

Stadt Flensburg

Teilplan

Ältere Menschen

**Fachbereich
Jugend, Soziales, Gesundheit**

**Haben Sie Fragen, Anregungen oder sonstige Hinweise?
Ist der Text für Sie verständlich?**

Ansprechpartner:

Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit

Sozialplanung

Tim Mundhenk

Tel.: 0461 / 85-1241

mundhenk.tim@stadt.flensburg.de

Fachstelle für Senioren

Heidi Lyck

Tel.: 0461 / 85-2136

lyck.heidi@stadt.flensburg.de

Stand: 30.11.2011

www.flensburg.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
1. Einleitung	7
1.1. Bedingungen und Herausforderung der zukünftigen Planung	7
1.2. Planungsziele	8
1.3. Planungsgrundlagen.....	8
1.4. Pflegebedarfsplanung.....	9
1.5. Bisherige Aktivitäten und Umsetzung des alten Pflegebedarfplans.....	10
2. Zielgruppe und Planungsgrundsätze	12
3. Soziodemografische Grundlagen.....	15
3.1. Demografische Entwicklung	15
3.2. Altersaufbau der Bevölkerung.....	17
3.3. Geschlechterspezifische Zusammensetzung.....	19
3.4. Bevölkerungsprognose	20
3.5. Menschen mit Migrationshintergrund	21
3.6. Zusammenfassung und Ausblick	22
4. Leben im Quartier	23
4.1. Wohnen und Wohnumfeld	23
4.1.1. Altengerechtes Wohnen	23
4.1.2. Barrierefreie Gestaltung des Wohnumfelds	24
4.1.3. Nahversorgung	24
4.1.4. Betreutes Wohnen.....	25
4.1.5. Zusammenfassung und Ausblick	26
4.2. Bürgerschaftliches Engagement.....	28
4.2.1. Vielfältige Aktivitäten und Möglichkeiten	28
4.2.2. Seniorenbeirat und seine Unterstützung	29
4.2.3. Flensburg aktiv – Begegnung der Generationen.....	29
4.2.4. Zusammenfassung und Ausblick	30
4.3. Information und Beratung.....	31
4.3.1. Fachstelle für Senioren.....	31
4.3.2. Pflegeberatung im Pflegestützpunkt	32
4.3.3. Zusammenfassung und Ausblick	33

4.4. Häusliche Pflege	34
4.4.1. Gesetzliche Grundlagen	34
4.4.2. Inanspruchnahme von Pflegegeld.....	35
4.4.3. Ambulante Pflegedienste.....	35
4.4.4. Anzahl und Struktur der ambulant Pflegebedürftigen.....	36
4.4.5. Zukünftige Entwicklung und Bedarfseinschätzung.....	39
4.4.6. Gesundheitsförderung in der häuslichen Umgebung	40
4.4.7. Zusammenfassung und Ausblick	40
4.5. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	42
4.5.1. Tages- und Nachtpflege	42
4.5.2. Kurzzeitpflege.....	43
4.5.3. Zusammenfassung und Ausblick	43
5. Leben in stationären Einrichtungen	44
5.1. Gesetzliche Grundlagen	44
5.2. Stationäre Pflegeeinrichtungen.....	44
5.3. Anzahl und Struktur der stationär Pflegebedürftigen.....	45
5.4. Zukünftige Entwicklung und Bedarfseinschätzung.....	48
5.5. Gesundheitsförderung in der stationären Pflege.....	50
5.6. Zusammenfassung und Ausblick	50
6. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	51

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen 1999 bis 2009	15
Abb. 2	Entwicklung des Altenquotienten 1999 bis 2009	16
Abb. 3	Demografische Entwicklung in den Stadtteilen.....	17
Abb. 4	Alterspyramiden 1999 und 2009	18
Abb. 5	Anzahl und Anteil der Personen im Alter von 60 Jahren und älter in den Stadtteilen 2009	19
Abb. 6	Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes für die Altersgruppe ab 60 Jahren	20
Abb. 7	Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Wohnsitz	37
Abb. 8	Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	38
Abb. 9	Ambulante Pflegequoten in 2010	39
Abb. 10	Stationäre Pflegeeinrichtungen	45
Abb. 11	Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach letztem Wohnsitz	46
Abb. 12	Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	47
Abb. 13	Stationäre Pflegequoten in 2010	48

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Alterszusammensetzung der Bevölkerung.....	18
Tab. 2	Geschlechterspezifische Zusammensetzung der Bevölkerung	20
Tab. 3	Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes nach Altersgruppen (11. KBV)	21
Tab. 4	Anzahl der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit und Anteile an der Gesamtbevölkerung	22
Tab. 5	Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Altersgruppen	37
Tab. 6	Anzahl der ambulant pflegebedürftigen Personen bis 2020.....	39
Tab. 7	Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach Altersgruppen.....	46
Tab. 8	Anzahl der stationär pflegebedürftigen Personen bis 2020	48
Tab. 9	Bedarf an stationären Pflegeplätzen bis 2020	49

1. Einleitung

Der vorliegende Teilplan ist der erste Baustein einer übergeordneten Sozialplanung, die sich derzeit im Aufbau befindet. Ziel ist die schrittweise Ausarbeitung von Teilplänen, die sich an den verschiedenen Lebensphasen der Flensburger Bürgerinnen und Bürger orientieren. Dabei wird ein integrierter Planungsansatz verfolgt. Integrierte Planung zielt darauf ab, die verschiedenen Fachplanungen in gemeinsamen Handlungsstrukturen zusammenzuführen, um zu abgestimmten fachlichen Einschätzungen und Handlungsempfehlungen zu gelangen. Dies verhindert, dass die einzelnen Angebote und Aktivitäten isoliert betrachtet werden. Schwachstellen können identifiziert und vorrangige Handlungsnotwendigkeiten erkannt werden. Perspektivisch sollte die integrierte Sozialplanung Bestandteil einer fachbereichsübergreifenden städtischen Gesamtplanung sein.

Der Teilplan „Ältere Menschen“ konzentriert sich auf die Zielgruppe der Personen ab 60 Jahren und soll perspektivisch alle wichtigen Themen, die diese Zielgruppe betreffen, behandeln. Er umfasst nicht nur das Aufgabenfeld des Fachbereichs Jugend, Soziales und Gesundheit, sondern der gesamten kommunalen Daseinsvorsorge. In einem ersten Schritt wurden die Themen „Wohnen und Wohnumfeld“, „Bürgerschaftliches Engagement“, „Information und Beratung“ sowie „häusliche“, „teilstationäre“ und „stationäre Pflege“ bearbeitet. Am Ende der Kapitel befindet sich jeweils eine kurze Zusammenfassung. Die Pflegebedarfsplanung ist in den Teilplan eingeschlossen.

