zur Verfügung.

D. Demenz in der stationäre Pflege

Im Rahmen der obigen Befragung schätzte das Pflegepersonal ein, dass **72,2 Prozent** aller Heimbewohner an Altersverwirrtheit oder unterschiedlichen Ausprägungen der Demenz leiden. In **32,9 Prozent** aller Heimbewohner handelt es sich um eher leichte Formen der Demenz und in **39,3 Prozent** um mittelschwere bis schwere Demenzerkrankungen.

Ca. **13 Prozent** des Fachpersonals hat eine zusätzliche gerontopsychiatrische Ausbildung zur Pflege von demenzkranken Einwohnern erworben und sind in 8 von 10 Einrichtungen tätig.

4 von 10 Einrichtungen gaben als Leistungsschwerpunkt die Pflege von Demenzkranken an.

E. Qualität der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Rahmen der Routineprüfungen des Jahres 2012 wurden die in **Anlage 4** aufgeführten Pflegenoten bekannt gegeben (siehe auch Ausführungen auf S. 29). Im Gesamtergebnis werden von 14 bewerteten stationären Einrichtungen

12 Einrichtungen mit „sehr gut“

2 Einrichtungen mit „befriedigend“

beurteilt. Im Stadtdurchschnitt wurde rechnerisch die Pflegenote 1,4 ermittelt, was dem Prädikat „sehr gut“ entspricht. Der Landesdurchschnitt wird derzeit eine Pflegenote von 1,2 („sehr gut“) ausgewiesen - damit liegt die durchschnittliche Qualität der Dessau-Roßlauer Altenpflegeheime geringfügig unter dem Landesdurchschnitt.

F. Kurzzeitpflege

Auch wenn die Kurzzeitpflege eine stationäre Pflegeform ist, stellt sie eine Unterstützungs-

leistung für die häusliche Pflege dar. Sie dient vor allem zur Unterstützung pflegender Angehöriger (z. B. im Urlaubs-, Krankheitsfall), aber auch zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalten.

Alle in Dessau-Roßlau vorgehaltenen Kurzzeitpflegeplätze befinden sich in stationären Einrichtungen. In 6 von 10 an der Befragung beteiligten Altenpflegeheimen werden Kurzzeitpflegebetten als „eingestreute“ Plätze angeboten, d. h. im Bedarfsfall und bei freier Platzkapazität. In einer Einrichtung stehen ständig 2 Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung.

F. Beurteilung der Versorgungssituation

Die Zahl der Plätze in Altenpflegeheimen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen.

Bezieht man die Zahl der verfügbaren Plätze in Altenpflegeheimen auf die Einwohner, lassen sich **Versorgungsichten** oder –quoten abbilden. Da das Alter der Heimbewohner im Durchschnitt über 80 Jahre beträgt, ist es sinnvoll, die Zahl der vorgehaltenen Heimplätze zur Bevölkerung in hochaltrigen Lebensjahren ins Verhältnis zu setzen. So standen im Jahr 1990 pro 100 Einwohner im Alter ab 80 Jahren **4,48 Plätze** und im Jahr 2010 bereits **17,73 Plätze** zur Verfügung. Die Versorgungsquote hat sich somit in den vergangenen Jahren vervierfacht und wird voraussichtlich im Jahr 2013 erneut zunehmen.

Abbildung 6.3-3: stationäre Pflegeplätze u. Einwohner ü. 80 J.

Jahr	Anzahl Heime	Anzahl Plätze	Einwohner im Alter ab 80 J.	
			Anzahl	Plätze pro 100 EW
1990*	4	275	3.676	7,48
2000*	4	395	3.443	11,47
2005*	7	520	3.903	13,32
2010	12	983	5.543	17,73

* nur Dessau

Aufgrund der regelmäßigen 98prozentigen Belegung aller Plätze wird gegenwärtig von einer Bedarfsdeckung ausgegangen. Versorgungsengpässe sind nicht bekannt.

Fazit

Legt man die im Kapitel 3.1 (S. 11) prognostizierte Bevölkerungsprognose der Hochaltrigen der Berechnung der künftigen Versorgungsdichte zugrunde, ergäbe sich in den Folgejahren bei einer Platzkapazität von 1.313 Plätzen folgende Versorgungsgrade:

2015: **20,02 Plätze/100 EW** ab 80 Jahre

2020: **15,51 Plätze/100 EW** ab 80 Jahre

2025: **15,26 Plätze/100 EW** ab 80 Jahre

2035: **17,75 Plätze/100 EW** ab 80 Jahre.

Bundesweite oder regionale Richtwerte für bedarfssättigende Versorgungsquoten sind nicht bekannt.

Bezug nehmend auf die in Kapitel 4.1 (S. 18) durchgeführte Prognose im Rahmen der Ermittlung der zu erwartenden Anzahl an Pflegebedürftigen, ist jedoch davon auszugehen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen, die stationär gepflegt werden müssen, im Jahr 2020 mit **1.124 Pflegebedürftigen** ihren Höhepunkt erreichen wird. Die ab dem Jahr 2013 zur Verfügung stehenden **1.313 stationären Pflegeplätze** dürften somit den zu erwartenden Bedarf decken.

Dennoch können unterschiedliche Faktoren zu einer sich ändernden Bedarfslage führen – in diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen zum sich ändernden Angehörigenpflegepotenzial (S. 25) verwiesen.

Dauerhafte Engpässe in Bereich der Kurzzeitpflege sind nicht bekannt. Vereinzelt, vor allem in Ferienzeiten und an Feiertagen ist es zu längeren Wartezeiten gekommen. Um rechtzeitig Engpässen entgegen wirken zu können, sollte die Nachfragesituation vor allem zur Entlastung pflegender Angehöriger unter Beobachtung bleiben.

Weitaus mehr Bedeutung als der quantitativen Bereitstellung von stationären Pflegeplätzen muss gegenwärtig der qualitativen Ausrichtung der Pflege von Demenzerkrankungen eingeräumt werden. Wie den obigen Ausführungen zu entnehmen ist, sind nahezu drei Viertel aller Pflegebedürftigen in den Einrichtungen an unterschiedlichen Ausprägungen der Demenz erkrankt. Es ist zwar davon aus-

zugehen, dass jeder Erkrankte eine seinen Bedürfnissen entsprechende pflegerische Versorgung erhält, aber vergleichsweise wenig Einrichtungen gaben an, in der Pflege von Demenzkranken einen Leistungsschwerpunkt zu sehen.

Im Rahmen der Qualitätsprüfung des MdK erhielten zwar alle Einrichtungen im Qualitätsbereich „Umgang mit demenzerkrankten Bewohnern“ bis auf eine Ausnahme das Prädikat „sehr gut“, aber bei Auswertung der Befragungsbögen wurde festgestellt, dass insbesondere Maßnahmen der Selbstbestimmtheit Demenzkranker oder der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben noch nicht im ausreichenden Maße gefördert werden. So wurden in 6 von 14 Einrichtungen die Angebote für Demenzkranke zur Kommunikation, Bewegung oder Wahrnehmung als „genügend“ und in 1 Einrichtung sogar als „ungenügend“ beurteilt. Nur 3 Einrichtungen erreichten hier das Prädikat „sehr gut“.

Auch unter Berücksichtigung der prognostizierten Zunahme an Demenzerkrankungen (S. 21) ist jede stationäre Pflegeeinrichtung zunehmend gefordert, sich mit den besonderen und sich ständig ändernden Anforderungen, die das Krankheitsbild nicht nur an die Pflege der Betroffenen, sondern auch an das Wohnen stellt, auseinanderzusetzen. Die Schaffung von Milieus, in denen sich die Pflege, die Betreuung und das Wohnen an den individuellen Bedürfnissen der an Demenz Erkrankten orientiert, wird dabei im Vordergrund stehen. Die Förderung von Selbstbestimmtheit, Teilhabe und psychischer Balance der Betroffenen, aber auch die Gewährleistung von Sicherheit (z. B. durch Sturzprophylaxe) sind ganz wesentliche Aspekte. Die weitestgehende Einbeziehung von Angehörigen in die Planung und Gestaltung der Alltagsnormalität, die Öffnung der Einrichtungen für das Gemeinwesen und die Vernetzung mit lokalen sozialen und kulturellen Angeboten können dabei wichtige Strategien zur Umsetzung sein.

➔ [Entwicklungsstrategien ab S. 44](#)

6. Wohnen und Pflege

Die meisten Senioren bevorzugen ein Älterwerden in der eigenen Wohnung oder in alternativen seniorenfreundlichen Wohnformen. Sie verbinden damit ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben. Die Wohnung wird nicht selten zum Lebensmittelpunkt. Durch Mobilitätseinschränkungen u. a. Gründen verbringen vor allem hochaltrige Senioren rund 80 Prozent ihrer Tageszeit in der Wohnung. Auch beim Eintreten eines Pflegebedarfs wollen Betroffene so lange wie möglich zuhause gepflegt werden. Nur ein geringer Teil der Senioren kann sich einen Lebensabend in einem Altenpflegeheim vorstellen.

Wohnungen für die Seniorengeneration müssen ganz anderen Anforderungen genügen als Wohnungen für jüngere Menschen. Körperliche Einschränkungen, wie Beeinträchtigung des Sehens, geringere Mobilität oder Pflegebedarf erfordern in erster Linie Barrierearmut oder Barrierefreiheit in der Wohnung, aber auch angepasste senioren- und pflegefreundliche Infrastrukturen im Wohnumfeld.

Die Stadt Dessau-Roßlau ist im Rahmen ihrer Daseinsfürsorge für die Schaffung von bedarfsorientierten sozialen Infrastrukturen zuständig. Innerhalb dieser Pflicht liegt auch die Bereitstellung einer altersgerechten Wohn- und Infrastruktur in kommunaler Verantwortung.

Neben dem Verständnis als soziale Aufgabe ist das Handlungsfeld Wohnen im Alter vor dem Hintergrund schrumpfender öffentlicher Haushaltsmittel auch aus ökonomischer Sicht von Interesse. Der steigende Bedarf nach altengerechten Wohnformen und nach Wohnungen, in denen eine häusliche Pflege möglich ist, stellt sowohl die Stadt Dessau-Roßlau, aber auch die ortsansässigen Wohn- und Wirtschaftsunternehmen vor neue Herausforderungen.

Gelingt es nicht, diesen Bedarf zu decken, könnte angesichts der steigenden Zahl an hochaltrigen Einwohnern (siehe Kapitel 3.1, S. 11) und dem damit einhergehenden

Anstieg der Anzahl an Pflegebedürftigen auch der Bedarf nach Altenpflegeheimplätzen zunehmen.

Da immer mehr Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen zur Finanzierung der Pflegeheimkosten auf Hilfe zur Pflege angewiesen (siehe Kapitel 4.3) sein werden, müssten sowohl die investiven als auch die laufenden Kosten für Pflegeheime zum großen Teil von öffentlichen Haushalten mitfinanziert werden.

Häufig kann durch Anpassung der Wohnung an altengerechte oder pflegerische Bedarfe der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit vorgebeugt oder/und der Pflegeaufwand reduziert werden. Je mehr es also gelingt, den Zeitraum der häuslichen Versorgung zu verlängern, desto weniger Mehrbelastungen werden auf die öffentlichen Haushalte zukommen.

Und dennoch dürfte das fiskalische Interesse aufgrund von Regelungen im Sozialhilferecht ausschließlich beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe, dem Land Sachsen-Anhalt liegen. Kommunale Haushalte werden mit den Leistungen der Hilfe zur Pflege sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nicht belastet. Würden dem Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Hilfe ausschließlich ökonomische Interessen zugrunde liegen, wäre das Land Sachsen-Anhalt gefordert, die Kommunen bei der Schaffung von altengerechten Wohnungen stärker zu unterstützen. Diese Unterstützung erfolgt gegenwärtig nur geringfügig im Rahmen von Zuschüssen zur Wohnraumanpassung bei festgestellter Behinderung.

Die Stadt Dessau-Roßlau wird deshalb vordergründig im Rahmen der Daseinsfürsorge aktiv. Die Bedeutung der altengerechten Wohn- und Infrastruktur als Wirtschaftsfaktor soll im Rahmen dieser Planung unberücksichtigt bleiben.

A. Wohnformen

Die derzeit angebotenen und nachgefragten Wohnformen für Senioren, aber auch für

Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf sind vielfältig und werden in der Öffentlichkeit mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten beschrieben. Bislang existieren bundes- und landesweit keine einheitlichen Definitionen. Abgrenzende Beschreibungen bieten jedoch einen verlässlichen Orientierungsrahmen sowohl für die Bevölkerung bei der Wahl einer passenden Wohnform, als auch für alle an der Sozial- und Stadtentwicklung Beteiligten in Politik, Wirtschaft und Verwaltung.

Die Stadt Dessau-Roßlau hat in Abstimmung mit den ortsansässigen Akteuren der Sozial- und Wohnungswirtschaft im Dezember 2011 per Stadtratsbeschluss einheitliche Definitionen für

- a) **altengerechte barrierefreie Wohnungen**
- b) **altengerechte barrierearme Wohnungen**
- c) **Betreutes Wohnen**
- d) **Service – Wohnen**
- e) **Seniorenstift / Seniorenresidenz**
- f) **selbst organisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften**
- g) **nicht selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften**
- h) **Mehrgenerationenwohnen**
- i) **betreute Wohngruppen**
- j) **Altenpflegeheime**

beschlossen (Anlage 4). Diese Definitionen dienen einerseits der Erfassung und Strukturierung des vorhandenen Wohnungsbestandes und andererseits der Planung des künftigen altengerechten Wohnungsbestandes.

B. Wohnen und ambulante Pflege

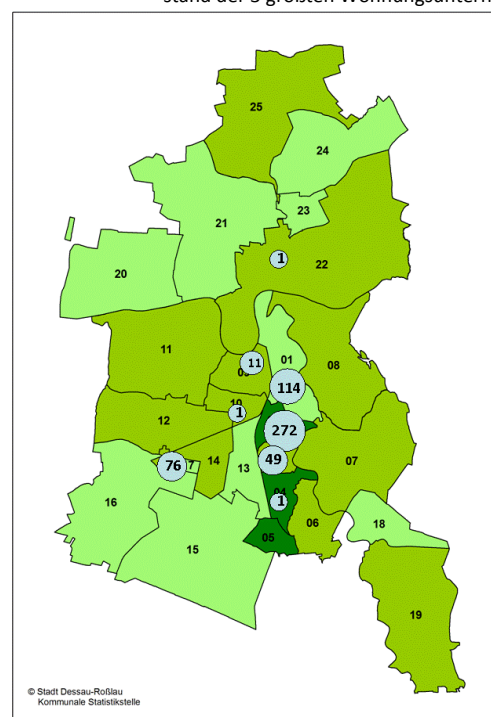
([↓](#) Kapitel 2.5.1, S. 26)

Ambulante Pflege findet ausschließlich in der eigenen Wohnung, in der Wohnung von Angehörigen oder in Wohngemeinschaften statt. Dafür kommen alle unter a) bis i) der oben beschriebenen Wohnformen in Betracht. Welche Wohnform im Einzelfall die richtige Wahl ist, hängt vornehmlich vom individuellen gesundheitlichen und körperlichen Zustand des zu Pflegenden ab, richtet sich aber auch nach den entsprechenden Angeboten im Stadtgebiet.

Um hier Transparenz für interessierte Einwohner herzustellen und um zukünftige Bedarfe ermitteln zu können, hat die Stadt begonnen, den vorhandenen Bestand an altengerechten Wohnungen zu erfassen. Dieser Prozess der Bestandserfassung ist noch nicht abgeschlossen.

Zunächst wurde per Umfrage der vorhandene altengerechte Wohnungsbestand der drei größten Dessau-Roßlauer Wohnungsunternehmen ermittelt. Im Pflegestrukturkompass ist der so ermittelte Bestand zahlenmäßig in zusammengefasster Form, aber auch stadtbezirksbezogen ausgewiesen. In Auswertung dieser Ergebnisse wurde festgestellt, dass keine Wohnung den hohen Anforderungen an die Barrierefreiheit genügt. Der Klassifizierung der altengerechten barrierearmen Wohnungen konnten hingegen insgesamt **476 Wohnungen** in 8 Stadtbezirken zugeordnet werden. Darüber hinaus befinden sich **49 Wohnungen** im Bau bzw. in der Planung, so dass ab dem Jahr 2013 zunächst **525 altengerechte, barrierearme Wohnungen** im Bestand der obigen Wohnungsunternehmen vorzufinden sein werden.

Abbildung 6.-1: altengerechter, barrierearmer Wohnungsbestand der 3 größten Wohnungsunternehmen

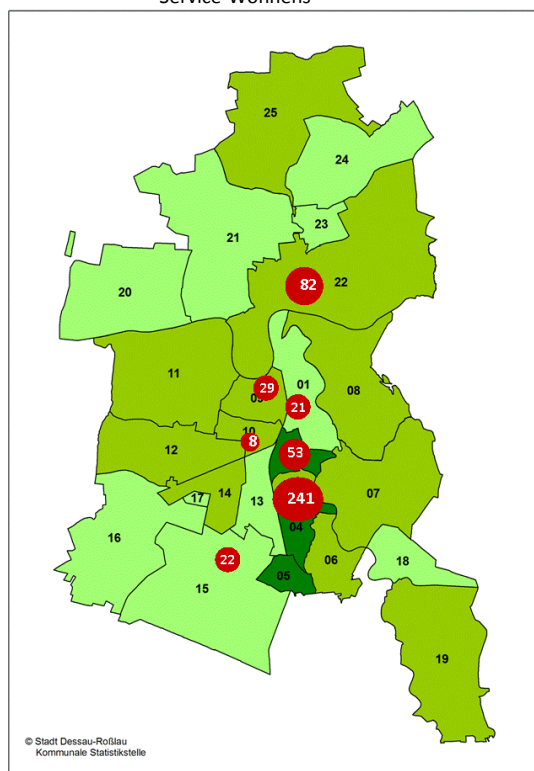


In einem nächsten Schritt wird es darum gehen, altengerechte Wohnungen im restlichen Wohnungsbestand in gleicher Form zu erfassen. Diese Aufgabe wird sich aufgrund der differenzierten Eigentümerstruktur schwierig gestalten.

Auch Wohnungen der Wohnform Betreutes Wohnen/Service-Wohnen müssen den Anforderungen an Barrierearmut oder Barrierefreiheit genügen (siehe Definitionen) und eignen sich für die Pflege Pflegebedürftiger.

Im Dessau-Roßlauer Wohnungsbestand werden zurzeit von unterschiedlichen Vermietern **456 Wohnungen** des Betreuten Wohnen/Service-Wohnen in 7 Stadtbezirken angeboten.

Abbildung 6.-2: Wohnungen des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens



Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen im Sinne der obigen Definitionen gehören in Dessau-Roßlau noch nicht zu den verbreiteten Wohnformen. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz sollen aber vor allem Wohngruppen für Demenzkranke von den Pflegeversicherungen unterstützt und gefördert werden.

Insgesamt sind somit zurzeit mindestens **981 altengerechte barrierearme oder barrierefreie Wohnungen** vorhanden. Setzt man diese Anzahl mit der Anzahl der Einwohner der Stadt, die 65 Jahre und älter sind, ins Verhältnis und berücksichtigt, dass ein Teil dieser Einwohner in stationären Einrichtungen gepflegt wird, dann stünden bei einer gleichbleibenden Anzahl an Wohnungen rechnerisch bis zum Jahr 2025 einer altengerechten Wohnung **24 Senioren** gegenüber. Danach würde das Verhältnis bis zum Jahr 2035 auf **1:22** sinken.

Abbildung 6.-3: Theoretische Annahme: Verhältnis von stationären und ambulanten Wohnformen zur Anzahl der Senioren

	EW ab 65 Jahre	Altenpflegeheime		altengerechte Wohnungen	
		Plätze	V. ¹²	Anzahl	V. ¹³
2010	24.456	983	1:25	981	1:24
2015	24.760	1.313	1:19		1:24
2020	25.138		1:19		1:24
2025	24.635		1:19		1:24
2035	22.929		1:17		1:22

Bei dieser Berechnung bleibt allerdings eine Vielzahl von Faktoren unberücksichtigt. So werden künftige Senioren häufig im Eigenheim leben, die zum großen Teil erst nach 1990 errichtet oder saniert worden sind. Oft sind dort Barrierefreiheit oder Barrierearmut gegeben. Über diesen Bestand liegen keine Orientierungszahlen vor. Auch handelt es sich bei den oben ausgewiesenen altengerechten Wohnformen überwiegend um vermietete Wohnungen, die nur im Rahmen des natürlichen Umzugsverhaltens erneut angemietet werden können, also nicht permanent zur Verfügung stehen. Darüber hinaus wird sich sowohl die Anzahl der altengerechten Wohnungen als auch die Anzahl der stationären Pflegeplätze entwickeln, sind also keine starren Größen. Dennoch können die obigen Verhältniszahlen als Kennzahlen für die Analyse

¹² Verhältnis von Anzahl der Einwohner ab 65 Jahre und Anzahl der Pflegeheimplätze

¹³ Verhältnis von Anzahl der Einwohner ab 65 Jahre abzgl. Anzahl der Pflegeheimplätze und Anzahl der altengerechten Wohnungen

von Entwicklungen auf diesem Wohnsektor dienen.

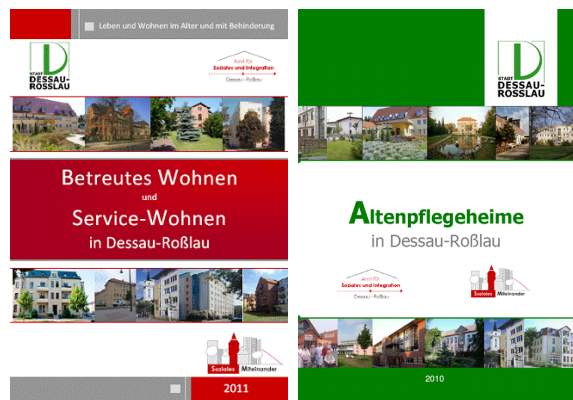
C. Wohnen und stationäre Pflege

Siehe Ziffer 5.3

D. Publikationen zum Thema Wohnen im Alter

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit hat das Amt für Soziales und Integration gemeinsam mit unterschiedlichen Anbietern der unterschiedlichen altengerechten Wohnformen Broschüren zum Thema Leben und Wohnen im Alter und mit Behinderung erstellt, die in zweijähriger Routine in aktualisierter Form veröffentlicht werden.

Für die Wohnformen Betreutes Wohnen und Service-Wohnen wurde im Dezember 2011 die Broschüre „Betreutes Wohnen und Service-Wohnen in Dessau-Roßlau“ veröffentlicht, die neben informativen Hinweisen zur Wohnungssuche, zur Wohnungsanpassung, zum Thema Mietvertrag und Betreuungsvertrag in kurzen Porträts alle zum Zeitpunkt der Erfassung bekannten Angebote vorstellt.



Die Broschüre „Altenpflegeheime in Dessau-Roßlau“ gibt einen umfassenden Überblick über vorhandene Wohnangebote in stationärer Pflege.

E. Beurteilung der Versorgungssituation

Ein objektiver Bedarf nach altengerechten Wohnungen lässt sich kaum ermitteln, zumal barrierefreie und barrierearme Wohnungen nicht ausschließlich von Menschen mit körper-

lichen Beeinträchtigungen angemietet werden. Auch für völlig gesunde Personen stellen Barrierefreiheit oder Barrierearmut bevorzugte Komfortmerkmale dar.

Einen Richtwert, wie viele altengerechte Wohnungen für Senioren im Allgemeinen oder zur ambulanten Pflege im Speziellen zur Verfügung stehen sollten, existiert nicht. Der gegenwärtige **Mindestbedarf** nach altengerechten Wohnungen im Bereich der ambulanten Pflege lässt sich vage aus den Pflegebedürftigkeitszahlen der Pflegeversicherungen ableiten. Danach hätten im Basisjahr 2010 für die ambulante Pflege **1.487 altengerechte Wohnungen** zur Verfügung stehen müssen (↓ Kap. 2.2.2, S. 22). Für die Folgejahre würde auf dieser Datenbasis folgender Mindestbedarf abgeleitet werden können:

Abbildung 6.-4: geschätzter Mindestbedarf an altengerechten Wohnungen

Prognosejahr	Mindestbedarf an altengerechten Wohnungen
2015	1.627
2020	1.889
2025	1.883
2035	1.641

Da bislang nur bei den drei größten Dessau-Roßlauer Wohnungsunternehmen nach altengerechten Wohnungen recherchiert wurde, lässt sich in der Konsequenz dieser Einschätzung kein tatsächlicher Fehlbedarf ermitteln.

In der Beratungspraxis des Amtes für Soziales und Integration wird regelmäßig eine hohe Nachfrage nach altengerechten Wohnungen, insbesondere nach der Form des Betreuten Wohnens festgestellt. Auch ambulante Pflegedienste wiesen im Rahmen der Befragung (S. 28) auf einen steigenden Bedarf und auf diesbezügliche Versorgungsengpässe hin.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass der Bedarf nach altengerechten Wohnungen insgesamt und vor allem für die ambulante Pflege nicht gedeckt ist.