Der Teilplan soll kontinuierlich fortgeschrieben und weiterentwickelt werden. Somit kann sich die Struktur der einzelnen Kapitel nachträglich noch verändern und um weitere Abschnitte, wie z.B. die Themenfelder „Angebote zur Alltagsunterstützung“ oder „Gesundheitsförderung, Prävention und Sport“, ergänzt werden. Der Teilplan richtet sich an interessierte Bürgerinnen und Bürger, die Politik sowie die verschiedenen gesellschaftlichen Akteure und soll zu einer qualitativen Vertiefung der fachlichen Diskussion beitragen.

1.1. Bedingungen und Herausforderung der zukünftigen Planung

Statistische Daten zur Bevölkerungsentwicklung belegen, dass in den letzten Jahren sowohl die Anzahl der älteren Menschen als auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich zugenommen haben. In Flensburg stieg die Zahl der Personen ab 60 Jahren von 1999 bis 2009 um 7,8% bzw. um rund 1.600 auf 22.198 Einwohnerinnen und Einwohner. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wuchs um fast einen Prozentpunkt auf 25,0%, wobei der Anstieg ohne den deutlichen Zuwachs von Studierenden an der Universität und der Fachhochschule deutlich höher ausgefallen wäre. Der Altenquotient stieg im gleichen Zeitraum von 27,5 auf 31,4 Punkte (vgl. Sozialatlas 2010). Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine nachhaltige Veränderung im Bevölkerungsaufbau zu erwarten, der die Stadt vor neue Herausforderungen stellt.

Mit der erwarteten Zunahme älterer Menschen ist allerdings nicht nur ein quantitativer Bedeutungszuwachs verbunden. In den kommenden Jahren werden neue Generationen mit unterschiedlichen sozialen und kulturellen Lebenshintergründen in das Rentenalter eintreten. Sie sind unter anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen aufgewachsen, weshalb sie

andere Lebens- und Wohnvorstellungen aufweisen und neue und aktivere Formen der Partizipation und Teilhabe einfordern. Gleichzeitig werden sich im Zuge des sozioökonomischen Wandels neue Formen und Modelle des Alterns und Alters entwickeln. Die zuerst bei jungen Erwachsenen festgestellten Prozesse von Individualisierung, Pluralisierung und Dynamisierung der Lebensvorstellungen und Lebensentwürfe beeinflussen zunehmend auch ältere Lebensphasen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass derzeit Jahrgänge mit höheren Männeranteilen nachrücken. Somit erfährt auch das Bild „Alter ist weiblich“ eine Veränderung. Immer häufiger erreichen zudem Menschen mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung höhere Altersjahrgänge.

Eine zielführende Planung muss diese verschiedenen, sich gegenseitig beeinflussenden Wandlungsprozesse berücksichtigen, weil nur dadurch ein differenziertes Verständnis der zukünftigen Herausforderungen möglich ist.

1.2. Planungsziele

Im Mittelpunkt der Planung sollen die Belange und Bedürfnisse älterer Menschen stehen, die aktiv am Leben in der Gemeinschaft teilhaben oder teilnehmen möchten. Es geht darum, das Potential, die Entwicklungsmöglichkeiten und die Chancen älterer Menschen für sich und für das Gemeinwesen in den Fokus zu rücken.

Oberstes Planungsziel ist es, ein möglichst langes selbstbestimmtes und selbständiges Leben zuhause in der vertrauten Umgebung, in der eigenen Häuslichkeit, zu ermöglichen. Diese Prioritätensetzung entspricht dem Wunsch der großen Mehrheit der älteren Bevölkerung (laut TNS-Emnid-Umfrage im Januar 2011 mindestens 80%¹). Er wird auch im Aufbau des Teilplans „Ältere Menschen“ deutlich: Das Kapitel „Leben im Quartier“ ist bewusst dem Kapitel „Leben in stationären Einrichtungen“ vorangestellt. Zu den Zielen gehört auch die Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige ältere Menschen.

Darüber hinaus hat der Sozial- und Gesundheitsausschuss im Jahr 2010 das kommunale Gesundheitsziel „Gesund älter werden in Flensburg“ verabschiedet. Dadurch wurden Rahmenbedingungen für Handlungs- und Planungsstrategien geschaffen, die ein zielgerichtetes und abgestimmtes kommunales Handeln im Bereich Gesundheitsförderung ermöglichen sollen. Sie bilden die Grundlage für die kommunale Gesundheitsberichterstattung und eine daraus abgeleitete Aufgabenpriorisierung und Maßnahmenentwicklungen mit dem Ziel, für Bürger ab 60 Jahren gesundheitsfördernde Verhältnisse zu entwickeln bzw. auszubauen und gesunde Verhaltensweisen zu vermitteln.

1.3. Planungsgrundlagen

Die Neuausrichtung der Planung ist nur auf Basis verbesserter Grundlagen möglich. Dem Teilplan soll zukünftig eine Schlüsselstellung zukommen. Von Bedeutung ist zudem eine dauerhafte und kontinuierliche Sozialberichterstattung, wie sie mit dem jährlichen Erscheinen

¹ TNS Emnid Umfrage zu den Wohnwünschen im Alter, Januar 2011

des Sozialatlasses sichergestellt wird. Darüber hinaus werden in der täglichen Arbeit des Pflegestützpunktes wichtige kommunale Steuerungsdaten und Erfahrungen gewonnen. Wesentlich zur Verbesserung der Planungsgrundlagen hat auch der sich entwickelnde fachübergreifende, interdisziplinäre Fachaustausch innerhalb der Verwaltung beigetragen. Dieser Prozess ist kontinuierlich fortzuführen.

Im Jahr 2010 wurde zudem im Rahmen einer Bachelor-Arbeit zusammen mit der Gesundheitsplanung und in Abstimmung mit der Sozialplanung und der Fachstelle für Senioren eine umfassende Befragung der älteren Bevölkerung durchgeführt. Die Ergebnisse stehen für den Teilplan ergänzend zur Verfügung. Die Befragung sollte in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, hierfür sind die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.

Eine wichtige Neuerung werden die kleinräumigen statistischen Auswertungsmöglichkeiten mithilfe der Software „Stadtmonitor“ darstellen. Die Software wird derzeit durch den Fachbereich Umwelt und Planen in Zusammenarbeit mit der Sozialplanung eingeführt.