Alternative Wohnformen, wie Wohngemeinschaften für Senioren oder Mehrgenerationenwohnen sind kaum verbreitet.

Im Bereich der stationären Pflege sind gegenwärtig ausreichend Pflegeplätze vorhanden.

Fazit

Ambulantes Wohnen

Wohnen im gewohnten Wohnumfeld wird für pflegebedürftige Menschen vor allem nur dann realisiert werden können, wenn entsprechende Wohnungsangebote in pflegefreundlichen Infrastrukturen vorhanden sind, die ein hohes Maß an Selbständigkeit der Pflegebedürftigen fördern und pflegende Angehörige entlasten. Im Hinblick auf die Alterstruktur in den Stadtbezirken ist vor allem der Umbau von Bestandswohnungen anzustreben. Vor dem Hintergrund sinkender Renten ist auf die Schaffung bzw. Erhaltung sozialverträglicher, d. h. bezahlbarer altengerechter Wohnungen zu achten.

Um zukünftig Bedarfe oder sich abzeichnende Versorgungsengpässe rechtzeitig ermitteln zu können, ist eine intensive Zusammenarbeit aller auf diesem Sektor aktiven Akteure der Stadtplanung, der Wohnungswirtschaft und der Pflege notwendig.

Neben der umfassenden Bestandsanalyse sollten für die Planung des zukünftigen Wohnungsbestandes die Generation, die sich im Vorrentenalter (50-65 Jahre) befindet, nach ihren Zukunftsvorstellungen zum Wohnen im Alter befragt werden.

Alternative Wohnformen, vor allem ambulant betreute Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen müssen gefördert werden. Diese Wohnformen können ganz wesentlich dazu beitragen, Isolationstendenzen, die insbesondere bei allein lebenden Senioren beobachtet werden, durch das Leben in der Gemeinschaft zu verhindern. Im Rahmen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes ab Januar 2013 hat der Gesetzgeber durch die Möglichkeit von Finanzierungsbeteiligungen der Pflegeversicherungen für die Gründung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften neue Unterstützungsinstrumente geschaffen.

Stationäres Wohnen

siehe Ausführungen auf Seite 38

Ab Kapitel 7. wird in diesem Zusammenhang auf Strategien zur Entwicklung der unterschiedlichen Wohnformen eingegangen.

7. Entwicklungsstrategien

Mit der Zunahme des Anteils der hochaltrigen Einwohner an der Gesamtbevölkerung Dessau-Roßlaus, dem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger, der Zunahme von multimorbiden Krankheitsbildern, vor allem in Kombination mit Demenz, mit vermehrten Isolationstendenzen alleinstehender Senioren und mit dem Wegbrechen des Angehörigenpflegepotenzials ändern sich ganz wesentliche Rahmenbedingungen der Pflege.

Gängige Pflegemodelle, wie die ausschließliche Pflege durch Angehörige, durch Pflegedienste oder stationäre Pflege, werden zukünftig aus humanitären und fiskalischen Gründen immer weniger tragfähig sein. Auch das sich verändernde Altersbild erfordert einen Wandel in der Pflege. Heutige Senioren, auch wenn sie gepflegt werden müssen, sind selbstbestimmter und wollen nach Möglichkeit weiterhin aktiv am Leben in der Gesellschaft teilhaben. Die meisten Pflegebedürftigen wünschen sich, in vertrauter Umgebung gepflegt zu werden. Dabei soll die Pflege nach Möglichkeit so in den Lebensalltag integriert werden, dass sie nicht zum alleinbestimmenden Element der Alltagsroutine wird. Hier sind neue ambulante Pflegearrangements aus vernetzten Pflege-, Gesundheits-, Sozial- und Teilhabeangeboten gefragt.

Auch die stationäre Pflege kann diesen sich ändernden Bedingungen nur genügen, wenn sie sich von einer eher klinischen Orientierung zu einer lebensbegleitenden Pflege mit vernetzten Teilhabeangeboten öffnet.

Wie aus den Ausführungen der obigen Kapitel hervorgeht, hat in Dessau-Roßlau bereits ein Wandel in der Pflege eingesetzt. Viele Pflegedienste und stationäre Einrichtungen verstehen sich nicht mehr nur als Pflegedienstleister. Angebote zur Gesundheits- und Pflegeprophylaxe, zur Unterstützung pflegender Angehöriger, zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben usw. gehören schon oft zum Alltag der Betroffenen und Pflegenden. Aber – und auch das verdeutlichen die vorhergehen-

den Kapitel – es bestehen in allen Bereichen der Pflege weitere Handlungs- und Entwicklungsbedarfe.

Die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen in Dessau-Roßlau erfordert sowohl im Bereich der ambulanten Pflege als auch der stationären Pflege neue Konzepte, in denen insbesondere dem Vernetzungscharakter der unterschiedlichen Angebote von Pflege, Wohnen und Teilhabe eine zentrale Bedeutung zukommen muss. Die mangelnde Vernetzung wird von nahezu allen Akteuren der Pflege bemängelt.

In den folgenden Ausführungen dieses Kapitels sollen strategische Ansätze zur Umgestaltung der Pflegelandschaft umrissen werden und als Leitfaden den Gestaltungsprozess begleiten.

Dem Handeln aller beteiligten Akteure sollen folgende Leitziele vorangestellt werden:

1. Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege

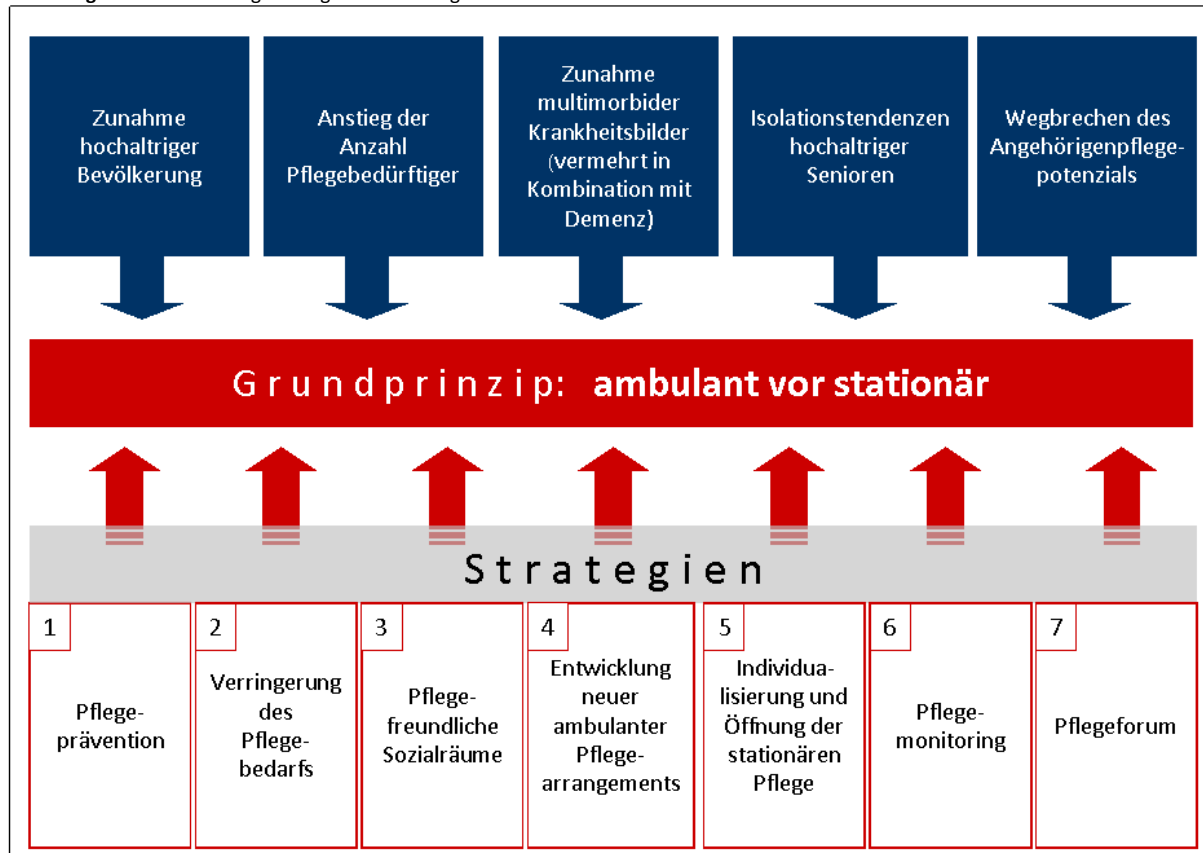
2. Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege

Die hier entwickelten Strategien sollen neben ihrer richtungsweisenden Art vor allem Anreize für innovative Modellvorhaben mit praktikablen Lösungen für individuelle Pflegeproblemlagen bieten.

Insgesamt wird von **7 strategischen Ansätzen** ausgegangen:

- 1.** Pflegeprävention
- 2.** Verringerung des Pflegebedarfs
- 3.** Schaffung pflegefreundlicher Sozialräume
- 4.** Entwicklung neuer ambulanter Pflegearrangements
- 5.** Individualisierung und Öffnung der stationären Pflege
- 6.** Etablierung eines Pflegemonitorings
- 7.** Pflegeforum.

Abbildung 7.-1: Entwicklungsstrategien in der Pflege



7.1 Pflegeprävention

Prävention zielt darauf ab, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden bzw. ihre Verbreitung zu verringern. Da Pflegebedürftigkeit oft infolge chronischer Erkrankungen und Multimorbidität entsteht, ist Pflegeprävention in erster Linie Gesundheitsförderung.

Zu den häufigsten pflegeverursachenden Erkrankungen¹⁴ gehören

- Demenz
- Krebs
- Schlaganfall und
- Inkontinenzen.

Durch die Nutzung von Kenntnissen zur Entstehung von Krankheiten müssen präventive Interventionen darauf ausgerichtet sein, Risikofaktoren von pflegeverursachenden Krankheiten:

a) zu erkennen

- b) zu vermeiden und
c) abzumildern.

Neben erblich bedingten Ursachen führen überwiegend krankheitsfördernde Lebensgewohnheiten, wie beispielsweise mangelnde Bewegung, falsches Ernährungsbewusstsein, Überbelastung, Suchtverhalten usw., aber auch soziale Problemlagen und gesundheits-schädigende Umwelteinflüsse zu diesen Erkrankungen. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, vor allem durch Aufklärung und Erziehung zu gesundheitsbewusstem Verhalten, leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung. Investitionen in die Gesunderhaltung, die schon im Kindes- und Jugendalter beginnen müssen, führen nicht nur zu einer höheren Lebenszufriedenheit, sondern können auch einen wesentlichen und nachhaltigen Beitrag leisten, den Anstieg der Pflegekosten hinauszuzögern.

¹⁴ Barmer GEK Pflegereport 2011; S. 132

Strategischer Ansatz

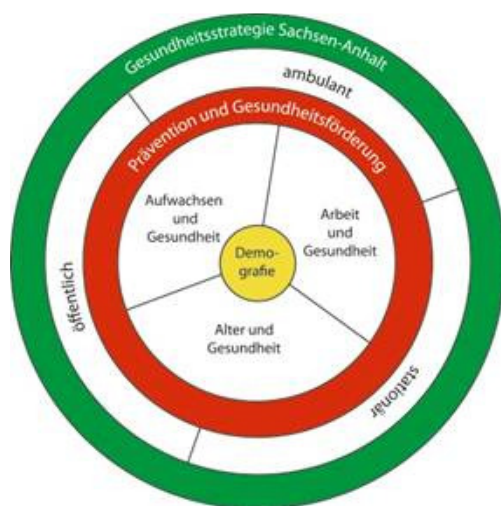
Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Gesunderhaltung und Pflegeprävention orientiert sich die Stadt Dessau-Roßlau an der Gesundheitsstrategie des Landes Sachsen-Anhalt. Basierend auf den demografiebedingten Veränderungen werden in den Teilbereichen

- A. Aufwachsen und Gesundheit
- B. Arbeit und Gesundheit
- C. Alter und Gesundheit

Ziele zur Prävention und Gesundheitsförderung für den öffentlichen, ambulanten und stationären Bereich formuliert.

Abbildung 7.-2: Gesundheitsstrategie Sachsen-Anhalt



Dazu zählen unter anderem:

Bewegung

- ▶ mehr Bürger sollen in Bewegung gebracht werden
- ▶ neue und mehr Bewegungsangebote sollen vorgehalten werden
- ▶ Bewegungsmöglichkeiten und Sportstätten sollen ausgebaut bzw. geschaffen werden
- ▶ mehr Mitglieder sollen für den organisierten Sport gewonnen werden
- ▶ mehr Gesundheitssportangebote sollen unterbreitet werden

Ernährung

- ▶ Erhöhung des Wissens über gesunde Ernährung

- ▶ Entwicklung und Verbesserung eines gesunden Ernährungsverhaltens
- ▶ Aufbau und Verbesserung gesunder Ernährungsangebote
- ▶ Information und Aufklärung der Bevölkerung über gesunde Ernährung

Legale Sucht

- ▶ Erhöhung des Wissens über Sucht, gesundheitliche Gefährdung und Präventionsmöglichkeiten besonders bei Alkohol und Nikotinmissbrauch
- ▶ Verringerung des Konsums bzw. Vermeidung des individuellen Suchtverhaltens und die Verringerung alkoholbedingter Unfälle im Straßenverkehr
- ▶ Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen für die Prävention substanzbezogener Störungen/Suchtprävention

Durch die Orientierung an der Gesundheitsstrategie und deren Umsetzung sollen insbesondere geeignete Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Aufklärung und Information, zur Früherkennung, Vorsorge und Diagnostik von Krankheiten sowie zur Gesundheitsprophylaxe geschaffen und umgesetzt werden.

Eine Vernetzung von unterschiedlichsten Akteuren der Gesundheitsindustrie, der Gesundheitskassen, der sozialen Institutionen und Einrichtungen, der Bildungseinrichtungen, der Vereine, von interessierten Gruppen und Personen wird angestrebt.

Da Wohnortnähe vor allem für Kinder und Jugendliche, aber auch für Senioren von zentraler Bedeutung sind, sollen alle Maßnahmen und Angebote nach Möglichkeit sozialraum- und zielgruppenorientiert realisiert werden.

Auf bereits vorhandene Projekte wird bei der Umsetzung der Gesundheitsziele aufgebaut. Dadurch soll deren Wirksamkeit gesteigert und gebündelt werden.

7.2 Verringerung des Pflegebedarfs

Mit der Verringerung des Pflegebedarfs wird neben der Erhaltung und Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung als Aufgabe der Daseinsvorsorge der vorrangige Einsatz der ambulanten Pflege vor der stationären Pflege angestrebt.

Pflegebedürftigkeit geht, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege, immer mit der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit der Betroffenen einher. Welches Ausmaß diese Beeinträchtigung im Einzelfall erreicht, hängt nicht allein von der Schwere der Erkrankung oder Behinderung ab, sondern ist im erheblichen Maße auch dadurch geprägt,

- ▶ wie die Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes gestaltet sind,
- ▶ welche Unterstützungen im Alltag stattfinden,
- ▶ wie professionelle Hilfen erfolgen und vernetzt sind und
- ▶ welche Möglichkeiten der sozialen Teilhabe am Leben gegeben sind.

Bei der Koordination entsprechender Hilfen und Unterstützungsleistungen muss ein jeweils individueller, lebenslagenbezogener und ganzheitlicher Handlungsansatz erfolgen.

In diesem Sinne kann Pflegebedürftigkeit ganz wesentlich durch die Erhaltung oder Wiederherstellung eines höheren Grades der Selbstständigkeit verringert werden.

Handlungsbedarfe und –ansätze zur Stärkung der selbstbestimmten Lebensführung Pflegebedürftiger finden sich in fast allen der in diesem Kapitel beschriebenen Strategien wieder.

Darüber hinaus hat der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. in diesem Zusammenhang Handlungsempfehlungen herausgegeben, die im Rahmen der Pflegestrukturplanung als strategische Ansätze zur Verringerung der Pflegebedürftigkeit auf loka-

ler Ebene ausgebaut und umgesetzt werden sollen.¹⁵

Strategische Ansätze

A. Ausbau einer integrierten sozialraum- und präventionsorientierten Beratungsinfrastruktur

Unter integrierter Beratung wird eine umfassende und lebenslagenorientierte Beratung verstanden, in deren Mittelpunkt der Pflegebedürftige steht. Da eine solche Beratung fallweise alle Lebensbereiche des Betroffenen betreffen kann, muss sie als Teil eines Netzwerkes aus Leistungserbringern der Pflege, von Haus- und Fachärzten und zuständigen kommunalen Stellen im engen Austausch mit den Netzwerkpartnern stehen.

Vordergründig sollen umfassende Beratungen u. a. bei der Wahl des Pflegeortes (eigene Wohnung, Wohngruppe oder stationäre Einrichtung), der Ermittlung und Organisation der benötigten professionellen Unterstützungsleistungen, der alltagsunterstützenden Hilfen, der Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, der Gesundheitsprophylaxe, Gesundheitsversorgung und Möglichkeiten der Rehabilitation, der Unterstützung pflegender Angehöriger und der Beantragung von Sozialleistungen behilflich sein.

Maßnahme 7.2 - 1

Weitere Vernetzung im Rahmen der „Vernetzten Pflegeberatung“

Die im Dezember 2010 geschlossene Kooperation der **„Vernetzten Pflegeberatung“** (siehe auch Kapitel 5.1.3, S. 32) soll durch Einbeziehung von Sozialdiensten der Krankenhäuser, der ambulanten Pflegedienste, der stationären Pflegeeinrichtungen, der sozialen Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege und der Sozialarbeiter von Wohnungsunternehmen die Vernetzung und Koordination von

¹⁵ Prävention und Rehabilitation vor und bei der Pflege umsetzen! – Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit; DV 23/10 AF IV vom 21. Juni 2011

präventiven Angeboten gefördert und erweitert werden.

Maßnahme 7.2 – 2

Vor-Ort-Beratungsservice

Es wird davon ausgegangen, dass in Stadtbezirken mit einer hohen Anzahl von Senioren und Pflegebedürftigen potenziell ein hoher diesbezüglicher Beratungsbedarf besteht. Im Rahmen der „Vernetzten Pflegeberatung“ ist in diesen Stadtbezirken ein regelmäßiger **Vor-Ort-Beratungsservice**, der den obigen Anforderungen genügt, anzubieten.

Entsprechend der Ranglisten nach Alter der Bevölkerung ab 65 Jahre ([↓ Kapitel 4.4, S. 214](#)) betrifft das gegenwärtig insbesondere die Stadtbezirke

Abbildung 7.2-1: Stadtbezirke mit potenziell hohem Beratungsbedarf

	EW ab 65 Jahre*	Pflegebedürftige*
Innerstädtischer Bereich Mitte	4.034	379
Roßlau	3.024	314
Innerstädtischer Bereich Nord	2.487	228
Süd	2.143	174
Innerstädtischer Bereich Süd	2.069	250
Ziebigk	1.912	188
Siedlung	1.562	161
Alten	1.040	90
Kochstedt	812	82
Zoberberg	698	81

* im Jahr 2010

B. Sozialraum- und zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung und Prävention

siehe Ziffer 7.1

C. Frühzeitiger Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation

Je früher der Bedarf an Gesundheitsförderungs-, Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen erkannt wird, desto wirksamer kann

Pflegebedürftigkeit verringert werden. Oft werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst nach Scheitern aller akutmedizinischen Bemühungen in Betracht gezogen. Instrumente wie ein systematisches geriatrisches Screening könnten schon bei ersten Auffälligkeiten rehabilitative Behandlungsbedarfe erkennen helfen.

Maßnahme 7.2 – 3

Konzept der Beratung und Früherkennungsdiagnostik

Entsprechend der Empfehlung des Deutschen Vereins ist in Dessau-Roßlau ein abgestimmtes Konzept der Beratung und Früherkennungsdiagnostik im Bereich der Geriatrie zu etablieren. Angesichts der prognostizierten Zunahme an Demenzerkrankungen soll die Früherkennung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen einen Schwerpunkt bilden.

Die Koordination und Umsetzung dieser Maßnahme soll über das zu gründende Demenzzentrum erfolgen.¹⁶

D. Ausreichende Möglichkeiten der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen

Leistungen der Rehabilitation dienen dem ausdrücklichen Ziel der Verringerung von Pflegebedürftigkeit, aber auch der Vermeidung oder Verminderung des Bezugs von laufenden Sozialleistungen.

Medizinische Rehabilitation wird in der Regel indikationsspezifisch erbracht. Für ältere Menschen und somit für die Gruppe der am meisten von Pflegebedürftigkeit Betroffenen, hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation die größte Bedeutung. Da in dieser Altersgruppe bereits durch geringfügige Gesundheitsstörungen starke Beeinträchtigung der Selbstständigkeit drohen, die auch das Risiko des Umzuges in ein Pflegeheim erhöhen, kann die geriatrische Rehabilitation einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt der

¹⁶ Beschluss des Ausschusses für Gesundheit und Soziales vom 03.07.2012 - DR/BV/171/2012/V-53

Selbstständigkeit und somit zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit leisten.

Das Diakonissenkrankenhaus Dessau bietet im Rahmen des Leistungsspektrums der Geriatri-schen Abteilung und der Geriatri-schen Tages-klinik Leistungen der geriatrischen Rehabilita-tion an. Inwieweit in Dessau-Roßlau weitere geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen, vor allem auch der mobilen Rehabilitation in aus-reichendem Maße zur Verfügung stehen, kann zurzeit nicht beurteilt werden.

Für einen bedarfsorientierten Ausbau vorhandener Rehabilitationsmöglichkeiten, wird em-pfohlen, in Zusammenarbeit mit Pflegekassen, Krankenkassen und Rententräger Bedarfe und Angebote zu eruieren.

E. Präventions- und Rehabilitationsorien-tierung bei pflegerischer und medizini-scher Versorgung

Infolge eines Krankenhausaufenthaltes sind vor allem ältere Menschen häufig in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt. Der Über-gang von der stationären Krankenhausversor-gung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Be-handlungs- und Versorgungskette für die be-troffenen Patienten dar. Insbesondere bei eingeschränkter Selbstständigkeit ergibt sich ein erhöhter Unterstützungsbedarf, um Be-troffenen eine möglichst zeitige Rückkehr in den häuslichen Bereich, erforderlichenfalls mit ambulanter Pflege und Betreuung, zu ermögli-chen. Um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang sicherzustellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden sektorenübergreifen-den Versorgungsmanagements. Deshalb ist mit dem "Gesetz zur Stärkung des Wettbe-werbs in der gesetzlichen Krankenversiche-rung" ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt worden, mit dem alle Leistungserbringer, also Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen (§ 11 Abs. 4 SGB

V). Die Krankenkassen haben die Leistungser-bringer dabei zu unterstützen.

Maßnahme 7.2 – 4

Vernetztes Entlassungs- und Überleitungsma-nagement

Alle in Dessau-Roßlau ansässigen klinischen Einrichtungen bieten als fachübergreifende Leistung ein Entlassungs- und Überleitungs-management an.

Die Koordination und Strukturierung der Ab-läufe zur Entlassung oder Verlegung von Pati-enten werden in der Regel in den Handbü-chern zum Qualitätsmanagement dokumen-tiert.

Im Rahmen der Befragung der ambulanten und stationären Pflegedienste wurde insbe-sondere von einigen Pflegediensten die Quali-tät des Entlassungsmanagements kritisiert. Vor allem unzureichende Absprachen und mangelhafte Koordination der nachfolgend notwendigen Hilfebedarfe und Anschlussbe-handlungen wurden als verbesserungswürdig angeführt.

Im Rahmen der „Vernetzten Pflegeberatung“ sollen die Defizite des Entlassungsmanage-ments thematisiert werden. In Zusammenar-beit aller betroffenen Akteure der klinischen und pflegerischen Bereiche sowie der Pflege-kassen sollen problemlösungsorientierte An-sätze entwickelt und umgesetzt werden.

Maßnahme 7.2 – 5

Förderung der Rehabilitation in der Kurzzeit-pflege und teilstationären Pflege

Die Kurzzeitpflege wird oft als „Zwischenstati-on“ zwischen Krankenhaus, Rehabilitations-einrichtung und Häuslichkeit genutzt. Hier, aber auch in der teilstationären Tagespflege, werden Potenziale, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, gesehen.

Neben der reinen pflegerischen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt können rehabilitative Maßnahmen in der Kurzzeitpfe-ge entscheidend zur Erlangung von Selbst-ständigkeit (z. B. bei der Wiederherstellung

von Mobilität) beitragen. Hier wird verstärkt das Zusammenwirken von Erkranktem, dessen Angehörigen, klinischem Entlassungsmanagement, Pflegeeinrichtungen und den Trägern der Rehabilitation gefordert sein.