1.4. Pflegebedarfsplanung

Die Pflegebedarfsplanung ist Bestandteil dieses Teilplans. Nach dem Sozialgesetzbuch XI haben die Kommunen gemeinsam mit den Ländern, den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen die Gewährleistungs- und Gestaltungsverantwortung für eine den gesetzlichen Erfordernissen entsprechende pflegerische Versorgung der Bevölkerung (vgl. § 8 Abs. 2 SGB XI). Das Landespflegegesetz als Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz konkretisiert dieses Ziel und verpflichtet die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein für ihr Gebiet Bedarfspläne aufzustellen und regelmäßig fortzuschreiben (vgl. § 3 LPflegeG vom 10.02.1996 – GVObI. Schl.-H. S. 227 i.d.a.F.). Danach sollen die Pflegebedarfspläne:

1. den Bestand und den Bedarf an ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen enthalten,
2. Angebote transparent machen,
3. ggf. Betreuungs- und Versorgungslücken aufzeigen und
4. eine Grundlage für Maßnahmen und deren Finanzierung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung der häuslichen Pflege bieten, um auf Weiterentwicklung und Ausbau von bedarfsgerechten Leistungs- und Versorgungsangeboten hinzuwirken.

Auf Initiative des Landes findet seit Jahren ein Informations- und Erfahrungsaustausch mit den Kreisen und kreisfreien Städten statt, um unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen und rechtlicher Veränderungen landesweit einheitliche Grundlagen für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu erreichen.

Bis zum heutigen Zeitpunkt wurden jedoch weder einheitliche Grundlagen geschaffen, noch ein gemeinsames Planungsverständnis entwickelt. Auf die Anwendung des bis 2004 verwendeten Planungsmodells haben die Stadt Flensburg und andere Kommunen landesweit verzichtet. Zum einen, weil mit den gewonnenen Erkenntnissen und Erfahrungen vor Ort und mit einer auf die örtlichen Gegebenheiten ausgerichteten Bewertung eine zielgenaue Pla-

nung am ehesten erreicht werden kann. Zum anderen – und vor allem –, weil eine ausschließlich am pflegerischen Bedarf orientierte Planung den Herausforderungen einer zukunftsorientierten und einer an der Lebenswirklichkeit älterer Menschen orientierten Planung nicht gerecht wird. Vor diesem Hintergrund entfernte sich bereits seit 2005 die Planung in Flensburg von der einseitigen Fokussierung auf übergeordnete statistische Analysen mit dem Ziel, konkrete Handlungsempfehlungen und Bedarfe aufzuzeigen.

1.5. Umsetzung des alten Pflegebedarfsplans und aktuelle Ansätze

Die im Pflegebedarfsplan für den Zeitraum 2005 bis 2009 formulierten Bedarfe waren Grundlage für verschiedene Handlungsempfehlungen und Fragestellungen im vorpflegerischen, ambulanten und stationären Bereich. Schwerpunktmäßig hatten die bisherigen Aktivitäten des Fachbereichs Jugend, Soziales, Gesundheit den Ausbau präventiver Angebote zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Unterstützungs- und Pflegeleistungen zum Inhalt. Sie zielten – auch vor dem Hintergrund des damaligen Planungsverständnisses – auf eine Stärkung der häuslichen Versorgungsstrukturen und eine qualitative Weiterentwicklung des ambulanten pflegerischen Leistungsnetzes.

Zu den umgesetzten Maßnahmen gehörten unter anderen:

- die Weiterführung der trägerunabhängigen Pflegeberatungsstelle (heute: Pflegestützpunkt) mit qualifizierten Informations-, Beratungs- und Hilfeleistungen,
- die Einrichtung von dezentralen Beratungssprechstunden in zwei Stadtteilen,
- das Modellprojekt „Stadtteilbüro Fruerlund“ (ehemals Senioren-Service-Büro),
- die Unterstützung des Trägers bei der Inbetriebnahme des Nachbarschaftszentrum Mürwik als soziales Zentrum für den Stadtteil,
- der Ausbau von Kooperationsstrukturen.

Durch die verschiedenen, teilweise bereits verstetigten Maßnahmen wurde ein wichtiger Beitrag zur Prävention und zur Stärkung der häuslichen Pflege und der ambulanten Versorgungsstrukturen geleistet. Darüber hinaus wurden wichtige Fragestellungen angegangen, wie zum Beispiel der Ausbau unterstützender Leistungen für Demenzerkrankte und die Bedarfssituation von Personen mit einer Behinderung in der Pflege sowie von psychisch kranken Menschen mit vorrangigem Pflegebedarf.

Aktuelle Ansätze sind die Gestaltung des Übergangs von einem Krankenhausaufenthalt zurück in die eigene Häuslichkeit und das Vorhalten eines juristischen Beratungs- und Informationsangebots durch die Verbraucherzentrale, angesiedelt bei der Fachstelle für Senioren. Im Bereich der Gesundheitsförderung wurde durch den Sozial- und Gesundheitsausschuss am 10.10.2011 für das Gesundheitsziel „Gesund älter werden in Flensburg“ die Umsetzung konkreter Handlungsansätze beschlossen. Neben dem Aufbau von Gesundheitskompetenzen durch geschulte Multiplikatoren sollen auch niedergelassene Ärzte stärker für Themen der Gesundheitsförderung sensibilisiert werden. Zudem sollen künftig bei Planungen für den öffentlichen Raum und zum Öffentlichen Personennahverkehr die gesundheitlichen Belange älterer Menschen stets in die Entscheidungsprozesse mit einfließen.

Zudem führen die Gesundheitsdienste seit zwei Jahren Kurse zur Burnout-Prävention speziell für Pflegefachkräfte im ambulanten und stationären Bereich durch. Sie reagieren mit diesem Angebot frühzeitig auf die hohen körperlichen und emotionalen Belastungen im Arbeitsalltag des Pflegepersonals.

Die im Pflegebedarfsplan getroffene Einschätzung, dass im Planungszeitraum bis 2009 kein weiterer Bedarf an stationären Pflegeplätzen besteht, hat sich bestätigt.

2. Zielgruppe und Planungsgrundsätze

In der Öffentlichkeit werden „die Älteren“ häufig als eine homogene Gruppe mit gemeinsamen Zielen und Interessen angesprochen. Diese Annahme geht jedoch an der Lebensrealität älterer Menschen vorbei. Die individuelle Situation ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig: den persönlichen Erfahrungen und Ressourcen, der Fähigkeit zur Mobilität, den psychosozialen Kontakten, der finanziellen Situation, den Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe und den damit einhergehenden Chancen und Risiken. Die Altersspanne innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppe umfasst über 30 Jahre, was dem Abstand von einer Generation entspricht.

In herkömmlichen Planungsprozessen war bisher ein eher defizitorientiertes Altersbild vorherrschend. Die Potentiale älterer Menschen werden vielfach noch nicht ausreichend wahrgenommen. Insofern stellt der sechste Altenbericht der Bundesregierung zutreffend fest, dass das Bild des Alters und Alterns erneuerungsbedürftig ist. Dies betrifft besonders die Vorstellung vom hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen. Im Jahr 2010 leben in Flensburg nur 4,1% aller Personen im Alter von 60 Jahren und älter in stationären Einrichtungen. Selbst bei den 80- bis 89-Jährigen beträgt der Anteil nur 15,2%. Die ganz überwiegende Mehrheit wohnt im eigenen Zuhause und fühlt sich, wie die Seniorenumfrage der Stadt Flensburg ergeben hat, gut in das Gemeinwesen integriert und von den jüngeren Mitbürgerinnen und Mitbürgern respektiert². Alt sein heißt nicht in erster Linie hilfe- und pflegebedürftig sein. Die heutigen Seniorinnen und Senioren leben im Durchschnitt gesünder, haben ein höheres Bildungsniveau und sind vitaler als frühere Generationen³.

Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass zukünftig mit einer wachsenden Anzahl von Personen zu rechnen ist, die über geringe eigene Ressourcen verfügt (z.B. niedriger Bildungsstand, schlechte gesundheitliche Voraussetzungen, wenige Sozialkontakte, geringes Einkommen oder große Lücken in der Erwerbsbiographie). Sie sind verstärkt auf Anregung, Unterstützung, soziale und pflegerische Hilfestellungen angewiesen.⁴

Bei genauerer Betrachtung der Zielgruppe wird deutlich, dass sich das „Alter“ über mindestens drei Altersgruppen erstreckt:

1. In der ersten Gruppe befinden sich ältere Menschen, die aus dem aktiven Arbeitsprozess ausscheiden. Sie sind in der Regel gut ausgebildet und finanziell unabhängig. Von den traditionellen Angeboten für Ältere fühlen sie sich wenig angesprochen. Die Bereitschaft, sich zu „organisieren“, erstreckt sich lediglich auf überschaubare Zeiträume. Mobilität und soziale Kontakte ermöglichen ihnen die eigenständige Verwirklichung ihrer Interessen. Selbst aktiv zu sein oder aktiv zu werden steht im Vordergrund.

² vgl. Gesundheit im Alter, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2010 von den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern ab 60 Jahren, 2011, Anhang S. 34

³ vgl. dazu ausführlich: Sechster Altenbericht der Bundesregierung, 2010

⁴ vgl. z.B. Altern im Wandel – Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS), Veröffentlichung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, September 2010

2. Die zweite Gruppe ist geprägt durch das Einsetzen des biologischen Alterungsprozesses. Die Mobilität wird zunehmend eingeschränkt und soziale Beziehungen und Kontakte werden weniger. Der Wunsch nach Kontakten untereinander wird größer. Organisierte Angebote und Betreuung werden eher wahrgenommen.
3. Die dritte Gruppe verfügt in verschiedener Hinsicht über geringe eigene Ressourcen und bedarf mit hoher Wahrscheinlichkeit der Unterstützung und Hilfe. Der Wunsch nach organisierten Angeboten und Veranstaltungen sowie Betreuung ist sehr hoch.

Die unterschiedlichen Lebenslagen und Ressourcen älterer Menschen müssen umfassender in der kommunalen Planung berücksichtigt werden und verbieten eine einseitige Fokussierung auf pflegerische Versorgungsstrukturen. Die Angebots- und Bedarfsplanung muss den vielfältigen Interessen, dem Engagement und den Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung tragen.

Die Planungsgrundsätze umfassen die Sicherung der sozialen Teilhabe, der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit bei möglichst langem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sowie die Ermöglichung von Partizipation und Beteiligung. Sie orientieren sich unter anderem an den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. vom 6. Dezember 2010.

■ **Sicherung der sozialen Teilhabe**

Eine gleichberechtigte soziale Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft ist nur möglich, soweit dafür die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind. Hier geht es unter anderem darum, ein gesundheitsförderliches Wohnumfeld zu entwickeln, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und eine fußläufige Infrastruktur sicherzustellen, verschiedene Bildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten bereitzuhalten, für Begegnungsmöglichkeiten, auch zwischen den Generationen, zu sorgen, bürgerschaftliches Engagement zu fördern und dabei zu helfen, die eigenen Selbsthilfepotentiale und Ressourcen zu entwickeln.

■ **Sicherung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit**

Vor allem Menschen, die in ihrer Fähigkeit zur Selbstsorge und zur sozialen Teilhabe eingeschränkt sind oder bei denen eine Einschränkung zukünftig wahrscheinlich ist, brauchen zur Sicherung ihrer Selbstbestimmung und Selbstständigkeit entsprechende Rahmenbedingungen. Dazu gehören altersgerechte Wohnraumangebote, qualitätsgesicherte Beratungsangebote, hinreichende Informationen über altersgerechte Dienste und Leistungsangebote, eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Alltagsbewältigung durch Dritte oder technische Hilfen, präventive Angebote sowie eine qualitätsgesicherte haus- und fachärztliche, rehabilitative und pflegerische Versorgung. Ziel ist es, durch geeignete Maßnahmen und Unterstützungsleistungen einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sicherzustellen.

■ Ermöglichung von Partizipation und Beteiligung

Die Planungsgrundsätze sollten auf der Grundlage eines kleinräumigen Planungsansatzes unter Mitwirkung und Mitgestaltung der betroffenen Menschen verwirklicht werden. Eigene Gestaltungsmöglichkeiten erhöhen die Identifikation mit dem Stadtteil und ermöglichen Problemlösungen von hoher Akzeptanz. Bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen sollte deshalb regelmäßig überprüft werden, in wie weit es möglich ist und gelingt, die Bürgerinnen und Bürger aktiv zu beteiligen. In dem sozialräumlichen Planungsansatz findet sich auch der Subsidiaritätsgedanke wieder, wonach Lösungen nach Möglichkeit „vor Ort“ gefunden werden sollten. Kleinräumige Lösungen können schneller und flexibler auf veränderte Anforderungen reagieren.

Die Planung sollte gezielt den Aufbau sozialer Netzwerke stärken. Die Integration in eine Gemeinschaft ist die Grundlage für ein aktives Leben und trägt präventiv zur Erhaltung der Gesundheit bei.

Bei der Planung sind die gesundheitlichen Belange, die geschlechterspezifischen Bedürfnisse und Erfordernisse, die wachsende ethnische, kulturelle und religiöse Vielfalt durch Zunahme von Personen mit einem Migrationshintergrund sowie die besonderen Anforderungen von älteren Menschen mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung zu berücksichtigen. Richtungsweisend sind Konzepte, die alle älteren Menschen integrieren und sie eigenverantwortlich und selbständig mitgestalten sowie aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen lassen.