Maßnahme 7.2 – 6

Konzepte und Qualitätssicherung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Präventive und rehabilitative Leistungen werden auch in der Pflege erbracht. Mit § 87a Abs. 4 SGB XI hat der Gesetzgeber entsprechende Anreize geschaffen.

Inwieweit sowohl präventive als auch rehabilitative Maßnahmen in Dessau-Roßlauer Diensten und Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege in welchem Maß erbracht werden, wird nicht erfasst. Aus den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Vergabe der Pflegenoten kann jedoch abgeleitet werden, dass Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit zwar in allen Einrichtungen und Diensten angeboten und durchgeführt werden, aber in einigen Einrichtungen insbesondere im Angebot der Teilhabemöglichkeiten Defizite bestehen (siehe auch Kapitel 5.3, S. 37).

Der Deutsche Verein empfiehlt den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen Konzepte und Qualitätskriterien zur Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln und umzusetzen.

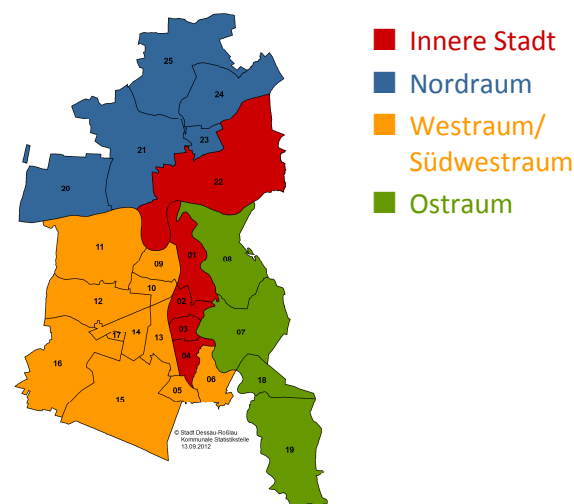
7.3 Pflegefreundliche Sozialräume

Mit der Sozialplanung 2010 wurde die Handlungsempfehlung ausgesprochen, Sozialräume für die Stadt Dessau-Roßlau zu definieren.¹⁷ Im Integrierten Stadtentwicklungskonzept (INSEK) 2025 soll diese Handlungsempfehlung umgesetzt und erstmals für die Stadt Dessau-Roßlau Sozialräume beschrieben werden. Gegenwärtig befindet sich das Konzept in der

öffentlichen Diskussion – eine Beschlussfassung wird im Jahr 2013 zu erwarten sein.

Im INSEK-Entwurf werden **4 Handlungsräume** (Sozialräume), die starke Ortsmitten einschließen, definiert:

Abbildung 7.3 - 1: Sozialräume



Diese Zuschnitte sollen kleinräumig differenzierte Betrachtungsweisen zur Planung tragfähiger Angebots- und Betreuungsstrukturen im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge der Stadt ermöglichen. Zur besseren statistischen Auswertbarkeit wurden die Sozialräume unter Berücksichtigung der Stadtbezirksgrenzen und sonstiger räumlicher Barrieren (z. B. die Elbe, Bahnlinien o. ä.) umrissen.

Zu den einzelnen Sozialräumen zählen die Stadtbezirke:

Innere Stadt		Nordraum	
22	Roßlau	20	Brambach
01	Innerstädtischer Bereich Nord	21	Rodleben
02	Innerstädtischer Bereich Mitte	23	Meinsdorf
03	Innerstädtischer Bereich Süd	24	Mühlstedt
04	Süd	25	Streetz/Natho

¹⁷ Sozialplanung 2010 (a. a. O.), Teilplan XI, Handlungsempfehlung A

Westraum/ Südwestraum	Ostraum
05 Haideburg	07 Mildensee
06 Törten	08 Waldersee
09 Ziebigk	18 Kleutsch
10 Siedlung	19 Sollnitz
11 Großkühnau	
12 Kleinkühnau	
13 West	
14 Alten	
15 Kochstedt	
16 Mosigkau	
17 Zoberberg	

Zukünftig wird es darum gehen, die im INSEK definierten Sozialräume inhaltlich zu präzisieren und im Verwaltungshandeln zu etablieren.

Dabei sind ganzheitliche Betrachtungen aller Lebensbereiche erforderlich, um die Funktionalität der Sozialräume bis auf Quartiersebene zu gewährleisten. Eine vom Ganzen losgelöste Separierung und Planung einzelner Teilbereiche, wie z. B. familienfreundliche Sozialräume oder altengerechte Sozialräume oder kinder- und jugendliche Sozialräume, würde die Funktionalität der einzelnen Teilbereiche innerhalb der Sozialräume erheblich einschränken. Beispielhaft soll hier das Vorhaben dieser Pflegestrukturplanung, das Angehörigenpflegepotenzial zu stärken, angeführt werden. So werden berufstätige pflegende Angehörige mit Kindern z. B. durch entsprechende familienfreundliche Angebote innerhalb der Sozialräume, wie Kinderganztagesbetreuung, Ganztagschulen oder Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche unterstützt und in ihrem Pflegeengagement gestärkt werden können. Nur die Verzahnung aller Lebensbereiche kann zum Funktionieren des Sozialraumes als Ganzem beitragen, wie auch funktionierende Sozialräume die Funktionalität des „Sozialraumes Stadt Dessau-Roßlau“ bewirken.

Daher soll die Entwicklung *Pflegefreundlicher Sozialräume* zwar ein erster Schritt in Richtung der Etablierung von Sozialräumen sein, kann aber nur als ein Teilvorhaben im Rahmen der ganzheitlichen Betrachtung und Entwicklung der Sozialräume gesehen werden.

Pflegefreundliche Sozialräume sollen angesichts der überwiegenden Anzahl Pflegebedürftiger im Seniorenalter in erster Linie Sozialräume mit *altengerechten Infrastrukturen* sein. Dazu zählen

- ▶ ein dem Alter entsprechendes Angebot von Wohnungen und Wohnformen,
- ▶ barrierearme oder barrierefreie Verkehrswege
- ▶ barrierearme oder barrierefreie Begehrbarkeit von öffentlichen Einrichtungen, Einrichtungen der Grundversorgung, der Gesundheitsdienste und des öffentlichen Nahverkehrs
- ▶ ein ausreichendes Angebot der Grundversorgung und an Gesundheitsdiensten sowie deren gute Erreichbarkeit
- ▶ ein ausreichendes und gut erreichbares Angebot zur kulturellen und sozialen Teilhabe, zu Bildungs- und Freizeitangeboten
- ▶ Sicherheit im Sozialraum
- ▶ ein ausreichendes und gut erreichbares Angebot der Naherholung und Begegnung

Pflegefreundlichkeit wird sich darüber hinaus dadurch auszeichnen, dass im Sozialraum

- ▶ die Organisation unterschiedlicher bedarfsorientierter Pflegearrangements in ausreichendem Maße möglich ist
- ▶ ein ausreichendes Angebot zur Unterstützung pflegender Angehöriger oder Nachbarn vorhanden ist und
- ▶ die Pflege, pflegeunterstützende Angebote und Angebote zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gut miteinander vernetzt sind.

Strategische Ansätze

Ganzheitliche Sozialraumentwicklung

Ganzheitliche Sozialraumentwicklung (s.o.) und - im Kontext dieser Planung - die Entwicklung *Pflegefreundlicher Sozialräume* kann nur gelingen, wenn sich zukünftige Stadtentwicklungsplanung an Sozialräumen orientiert. Diese Orientierung hat sich in Folge- bzw. Begleitplanungen, wie beispielsweise der Sozial-

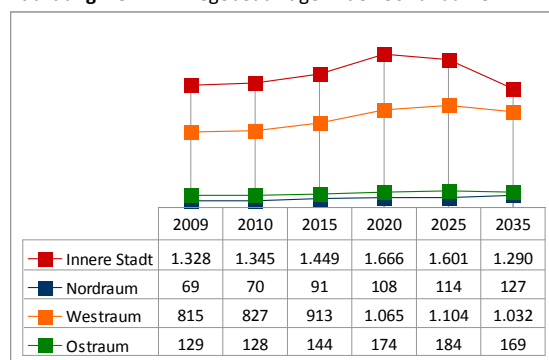
planung oder der Jugendhilfeplanung, fortzusetzen.

Maßnahme 7.3 - 1

Modellprojekt „Pflegefreundliche Innere Stadt“

Prognostisch werden im Sozialraum Innere Stadt bis zum Jahr 2035 die meisten Pflegebedürftigen leben.

Abbildung 7.3 – 2: Pflegebedürftige in den Sozialräumen



In einem Modellvorhaben soll die kleinräumige Infrastruktur des Sozialraumes Innere Stadt auf ihre Pflegefreundlichkeit untersucht und unter den in dieser Planung formulierten Strategien weiterentwickelt werden.

Die konzeptionelle Ausgestaltung und Begleitung obliegt der Stadt. Die Umsetzung erfolgt unter Einbeziehung unterschiedlicher, oben aufgeführter Akteure.

Sofern notwendig, ist die Finanzierung des Modellvorhabens vorrangig durch Fördermittelakquise zu realisieren. Daher ist die zeitliche Umsetzung des Projektes von der Gewährung von Fördermitteln abhängig. Eine Realisierung bis zum Jahr 2014 ist anzustreben.

Planung, Verlauf, Ergebnisse und Synergien des Modellprojektes sind zu dokumentieren.

Erfolgreiche Entwicklungsprozesse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt heraus sind in der Folge bei der Gestaltung von Pflegefreundlichen Infrastrukturen in allen Sozialräumen zu berücksichtigen.

7.4 Entwicklung neuer Pflegearrangements

Die Anforderungen, die heute und zukünftig an die ambulante Pflege gestellt werden, befinden sich im Wandel. So wird ambulante Pflege verstärkt von folgenden Faktoren geprägt sein:

1. Mit der Zunahme der Anzahl vor allem hochbetagter Pflegebedürftiger werden multimorbide und degenerative Erkrankungen einschließlich der Demenz eine stärkere Rolle spielen. An Demenz erkrankte Menschen sind erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt und erfordern nicht nur einen erhöhten Betreuungsaufwand, sondern bedürfen auch zusätzlicher Angebote der Aktivierung.
2. Der Rückgang des Angehörigenpflegepotenzials verlangt nach Veränderungen gängiger Pflegearrangements.
3. Wenn die Bedürfnisse Pflegebedürftiger weiterhin im Zentrum der Pflege stehen sollen, dann wird vor dem Hintergrund des sich ändernden Altersbildes vor allem eine weitere Öffnung und Fokussierung der Pflege auf Teilhabemöglichkeiten Pflegebedürftiger am gesellschaftlichen Leben erforderlich sein.

Dabei stehen alle Bestrebungen, die Pflege adäquat zu den sich ändernden Bedingungen zu entwickeln im ständigen Spannungsfeld zwischen der Realisierung bedarfsorientierter Pflege auf der einen Seite und bezahlbarer Pflege auf der anderen Seite. Die Ausgestaltung und Organisation der Pflege als eine der tragenden Säulen kommunaler Daseinsfürsorge kann somit zunächst nur im Rahmen fiskalischer Zwänge erfolgen. Deshalb sind insbesondere innovative Ansätze gefragt, die beiden Seiten genügen.

Strategische Ansätze

Für die Umsetzung der Entwicklungsstrategie „Entwicklung neuer Pflegearrangements“

müssen zunächst grundlegende Voraussetzungen geschaffen werden.

A. Ausbau des Angebotes an altengerechten Wohnungen

Ob Pflege im Bedarfsfall ambulant erfolgen kann, ist ganz wesentlich von den Bedingungen in der Wohnung (z. B. Barrierefreiheit) und im Wohnumfeld (siehe Kapitel 8.3 – Pflegefreundliche Sozialräume), aber auch von der Bezahlbarkeit der Wohnung abhängig.

Die Stadt Dessau-Roßlau hat erste Schritte zur Planung und Schaffung altengerechten Wohnraums unternommen (siehe Kapitel 7.). Dennoch ist das Angebot an altengerechten Wohnungen und vor allem an alternativen Wohnformen noch nicht ausreichend. Umfassende Informationen über Angebot und Nachfrage liegen noch nicht vor.

Maßnahme 7.4 – 1

Erfassung des Bestandes an altengerechten Wohnformen

Die begonnene Erfassung des Bestandes an altengerechten Wohnungen ist für eine bedarfsgerechte sozialraumorientierte Planung des Wohnungsbestandes fortzusetzen.