3. Soziodemografische Grundlagen

3.1. Demografische Entwicklung

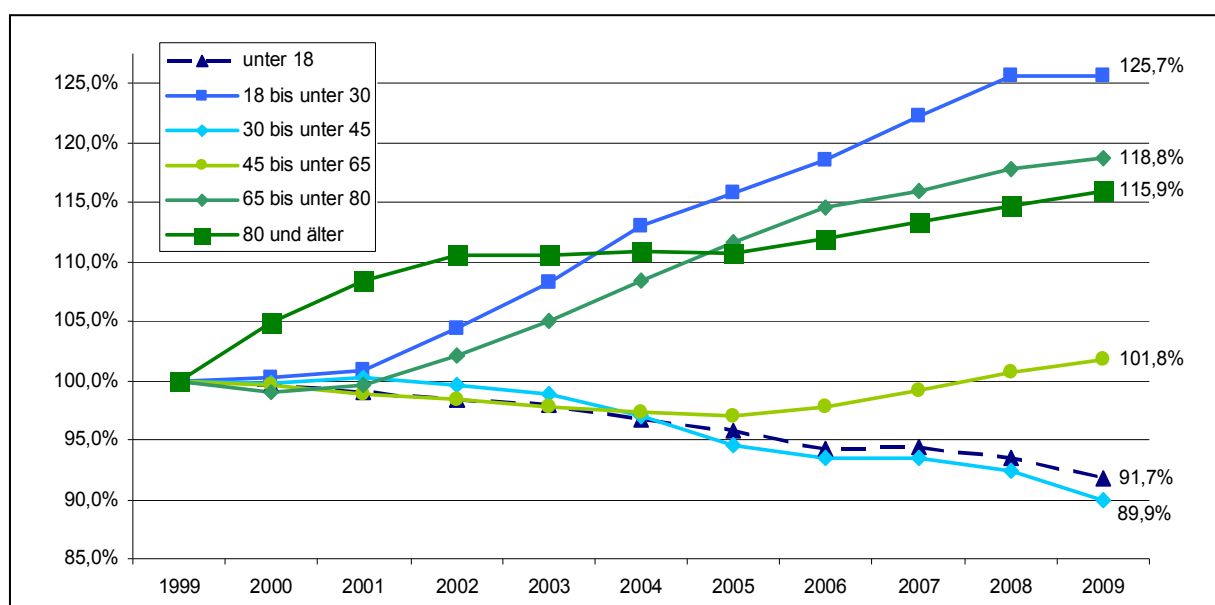
Seit Jahren ist in Deutschland eine Entwicklung zu beobachten, die durch eine sinkende Anzahl von jüngeren Menschen und eine deutliche Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppe gekennzeichnet ist⁵. Vor diesem Hintergrund sind die sozialpolitischen Debatten der letzten Jahre geprägt von Schlagworten wie „demographischer Wandel“, „Alterung der Gesellschaft“ und „Generationengerechtigkeit“. Die demografische Entwicklung stellt einen nachhaltigen Strukturwandel dar und birgt zahlreiche Herausforderungen für Politik und Gesellschaft auf kommunaler Ebene.

Für den Wandel der Bevölkerungsstruktur sind zwei Prozesse ausschlaggebend:

- zum einen die sinkende Geburtenrate (begründet unter anderem durch eine zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen und eine veränderte Familienplanung),
- zum anderen die steigende Lebenserwartung (bedingt vor allem durch den medizinischen Fortschritt und eine bessere soziale Absicherung).

Auch in Flensburg ist diese Entwicklung festzustellen (vgl. Sozialatlas 2010, S. 25ff.). Die Anzahl der Lebendgeburten je 1000 Einwohner (Geburtenrate) ist im Zeitraum von 1999 bis 2009 von 10,9 auf 9,2 Geburten zurückgegangen (-1,7 Geburten). Ihre Entsprechung findet diese Entwicklung in der sinkenden Anzahl der unter 18-Jährigen (minus 10,1% im Vergleich zum Jahr 1999). Demgegenüber nahm die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen um fast 16% zu, die Anzahl der 65- bis unter 80-Jährigen sogar um 18,8% (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen 1999 bis 2009



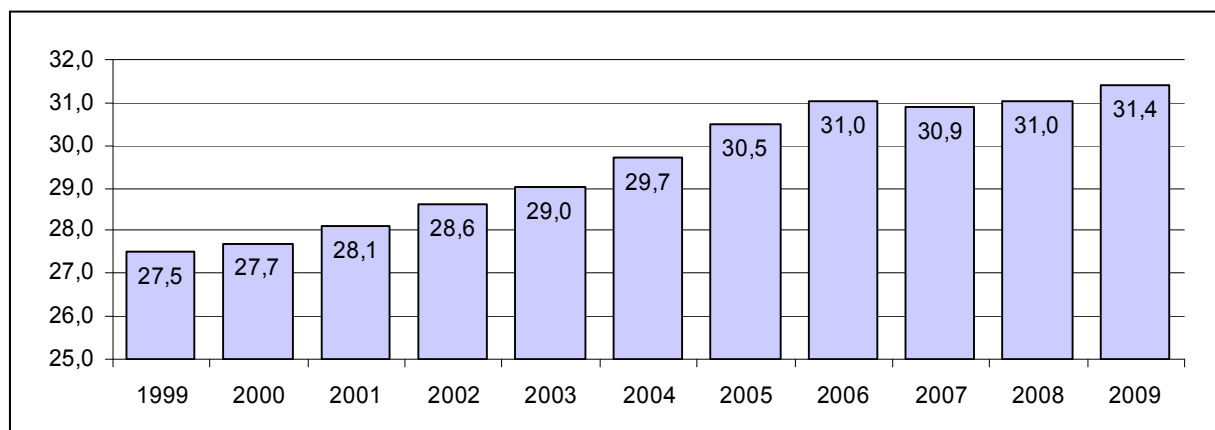
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

⁵ vgl. hierzu z.B. die Publikationen des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung

Der starke Anstieg in der Gruppe der 18- bis unter 30-Jährigen (plus 25,7%) korrespondiert mit einer steigenden Anzahl von Studierenden an der Universität und der Fachhochschule Flensburg (plus 2.556 in den Jahren von 2000 bis 2008⁶) und stellt insofern kein natürliches Bevölkerungswachstum dar. Er führt allerdings dazu, dass der demografische Wandel statistisch unterschätzt wird. Dabei ist nicht zu erwarten, dass sich in den kommenden Jahren die positive Entwicklung in der Altersgruppe der 18- bis unter 30-Jährigen fortsetzt, auch wenn aktuell durch die Aussetzung der Wehrpflicht kurzfristig mehr Studierende verzeichnet werden könnten.

Weitere wichtige Kennziffern zur Beschreibung der demografischen Entwicklung sind das Durchschnittsalter und der Altenquotient, der das Verhältnis der Bevölkerung ab 65 Jahren zu den 20- bis unter 65-Jährigen beschreibt. Das Durchschnittsalter der Flensburger stieg in den letzten zehn Jahren um 0,8 Jahre auf 41,7 Jahre. Der Altenquotient legte deutlich um 3,9 Punkte auf 31,4 zu (vgl. Abb. 2).

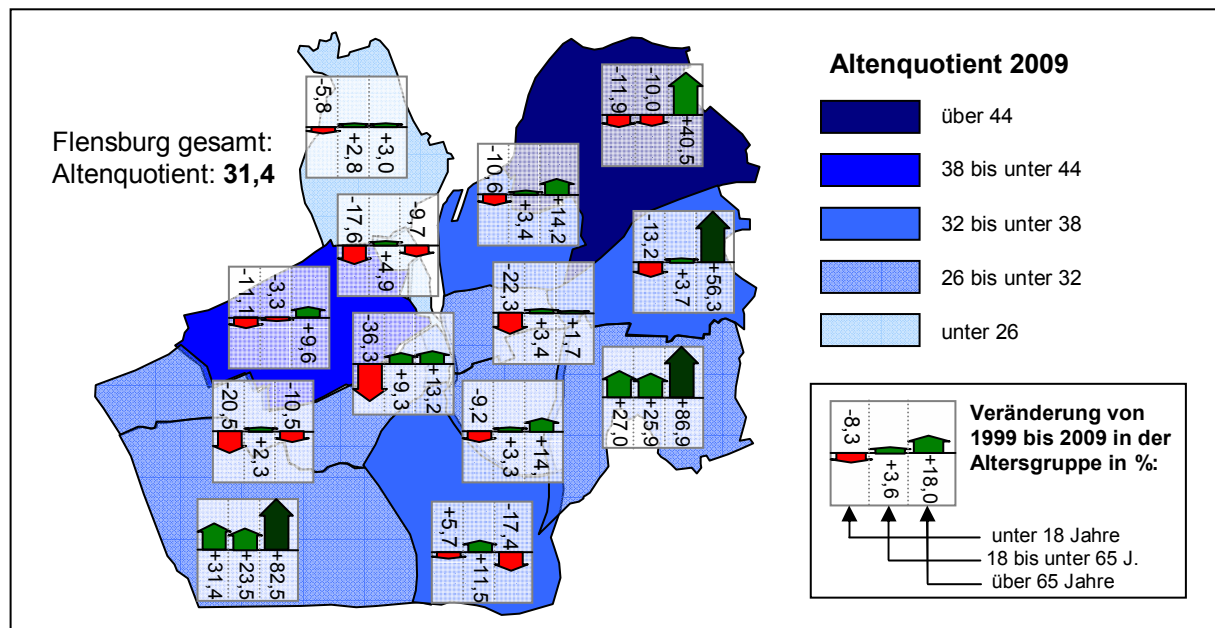
Abb. 2 Entwicklung des Altenquotienten 1999 bis 2009



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

Auf der Stadtteilebene vollzieht sich die demografische Entwicklung sehr unterschiedlich. Im Zehnjahresvergleich sind Zuwächse in der Altersgruppe der über 64-Jährigen vor allem in Tarup (+86,9%) Weiche (+82,5%), Engelsby (+56,3%) und Mürwik (+40,5%) festzustellen (siehe Abb. 3), wobei in Engelsby und Mürwik gleichzeitig auch die Anzahl der Kinder und Jugendlichen zurückgegangen ist (-13,2% bzw. -11,9%). Die Stadtteile mit den höchsten Altenquotienten sind Mürwik, die Westliche Höhe, die Südstadt und Fruerlund (vgl. Sozialatlas 2010, S. 26). Zu den am stärksten alternden Stadtteilen zählen Mürwik (+17,9%-Punkte) und Engelsby (+9,9%-Punkte), aber auch Tarup (+9,9%-Punkte) und Weiche (+9,4%-Punkte) können deutliche Zuwächse vorweisen.

⁶ Quelle: Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein, Juni 2010

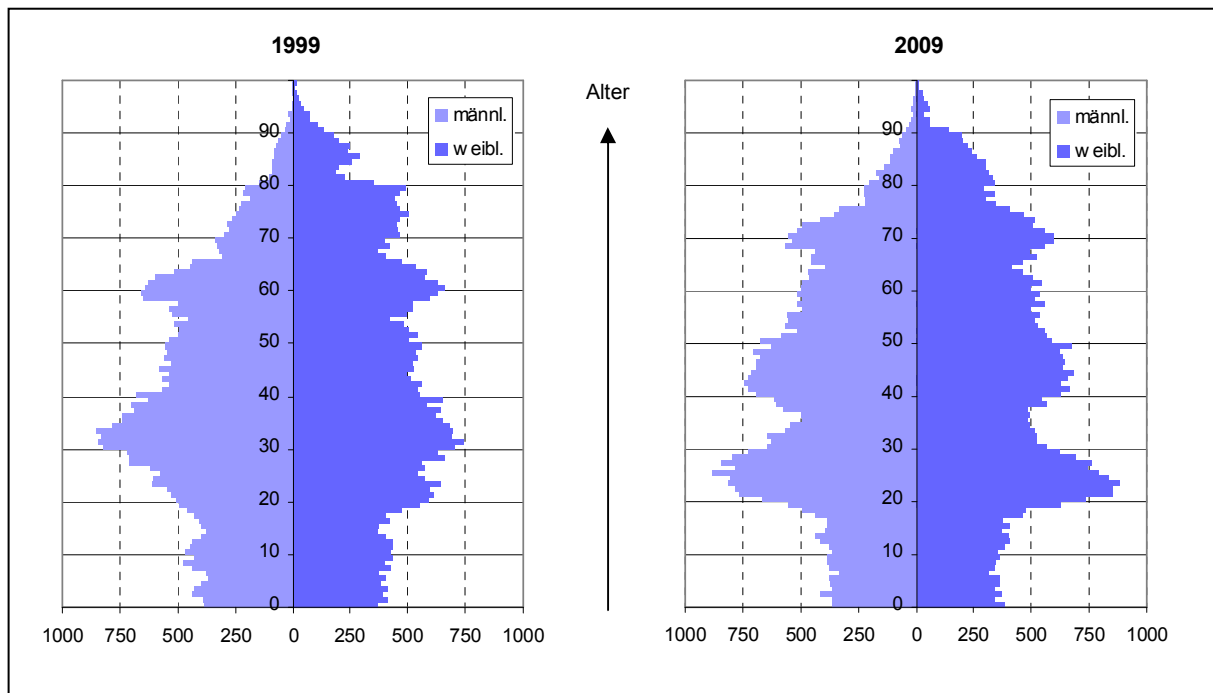
Abb. 3 Demografische Entwicklung in den Stadtteilen

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

3.2. Altersaufbau der Bevölkerung

Die altersmäßige Zusammensetzung der Flensburger Bevölkerung ist von zahlreichen äußeren Ereignissen geformt. Im Jahr 2009 zeigt die Alterspyramide ein Bild, bei dem zunächst die bevölkerungsstarke Altergruppe der 18- bis unter 30-Jährigen ins Auge fällt (vgl. Abb. 4). In dieser Gruppe befinden sich auch die Studierenden. Daneben stellt insbesondere diejenige Generation starke Jahrgänge, die in etwa 20 Jahren ins Rentenalter eintritt. Hervorzuheben ist, dass die derzeitige „Kindergeneration“ zahlenmäßig schwächer ist als die Generation, die demnächst ins Rentenalter eintritt. Auffallend sind zudem die einwohnerstarken Jahrgänge um das Geburtsjahr 1940 (+/-70 Jahre). Die älteren Altersjahrgänge zeichnen sich als Folge des Zweiten Weltkrieges durch eine erheblich reduzierte männliche Bevölkerung aus.