Maßnahme 7.4 – 2

Umfrage „Wie wollen wir im Alter wohnen?“

Einwohner der Stadt ab dem 50. Lebensjahr sollen mittels Umfrage nach ihren Vorstellungen an das zukünftige Wohnen im Alter befragt werden. Inhalte wie bevorzugte Wohnformen, Ausstattung der Wohnungen und die Infrastruktur des Wohnumfeldes sollen berücksichtigt werden.

Die Umfrage wird von der Stadt Dessau-Roßlau, ggf. unter Einbeziehung der drei größten Wohnungsunternehmen durchgeführt.

Maßnahme 7.4 – 3

Belegungsbindungen für altengerechte Wohnungen

Zur Sicherung eines Bestandes bezahlbarer altengerechter Wohnungen wird die Stadt Dessau-Roßlau mit Wohnungsunternehmen

Belegungsbindungen vereinbaren. Die Vergabe dieser Wohnungen erfolgt ausschließlich an Menschen mit sozialem Hilfebedarf.

Maßnahme 7.4 – 4

Schaffung von alternativen Wohnformen

Im Bedarfsfall ist die Schaffung von alternativen Wohnformen, wie von ambulant betreuten Wohngruppen für Pflegebedürftige, von Wohngruppen für demenzkranke Menschen, vor allem auch das Mehrgenerationenwohnen zu forcieren, zu unterstützen und zu fördern.

Dieser Prozess kann nur durch Beteiligung und Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure der Pflege, der Pflegekassen, der Wohnungswirtschaft, der Kommune und der Gesundheitswirtschaft gelingen.

Mit den Fördermöglichkeiten des Pflegeunterstützungsgesetzes (PNG) wurden in diesem Zusammenhang weitere Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen, deren Inanspruchnahme vorrangig zu erfolgen hat.

Maßnahme 7.4 – 5

Öffentlichkeitsarbeit

Die Stadt Dessau-Roßlau wird im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit Informationsangebote zum Thema Wohnen und Pflege weiter ausbauen. Dafür sollen öffentlich zugängliche Medien wie Printmedien und das Internet weiterhin verstärkt genutzt werden.

Die begonnene Listung von Beratungsstellen, regionalen Angeboten des altengerechten Wohnens, der Pflege und der Teilhabe auf der Internetplattform „Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt“ der „Vernetzten Pflegeberatung“ (www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de) soll weiter ausgebaut und bekannt gemacht werden.

Die Publikation der Broschürenreihe „Leben und Wohnen im Alter und mit Behinderung“ wird fortgesetzt. Die Broschüren „Altenpflegeheime in Dessau-Roßlau“ und „Betreutes Wohnen und Service-Wohnen in Dessau-Roßlau“ werden im zweijährigen Rhythmus aktualisiert. Nach der Erfassung des Bestandes an altengerechten Wohnungen wird die Veröf-

fentlichung einer entsprechenden Broschüre erwogen.

B. Ausbau der Angebote individueller Beratung und Unterstützung

In diesem Zusammenhang wird auf Maßnahme 7.2 – A2 (S. 48, Vor-Ort-Beratungsservice) verwiesen.

Neben der professionellen Unterstützung und Beratung können Pflegebedürftige und pflegende Angehörige auch durch ehrenamtliche Helfer und durch niedrigschwellige Entlassungsangebote Unterstützung im Alltag erhalten. Hier besteht in Dessau-Roßlau dringender Ausbau und vor allem Vernetzungsbedarf. Zwar ist eine Vielzahl von dementsprechenden Angeboten vorhanden, wird aber teilweise unkoordiniert angeboten.

Maßnahme 7.4 – 6

Ausbau niedrigschwelliger Angebote

Niedrigschwellige Angebote werden in Dessau-Roßlau ausschließlich von professionellen Pflegedienstleistern erbracht. Aus den Erfahrungen anderer Kommunen heraus sind diese Leistungen in der Regel durch tarifliche Zwänge teurer als Angebote niedrigschwelliger Leistungen nichtprofessioneller Anbieter.

Für Pflegebedürftige, die zwar nicht in eine Pflegestufe eingestuft sind, aber aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeiten im Alltag Anspruch auf zusätzliche Unterstützungsleistungen haben, können nichtprofessionelle Anbieter niedrigschwelliger Leistungen eine adäquate Alternative sein. Das trifft insbesondere für Demenzzranke, deren zusätzlicher Unterstützungsbedarf sich oft zeitintensiver gestaltet, zu.

Maßnahme 7.4 – 7

Stärkung des ehrenamtlichen Engagements

Ehrenamtliches Engagement gewinnt vor allem vor dem Hintergrund des prognostizierten Rückgangs der Angehörigenpflege an Bedeutung. Neben der bedarfsgerechten Koordination des Einsatzes Ehrenamtlicher ist die stärkere Wertschätzung dieser Nachbarschaftshil-

fen erforderlich.

Die Bedeutung und Funktion der Ehrenamtsbörse im Mehrgenerationenhaus ist in diesem Zusammenhang zu stärken und zu unterstützen. Sowohl für die professionelle Pflege und für Beratungsstellen als auch für Familienangehörige können zentrale Ansprechpartner, die schnell und bedarfsgerecht ehrenamtliche Hilfen koordinieren, verlässliche Partner der Pflege sein.

C. Bedarfsorientierte Unterstützung pflegender Angehöriger

Die meisten Menschen, vor allem Menschen mit Demenz, werden durch ihre Familien versorgt. Oft sind pflegende Angehörigen durch Berufstätigkeit Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Aufgrund dieser, meist täglichen Belastungen, steigt das Risiko selber zu erkranken. Daher sind Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger dringend erforderlich.

Folgende Maßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger sind vorrangig zu unterstützen und zu fördern:

1. gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende kleinräumige, sozialraumorientierte Angebote zur eigenen Gesundheitsförderung
2. Schaffung von Möglichkeiten für regelmäßige Pflegepausen
3. umfassende Beratungsangebote, die gebündelt über alle vorhandenen Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfen informieren
4. ausreichende niedrigschwellige Entlassungsangebote

Hinsichtlich der Maßnahmen in Ziffer 3. und 4. wird auf die Maßnahmen im strategischen Ansatz 7.4 B verwiesen.

Maßnahme 7.4 – 8

Gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen für pflegende Angehörige

Im Rahmen der Gesundheitsprophylaxe ist in Zusammenarbeit von Pflegekassen, Renten-

trägern und sonstigen sozialen Trägern zu prüfen, welche gesundheitsfördernden und gesundheitserhaltenden Maßnahmen für pflegende Angehörige koordiniert und angeboten werden können. Kombinierte Hilfen, (z. B. die zeitgleiche Betreuung des zu Pflegenden) und Finanzierbarkeit sollten im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Das PNG bietet hier erste Ansätze, die zu berücksichtigen sind.

Maßnahme 7.4 – 9

Ausbau des Angebotes von Tagespflegegruppen, insbesondere für Demenzkranke

Tagespflege, Nachtpflege und Verhinderungspflege sind geeignet, um pflegenden Angehörigen eine Pflegeauszeit zu ermöglichen. Vor allem die Tagespflege hat sich als Möglichkeit der Teilhabe Pflegebedürftiger am Leben der Gemeinschaft bewährt (siehe Kapitel 5.2, S. 33). Das Angebot der Tagespflege wird angesichts des rückläufigen Angehörigenpflegepotenzials an Bedeutung gewinnen.

Darüber hinaus werden Modelle z. B. von betreuten Tagesgruppen gefragt sein, die ggf. als Form der niedrigschwelligen Leistungen von den Pflegeversicherungen mitgetragen werden.

Mit ihrer tagesstrukturierenden Funktion können Tagesgruppen vor allem für Demenzkranke sowohl eine Alternative zur ausschließlichen häuslichen Pflege als auch eine starke Entlastung für pflegende Angehörige sein.

D. Bedarfsgerechte Ausbildung des Pflegepersonals

Eine netzwerkorientierte bedarfsgerechte Unterstützung Pflegebedürftiger bedarf einer den Bedürfnissen Pflegebedürftiger angepassten Ausbildung von Pflegefachkräften, aber auch fest verankerte Qualifizierungsangebote für alle Akteure vor Ort. Vor allem Qualifizierungsangebote, die Wissen für den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen vermitteln, sind sowohl für Pflegepersonal als auch für pflegende Angehörige oder nichtprofessionelle Anbieter von Unterstützungsleistungen erforderlich.

E. Entwicklung neuer Pflegearrangements

Heute gängige ambulante Pflegemodelle wie die ausschließliche Pflege durch Angehörige oder die eines Pflegemixes aus Angehörigenpflege, Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst und die Inanspruchnahme sonstiger Unterstützungsleistungen werden zukünftig nicht mehr ausreichen. Der sich vollziehende Wandel in der Bevölkerungsstruktur und damit verbunden in der Pflege, erfordert neue innovative und wettbewerbsfähige Pflegearrangements, die sowohl mehr Möglichkeiten der Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft bieten, sich mehr auf Alterserkrankungen, wie die Demenz ausrichten und die ggf. ohne die Unterstützung von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit möglich sind. Auch die Bezahlbarkeit der Pflegearrangements wird angesichts geringerer Renten eine hervorgehobene Rolle spielen.

Das Erschließen solcher Innovationspotenziale kann in der Regel nur durch die Vernetzung und das bedarfsorientierte Zusammenwirken unterschiedlicher Teilsegmente und Akteure der Pflege, der Pflegekassen, der Angehörigen, der Anbieter von pflegeunterstützenden Leistungen, von Gesundheitsleistungen und von Ehrenamtlichen realisiert werden.

Die Organisation der auf die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen abgestimmten Pflege wird eine zentrale Rolle spielen. Insofern wird den unterschiedlichen Beratungsstellen und Pflegestützpunkten im Wohnumfeld des Pflegebedürftigen zukünftig eine pflegeentscheidende Bedeutung zukommen.

Pflegearrangements für demenzkranke Pflegebedürftige erhalten durch das PNG neue Unterstützungen. Projekte mit Modellcharakter sollen wohngruppenbezogen gefördert werden. Diese neuen rechtlichen Regelungen können ein Anreiz für innovative Ansätze sein.

Doch auch darüber hinausgehende Modelle, wie Arrangements, die bspw. durch die Öffnung der stationären Pflegeeinrichtungen und durch Kombination mit Leistungen der ambulanten Pflege und niedrigschwelligen Unter-

stützungsleistungen möglich werden, sollen angestrebt werden.

F. Sicherung der Qualität in der Pflege

Pflege ist Interaktions-, Emotions- und Kommunikationsarbeit. Wo das nicht möglich ist, sind Einbußen in der Qualität der Pflege zu befürchten. Fachkräftemangel, Zeitknappheit und ein zu viel an Bürokratie kann die Pflege zu einer Arbeit ausschließlich automatisierter Handlungsabläufe werden lassen, in deren Mittelpunkt nicht der zu Pflegenden, sondern die Finanzierbarkeit des Pflegebetriebes steht. Ansätze, die eine bedarfsgerechte Pflegearbeit und eine gute Arbeitsorganisation, die im Gleichgewicht mit der Bezahlbarkeit der Pflege stehen muss, sicherstellen, sind gefragt denn je. Zur Qualitätssicherung gehört letztendlich auch die Messung und transparente Darstellung der Qualität.

Mit der Vergabe und Veröffentlichung der Pflegenoten durch das MdK wurde ein wichtiger Schritt zur Beurteilung und Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen unternommen. Zukünftig werden sich auch neue Pflegearrangements diesen Qualitätsprüfungen unterziehen müssen. Die Weiterentwicklung und Anpassung des dabei anzusetzenden Maßstabes und der Qualitätskriterien selbst, sind erforderlich.

7.5 Individualisierung und Öffnung der stationären Pflege

Eine Vielzahl von Studien belegen, dass ein Altern in der „normalen“ Wohnung bevorzugt wird. Dennoch ist in vielen Fällen die Pflege in einem Altenpflegeheim unumgänglich. Die Gründe sind sehr unterschiedlich und oft nicht nur pflegebedingter Art. Fehlende Pflegemöglichkeiten in den Familien aufgrund von Berufstätigkeit, fehlenden räumlichen Voraussetzungen oder sich wandelnde Vorstellungen des Familienbildes führen letztendlich zur stationären Pflege.

Dieser Schritt ist in den Vorstellungen der betroffenen Pflegebedürftigen zunächst in einem hohen Maß mit der Einschränkung, den eigenen Alltag selbstbestimmt gestalten zu können, verbunden.