In Flensburg lebten in 2009 insgesamt 22.198 Personen im Alter von 60 Jahren und älter. Dies entspricht einem Anteil von 25,0% an der Gesamtbevölkerung (vgl. Tab. 1), womit sich jede vierte Person im Rentenalter befindet oder diesem bereits nahe ist. Im Vergleich mit dem Jahr 1999 stieg die Anzahl der älteren Menschen deutlich um rund 1.600 Personen. Mit Ausnahme der Hochaltrigen (90 Jahre und älter) ist der Anstieg in allen Altersgruppen zu verzeichnen und beträgt insgesamt 7,8%. Im gleichen Zeitraum konnte die Bevölkerung der unter 60-Jährigen absolut zwar ebenfalls zulegen (+2,9%), ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ging allerdings zurück (-0,6%-Punkte).

Abb. 4 Alterspyramiden 1999 und 2009

Quelle: Eine Darstellung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

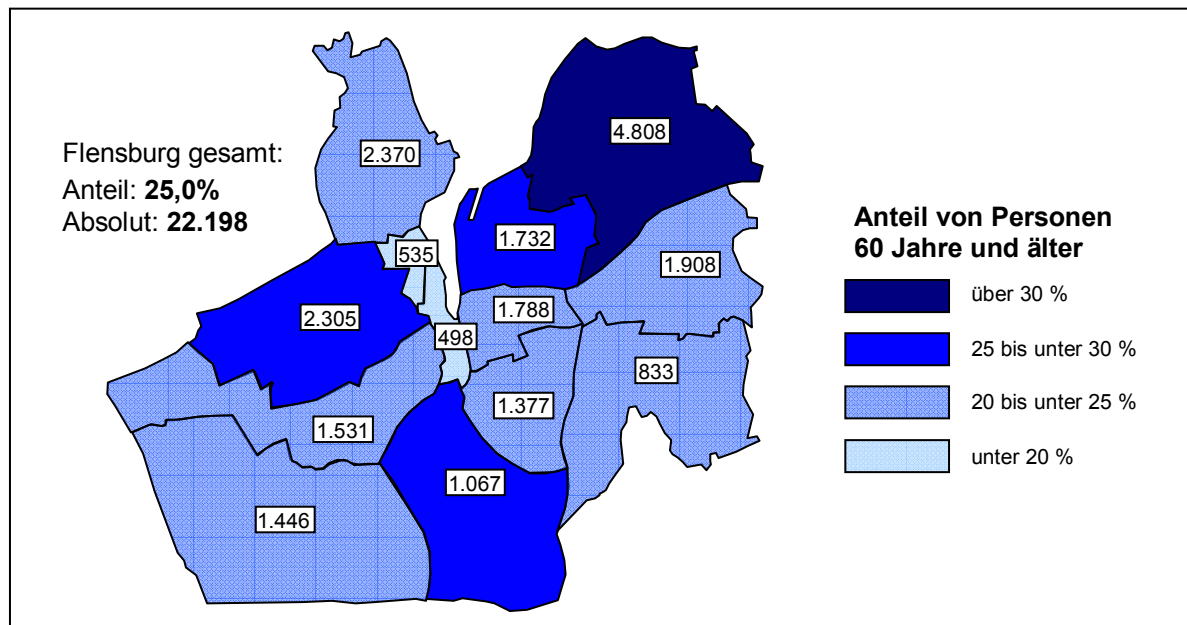
Tab. 1 Alterszusammensetzung der Bevölkerung

Altersgruppen	1999		2007		2008		2009	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
unter 60 Jahren	64.743	75,9	66.681	75,4	67.130	75,3	66.589	75,0
60 bis unter 70 Jahre	9.613	11,3	10.303	11,6	10.088	11,3	9.817	11,1
70 bis unter 80 Jahre	7.098	8,3	7.052	8,0	7.461	8,4	7.882	8,8
80 bis unter 90 Jahre	3.242	3,8	3.788	4,3	3.876	4,4	3.873	4,4
90 Jahre und älter	640	0,7	614	0,7	578	0,6	626	0,7
60 Jahre und älter	20.593	24,1	21.757	24,6	22.003	24,7	22.198	25,0
Gesamte Bevölkerung	85.336	100,0	88.438	100,0	89.133	100,0	88.787	100,0

Quelle: Eine Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

Mit 9.817 Personen befindet sich ein Großteil der älteren Bevölkerung (rund 44%) im Alter zwischen 60 und unter 70 Jahren. Der Anteil hat sich in den vergangenen zehn Jahren jedoch leicht reduziert, während sowohl absolut als auch relativ Zuwächse vor allem in der nächst höheren Altersgruppe zu verzeichnen sind. Dieser Prozess wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen.

Abb. 5 Anzahl und Anteil der Personen im Alter von 60 Jahren und älter in den Stadtteilen 2009



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

In der kleinräumigen Betrachtung fällt der Stadtteil Mürwik auf, der mit 4.808 Personen zahlenmäßig und auch dem Anteil nach (34,0%) über die meisten Einwohnerinnen und Einwohner ab 60 Jahren verfügt (vgl. Sozialatlas 2010, S. 27). Nach Mürwik wohnen die meisten älteren Menschen in der Nordstadt (2.370 Personen), auf der Westlichen Höhe (2.305 Personen) und in Engelsby (1.908 Personen), bezogen auf den Anteil an der Gesamtbevölkerung folgen nach Mürwik die Westliche Höhe (29,4%), Frøerlund (27,0%) und die Südstadt (26,8%). Am unteren Ende stehen die Neustadt und die Altstadt.

3.3. Geschlechterspezifische Zusammensetzung

Von den 22.198 Einwohnerinnen und Einwohnern im Alter von 60 Jahren und älter sind 12.567 Personen weiblich. Dies entspricht einem Anteil von 56,6%, wobei mit höherem Lebensalter der Anteil erheblich zunimmt (vgl. Tab. 1). Während er in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen „nur“ 51,5% beträgt, erhöht er sich bis zur Altersgruppe der Personen ab 90 Jahren auf fast 77%. Der wachsende Anteil der weiblichen Bevölkerung in den höheren Altersgruppen wird gewöhnlich als „Feminisierung des Alters“ bezeichnet. Interessant ist die Feststellung, dass bei den unter 60-Jährigen der Anteil der Einwohnerinnen bei nur 48,9% liegt.