Im Rahmen der Überprüfung der Qualität der Altenpflegeheime durch das MDK in den Jahren 2011 und 2012 beurteilten Heimbewohner die Qualität der Pflegeheime insgesamt zwar als sehr gut (siehe auch Anlage 4), aber innerhalb der einzelnen Qualitätskriterien wurden speziell die Fragen, in denen es um die Wahrung und Förderung der Selbstbestimmtheit des Lebens und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ging, nicht in jedem Fall mit sehr gut beurteilt.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hatte im Jahr 2009 das Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ (MuG IV) in Auftrag gegeben. Insgesamt wurde den bundesweit untersuchten Altenpflegeheimen hinsichtlich der Pflege ein guter Befund ausgestellt. Gleichzeitig wurden aber Defizite

- in der Betreuung von demenzkranken Bewohnern
- bei der Unterstützung der Angehörigen und
- bei der Einbeziehung von Freiwilligen

festgestellt. Die daraus resultierenden Empfehlungen gehen von einer stärkeren Individualisierung der Pflege aus. Insbesondere demenzkranke Bewohner – und das ist der überwiegende Teil der Heimbewohner – sind aufgrund ihres Krankheitsbildes auf eine individuelle Ausgestaltung der Heimumwelt angewiesen. Aber auch die Öffnung der Heime in die angrenzenden Wohnquartiere und eine gegenseitige Beteiligungskultur, also ein Miteinander von Heimbewohnern, Pflegepersonal und allen Mitwirkenden in den Wohnquartieren kann einen entscheidenden Beitrag zur Wohlfühlkultur der Heimbewohner leisten. Einige Pflegeheime in Dessau-Roßlau haben ihre Betreuungskonzepte in diese Richtung entwickelt und sind zum unverzichtbaren Be-

standteil gelebter Nachbarschaftskultur geworden. In einigen Pflegeheimen gibt es in dieser Hinsicht Nachholbedarf.

Strategische Ansätze

A. Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken

Sowohl aus der Befragung der Altenpflegeheime (siehe Seite 35), aus den Bewertungskriterien des MdK im Rahmen der Vergabe der Pflegenoten als auch aus den Empfehlungen des Bundesministeriums zur oben erwähnten Studie ergeben sich für die Versorgung Demenzkranker in Dessau-Roßlauer Altenpflegeheimen folgende verbesserungswürdige Bedarfe:

► *Gestaltung der Lebensräume*

Die Schaffung von Milieus, die sich an den Bedürfnissen der demenzkranken Bewohner orientieren, aber auch therapeutischen Anforderungen genügen, sind eine Voraussetzung, um eine angenehme wohnliche Atmosphäre, die positive Erinnerungen und Assoziationen zulässt, zu schaffen. Dazu zählen ausreichende Möglichkeiten der Begegnung mit anderen Heimbewohnern, Angehörigen und Freunden, auch Rückzugsmöglichkeiten, entsprechende Orientierungspunkte, aber auch Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Form und Größe der Milieus sollen entsprechend der Bedürfnisse der Erkrankten gestaltet werden. Kleinere Wohngruppen eignen sich für gemeinschaftsfähige Bewohner meist mehr als große Wohngruppen.

► *Qualifikation der Mitarbeiter*

Fachliche Qualifikationen und Fortbildungsmaßnahmen für den Umgang und die Kommunikation mit Demenzerkrankten müssen angesichts des hohen Anteils an Demenzkranken in allen Einrichtungen zur Beschäftigungsvoraussetzung werden. Vor allem pflegenden Mitarbeitern müssen die Symptome der Demenz und deren Konsequenzen für die Betreuung bekannt sein. Aber auch Nichtpflegepersonal, wie technisches hauswirtschaftliches Personal, sowie Angehörige und ehren-

amtlich Tätige sollen in die Fortbildung einbezogen werden.

► *Förderung von Kontakten zu Angehörigen, Nachbarn und Freunden*

Angehörige, Freunde und Nachbarn können besonders für Demenzkranke wichtige Bezugspersonen bei der Orientierung im Alltagsleben sein.

► *Förderung von Mobilität*

Verbesserte Mobilität fördert die Selbstständigkeit des Demenzerkrankten.

► *Wirksame Maßnahmen zum Management der ausgeprägten nicht-kognitiven Symptomatik*

Maßnahmen medikamentöser und nicht medikamentöser Art können die Lebensqualität Betroffener (z.B. bei Depression, Aggression, Apathie oder Antriebslosigkeit) wesentlich verbessern.

► *Verbesserung der fachärztlichen und gerontopsychiatrisch qualifizierten Versorgung*

Häufig treten neben der Demenz des Heimbewohners andere, oft alterstypische Erkrankungen auf. Hier ist die Bereitschaft der Ärzte zur interdisziplinären Kooperation und zur Teilnahme an Fallkonferenzen in den Einrichtungen gefragt.

► *Verbesserte Angebote für schwer Demenzkranke, die stark bewegungseingeschränkt sind*

Die Lebensqualität schwer an Demenz erkrankter Heimbewohner mit starken Bewegungseinschränkungen ist deutlich schlechter als die der mobileren Demenzkranken. Hier wird die Einrichtung sogenannter Pflegeoasen empfohlen, die das Wohlbefinden steigern, aber auch Raum für therapeutische Maßnahmen lassen.

► *Ausbau und Spezialisierung des Angebots für männliche Heimbewohner*

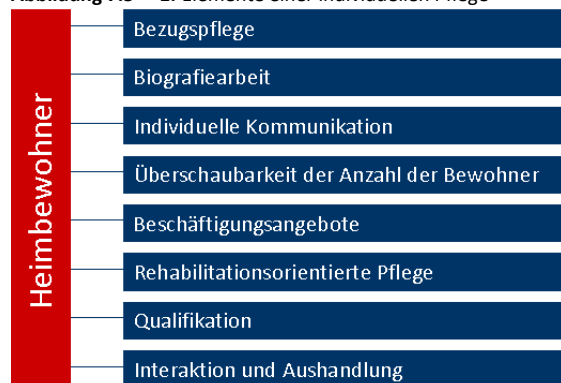
Die Zahl demenzkranker Männer ist zwar deutlich geringer als die der demenzkranken Frauen, aber prognostisch wird der Anteil der männlichen Erkrankten stärker als der weibliche Anteil steigen ([↗ Kapitel 2.4, S. 25](#)).

B. Stärkere Individualisierung der Pflege

Das Leben jedes Heimbewohners ist unterschiedlich verlaufen. Jeder Bewohner verfügt über eine eigene Lebensleistung, über Erfahrungen, hat im Verlauf seines Lebens vielfältige soziale Beziehungen aufgebaut, hat Vorlieben und Interessen, aber auch Abneigungen. Heimbewohner besitzen, auch wenn sie pflegebedürftig geworden ist, oft noch ganz eigene Fähigkeiten und möchten sich, wenn möglich, aktiv in das Gemeinschaftsleben einbringen. All diese Eigenschaften verlangen nach entsprechender Rücksichtnahme und Achtung vor der Würde des Heimbewohners.

Das kann nur gelingen, wenn die Pflegekonzepte in den Einrichtungen dahingehend ausgerichtet sind. Wesentliche Merkmale, die ausreichend Raum für die individuelle Pflege aber auch Teilhabe lassen, sind:

Abbildung 7.5 – 1: Elemente einer individuellen Pflege



Bezugspflege

Hier ist die kontinuierliche Zuständigkeit einer Pflegekraft für eine bestimmte Gruppe von Heimbewohnern gemeint. Es geht darum, dass ein vertrauter Umgang von Pflegendem und Gepflegtem ermöglicht wird, um so die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Heimbewohners zu berücksichtigen.

Biografiearbeit

Eine an den Bedürfnissen des Heimbewohners ausgerichtete Pflege und Versorgung orientiert sich an der Lebensleistung des Betroffenen, nimmt Rücksicht auf individuelle Wünsche, Vorlieben und Abneigungen und respektiert die sozialen Beziehungen des Bewohners.

Individuelle Kommunikation

Eine gute Kommunikation zwischen Pflegendem und Gepflegtem macht die Beziehungen zwischen beiden verbindlicher und individueller und zeugt von gegenseitigem Interesse. Offene Kommunikation ist letztendlich der einfachste Weg, sowohl Bezugspflege als auch Biografiearbeit wirksam anzuwenden.

Überschaubarkeit

Kleinere Wohngruppen lassen sich individueller betreuen als große. Wohngruppen, in denen gemeinsame Aktivitäten in den Tagesablauf integriert werden, in denen eine Pflegekraft während möglichst längerer Phasen animiert und motiviert und in denen individuelle Wünsche berücksichtigt werden, können dazu beitragen, Lethargie und Langeweile zu vermeiden.

Beschäftigungsangebote

Gute Beschäftigungsangebote berücksichtigen die unterschiedlichen Fähigkeiten der Heimbewohner, aber auch die geschlechterspezifischen Interessen. Die Tätigkeiten sollten sinnvoll sein, um das Gefühl zu vermitteln, etwas Nützliches tun zu können. Heimbewohner verfügen in der Regel über einen reichen Erfahrungsschatz und sind gerne bereit, darüber zu berichten oder Fähigkeiten weiterzugeben. Auch der generationenübergreifende Austausch über die Heimgrenzen hinweg, kann sich bereichernd auf das Miteinander von Wohnheim und Wohnquartier auswirken.

Rehabilitationsorientierte Pflege

Rehabilitation kann einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung der Pflegebedürftigkeit leisten. In allen Bereichen, von der Körperpflege, über die Hauswirtschaft bis zur Beschäftigung sind oft Ressourcen und Potenziale vorhanden, deren Erhalt und Stärkung der Erlangung eines höheren Grades der Selbstständigkeit dienen und zur Verbesserung der Alltagskompetenz beitragen.

Insbesondere die Förderung der Mobilität schwer Pflegebedürftiger kann ihre Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verbessern.

Qualifikation

Notwendiges Fachwissen kann nur auf der Basis einer fundierten fachpflegerischen Ausbildung erreicht werden, die durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aktualisiert wird. Für Pflegemitarbeiter mit geringerer Qualifikation sind Angebote zur Fortbildung, die den fachgerechten Einsatz ermöglichen, erforderlich. Die Qualifikationsangebote sollten entsprechend der spezifischen Bedarfe der in der Einrichtung lebenden Bewohner ausgerichtet sein (siehe auch vorheriges Kapitel).

Interaktion und Aushandlung

Eine hohe Qualität der Pflege und Versorgung kann dann erreicht werden, wenn Interessen, Probleme, Risiken, persönliche Ziele, Rehabilitationspotenziale und Fortschritte in der Interaktion zwischen Pflegendem und zu Pflegendem benannt und ausgehandelt werden, bevor sie in die Pflegeplanungen einfließen.

C. Stärkere Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen

Angehörige und ehrenamtlich Freiwillige sind oft die einzigen Verbindungen der Heimbewohner zur „Außenwelt“ und zum Lebensabschnitt vor dem Heimaufenthalt. Sie sind ein wertvolles Bindeglied, um Bewohnern die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben zu ermöglichen und leisten dabei häufig einen entscheidenden Beitrag zur Aktivierung und Motivierung der Pflegebedürftigen. Jede Hilfe, die dazu beiträgt, diese Kontakte zu bewahren und zu unterstützen, ist wichtig. Hier sind sowohl Heimleitung und Personal als auch Akteure auf lokaler Ebene gefragt.

Wesentliche Elemente guter Angehörigen- und Freiwilligenarbeit sind:

- der **regelmäßige Informationsaustausch** und eine offene Kommunikation zwischen Bewohnern, Angehörigen, Freiwilligen und Pflegepersonal über Befindlichkeiten des Heimbewohners und über Angelegenheiten der Einrichtung
- **feste Ansprechpartner** für Angehörige, Ehrenamtliche und Pflegepersonal sowohl bei den ehrenamtskoordinierenden Stellen (z. B.

Ehrenamtsbörse) als auch in den Einrichtungen

- **kontinuierliche Begleitung** der Angehörigen und der ehrenamtlichen Helfer durch das Pflegepersonal
- **regelmäßige gemeinsame Gesprächskreise**
- **Fortbildung** für Angehörige und ehrenamtliche Helfer in der pflegerischen Hilfe, im Umgang mit Konflikten und zum Umgang mit Krankheiten (z. B. Demenz)
- **Einbeziehung** der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer in das Alltagsleben
- **Mitwirkung** von Angehörigen und Ehrenamtlichen **im Heimbeirat**
- **Anerkennung und Würdigung** freiwilliger Arbeit
- **Werbung und Öffentlichkeitsarbeit**, die dazu geeignet sind, freiwillige Ehrenamtliche zu aktivieren, die aber auch das Heimleben für die Öffentlichkeit transparenter darstellen hilft und eine Öffnung der Heime in die Quartiere forciert
- **stärkeres Engagement von Männern**, da die Zahl pflegebedürftiger männlicher Einwohner steigen wird und dadurch auf die geschlechterspezifischen Bedürfnisse besser eingegangen werden kann

D. Öffnung der Altenpflegeheime in die Wohnquartiere

Pflegebedürftige Heimbewohner wollen, auch wenn sie im Heim wohnen, so „normal wie möglich“ leben. Normalität zeichnet sich dabei insbesondere durch ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit und Selbstständigkeit der Bewohner aus. Die Teilhabe am Gemeinschaftsleben auch über die Heimgrenzen hinaus, das Gefühl, dazugehören und nicht ausgegrenzt zu sein, sind ganz wesentliche Aspekte, die Normalität prägen.

Der Ansatz eines gemeinwesenorientierten Heimes durch die Öffnung in das angrenzende Wohnquartier oder den Sozialraum lässt Heimbewohner Teil der Gemeinschaft bleiben, die ihnen Fürsorge und Unterstützung entgegenbringt und in der sie selber sich mit ihrer

Lebenserfahrung und mit ihren Fähigkeiten einbringen können.

Natürlich muss die professionelle pflegerische Versorgung als zentraler Leistungsschwerpunkt gesichert bleiben, aber durch die Einbeziehung von Angehörigen, von Freunden, Nachbarn und Ehrenamtlichen in den Pflegealltag und durch die Verknüpfung mit Angeboten in der Nachbarschaft oder die Öffnung der Angebote des Heimes für die Nachbarschaft verliert die Pflege unter Umständen ihren alltagsbestimmenden Charakter, kann die gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion der Pflegebedürftigen gelingen.

Die Einbeziehung verschiedener Akteure der zivilgesellschaftlichen Gemeinschaft, die Vernetzung der Angebote sowohl in Richtung Wohnquartier als auch in Richtung Heim und die Erschließung gemeinschaftlicher Ressourcen kann jedoch nur durch das Engagement der Gemeinschaft auf der einen Seite und der Heimleitung und des Pflegepersonals auf der anderen Seite umgesetzt werden. Profitieren werden beiden Seiten.

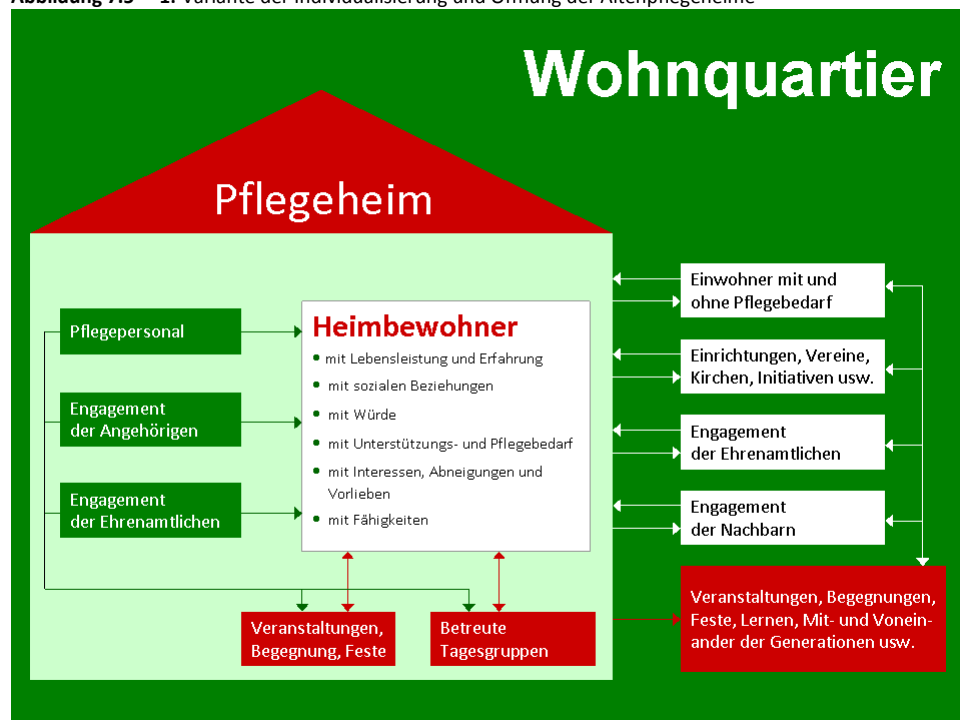
Ähnlich wie in der ambulanten Pflege werden neben diesem Engagement innovative Ideen gefragt sein, die über finanzielle Einschrän-

kungen oder Beschränkungen im Rahmen der Pflegeorganisation hinausgehen.

Einige Einrichtungen in Dessau-Roßlau befinden sich seit einigen Jahren auf diesem Weg. So haben sich beispielsweise die Einrichtungen Pflege und Wohnen „Palais Bose“, das Seniorenzentrum „Elballee“ und Pflege und Wohnen „Waldsiedlung“ für die angrenzenden Wohnquartiere geöffnet. Gemeinsame Mahlzeiten in Cafeterias, das „Gartenhaus“ als Begegnungsstätte auf dem Gelände des „Palais Bose“ und die für Bewohner und Kinder der Umgebung nutzbaren Bücherregale im Seniorenzentrum „Elballee“ sind nur einige gute Beispiele.

Das Spektrum der gegenseitigen Partizipation kann dabei so vielfältig sein wie die Interessen und Aktivitäten aller beteiligten Akteure. Kontakte zwischen allen Beteiligten können im Rahmen von Veranstaltungen und gegenseitigen Besuchen gepflegt und durch Partnerschaften gefördert werden.

Abbildung 7.5 – 1: Variante der Individualisierung und Öffnung der Altenpflegeheime



7.6 Pflegemonitoring

Die Entwicklungen im Bereich der Pflege werden zukünftig durch Vergleichskennzahlen im Rahmen eines städtischen Pflegemonitorings analysiert und beobachtet.

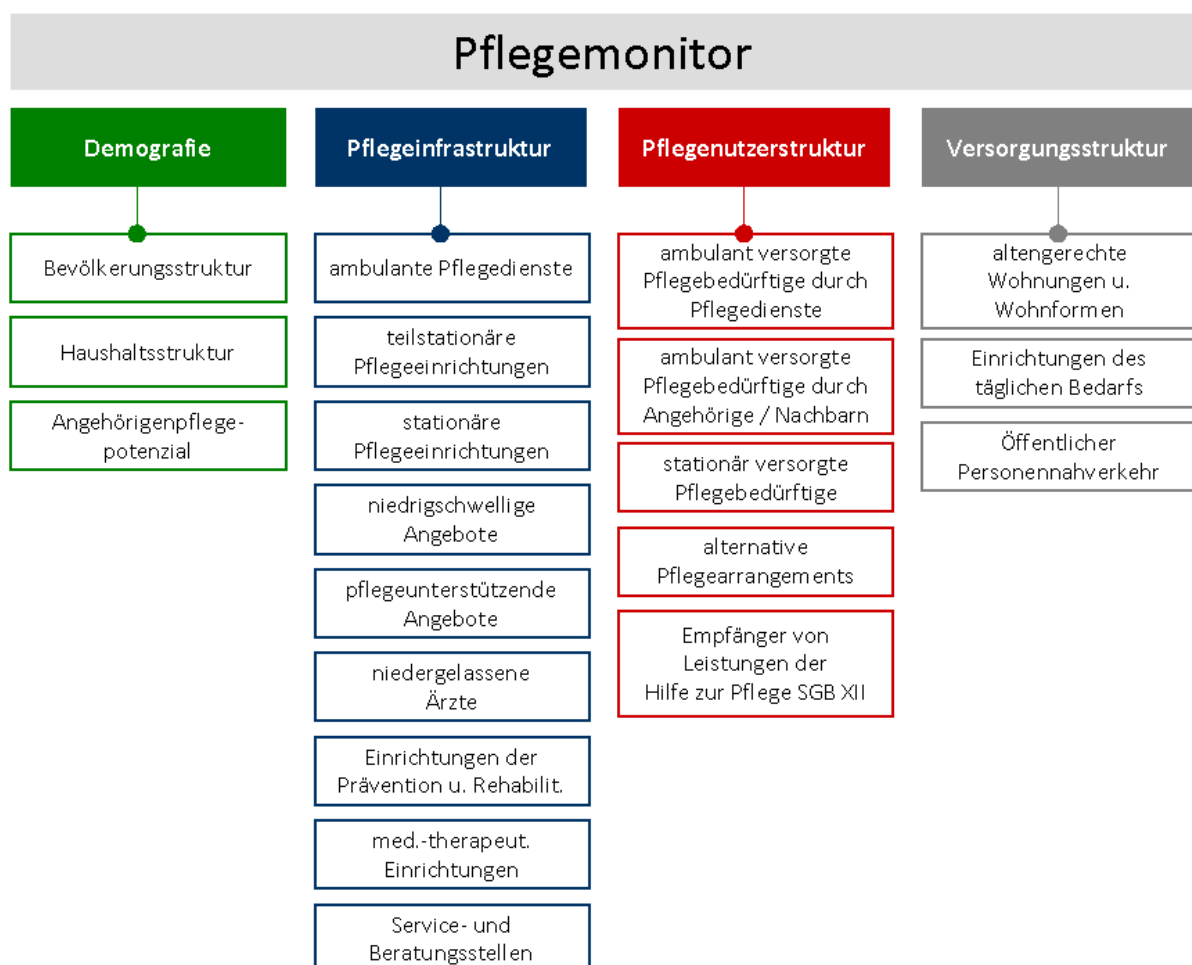
Der Pflegemonitor soll sich vordergründig als Instrument zur Analyse demographischer Tendenzen, sozialer Ungleichheiten und pflegerischer Entwicklungsbedarfe eignen und bietet somit eine Basis für sozialpolitische Entscheidungen. Für den Sektor der Pflege- und Gesundheitswirtschaft, insbesondere für Akteure der professioneller Pflege und Dienstleistungen, aber auch für Investoren kann der Pflegemonitor zur Marktbeobachtung und Planung herangezogen werden.

Vor dem Hintergrund des Sozialraumbezuges werden alle Daten, soweit möglich, kleinräumig erhoben. Die Datenerhebung erfolgt in vier Teilbereichen. Die Beschreibung der Einzeldaten ist den Datenblättern in **Anlage 6** zu entnehmen.

Das Pflegemonitoring obliegt der Stadt Dessau-Roßlau. Der Monitor wird im zweijährigen Rhythmus veröffentlicht.

Längerfristig sollen die Kennzahlen des Pflegemonitors in den noch aufzubauenden Sozialmonitor integriert werden.

Abbildung 7.6 – 1: Pflegemonitor



7.7 Pflegeforum

Im Rahmen der „Vernetzten Pflegeberatung“ wird unter Moderation der Stadt Dessau-Roßlau einmal jährlich – erstmalig im Jahr 2013 - ein Pflegeforum durchgeführt.

Vordergründig wird das Forum der Vernetzung vorhandener Strukturen und Angebote der Gesundheitsvorsorge, der Rehabilitation, der Pflege, der fachärztlichen Versorgung in der Pflege, der pflegenahen Dienstleistungen, der Wohnungswirtschaft und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie dem fachlichen Informationsaustausch dienen.

Darüber hinaus soll sich das Pflegeforum unter Beteiligung verschiedener Akteure der Pflege, der Gesundheitsindustrie, der Wohnungswirtschaft, sozialer Institutionen, Verbände, Vereine und Einrichtungen zukünftig zu einer Standardplattform für folgende Themenkomplexe etablieren:

- a) bedarfsorientierte Planung und Weiterentwicklung der Pflege
- b) Qualitätsmanagement in der Pflege
- c) Transparenz auf dem Pflegemarkt
- d) Koordination der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteuren (s. o.)
- e) Bekanntmachung neuer Akteure und innovativer Pflegemodelle
- f) Entwicklung von Strategien
- g) Fördermöglichkeiten
- h) Pflege als Wirtschafts- und Standortfaktor
- i) Berichte im Rahmen der Pflege.

8. Berichterstattung

In Ausführung dieser Fachplanung wird die Stadt Dessau-Roßlau im zweijährigen Rhythmus unter Bezugnahme auf Kennzahlen des Pflegemonitorings einen Pflegebericht veröffentlichen. Der Pflegebericht wird dem Ausschuss für Gesundheit und Soziales und im Rahmen des Pflegeforums bekannt gegeben.

9. Fortschreibung

Die Pflegestrukturplanung wird im Rhythmus von 5 Jahren fortgeschrieben.

Der als Anlage 1 beigefügte Pflegestrukturkompass wird im zweijährigen Rhythmus aktualisiert.