In den letzten zehn Jahren ist in allen Altersgruppen ab 60 Jahren der Frauenanteil deutlich zurückgegangen. Bei den 60- bis 69-Jährigen beträgt die Senkung 4,8%-Punkte, in der nächst höheren Altersgruppe 1,1%-Punkte. Bei den 80- bis 89-Jährigen ist ein besonders deutlicher Rückgang um 10,1%-Punkte auszumachen, aber auch in der Altersgruppe der Hochaltrigen fällt der Anteil um 3,8%-Punkte niedriger aus als noch vor zehn Jahren. Im Ergebnis ist zu konstatieren, dass das Alter allmählich männlicher wird.

Tab. 2 Geschlechterspezifische Zusammensetzung der Bevölkerung

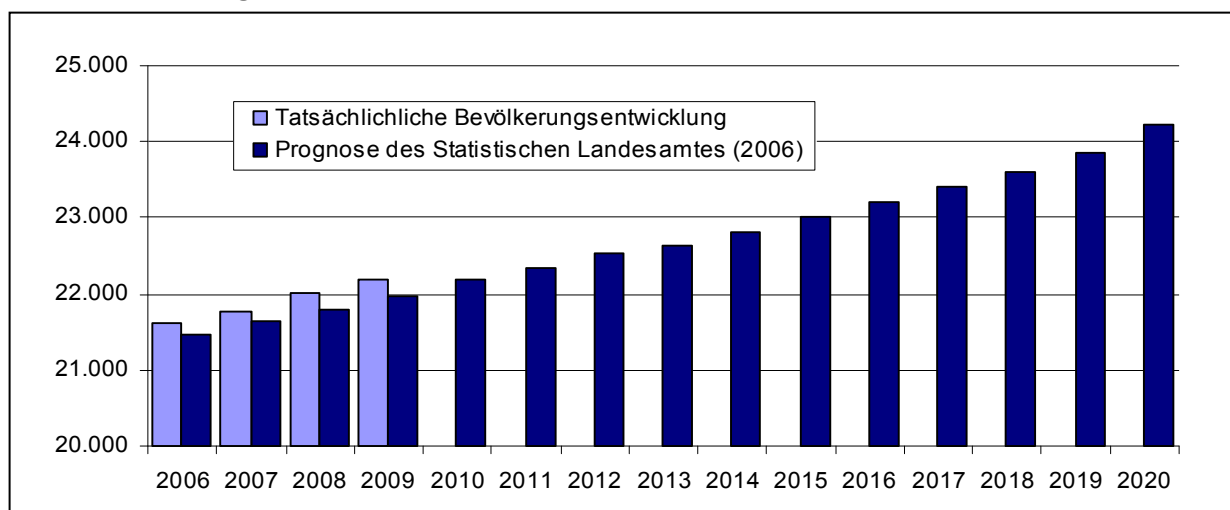
Anteile in % nach Altersgruppen	1999		2007		2008		2009	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
unter 60 Jahren	48,7	51,3	49,0	51,0	48,8	51,2	48,9	51,1
60 bis unter 70 Jahre	52,6	47,4	51,0	49,0	51,3	48,7	51,5	48,5
70 bis unter 80 Jahre	65,7	34,3	56,8	43,2	55,6	44,4	55,0	45,0
80 bis unter 90 Jahre	73,4	26,6	70,3	29,7	70,6	29,4	69,6	30,4
90 Jahre und älter	84,4	15,6	77,9	22,1	76,8	23,2	76,7	23,3
60 Jahre und älter	61,4	38,6	57,0	43,0	56,8	43,2	56,6	43,4
Gesamte Bevölkerung	51,8	48,2	51,0	49,0	50,8	49,2	50,8	49,2

Quelle: Eine Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg.

3.4. Bevölkerungsprognose

Seit März 2011 liegt eine neue Bevölkerungsprognose für Flensburg vor. Gegenüber der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein (11. KBV) wurden die Ergebnisse noch einmal deutlich nach oben angepasst. Aufgrund der hohen Aktualität können die neuen Zahlen im Teilplan noch keine Berücksichtigung finden. Die Prognosen unterscheiden sich im Wesentlichen durch eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen.

Die 11. KBV geht langfristig von steigenden Einwohnerzahlen aus. In der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen wird im Zeitraum bis 2020, ausgehend von der tatsächlichen Einwohnerzahl in 2009 in Höhe von 22.198, ein Zuwachs um 9,2% auf 24.230 Personen erwartet.

Abb. 6 Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes für die Altersgruppe ab 60 Jahren

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg und der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Die männliche Altenbevölkerung wird der Prognose zufolge deutlich stärker zulegen als die Anzahl der Frauen. Im Zeitraum von 2009 bis 2020 wird ein Anstieg von 12,9% gegenüber 5,4% bei der weiblichen Bevölkerung vorausberechnet. Bei Betrachtung der einzelnen Altersgruppen fällt auf, dass bei den 80- bis 89-Jährigen die größten Zuwächse zu erwarten sind. Bis 2020 ist mit einem Anstieg um 1.100 bis 1.200 bzw. rund 30% auf etwa 5.000 Personen zu rechnen, der vor allem auf deutliche Zuwächse auf Seiten der Männer zurückzuführen ist (plus ca. 74%).

Tab. 3 Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes nach Altersgruppen (11. KBV)

Altersgruppen	Prognose									
	31.12.2009		2012		2016		2020		Veränderung (2009 bis 2020)	
	Anzahl	Anzahl Männer	Anzahl	Anzahl Männer	Anzahl	Anzahl Männer	Anzahl	Anzahl Männer	Anzahl	Anzahl Männer
60 bis unter 70 Jahre	9.817	4.763	9.390	4.500	9.740	4.690	10.190	4.880	+373	+117
70 bis unter 80 Jahre	7.882	3.545	8.730	3.980	8.650	3.970	8.140	3.710	+258	+165
80 bis unter 90 Jahre	3.873	1.177	3.680	1.240	4.010	1.520	5.070	2.050	+1.197	+873
90 Jahre und älter	626	146	740	180	810	210	830	230	+204	+84
60 Jahre und älter	22.198	9.631	22.540	9.900	23.210	10.390	24.230	10.870	+2.032	+1.239

Quelle: Eine Darstellung und Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg und des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein.

Für die mittel- und langfristige Planung und Ausrichtung der Infrastruktur – und damit für eine adäquate Anpassung an die Bedürfnisentwicklung der älteren Bevölkerung – weisen die Ergebnisse der Vorausberechnung auf einen steigenden Bedarf in der Zukunft hin.

3.5. Menschen mit Migrationshintergrund

Zu den Menschen mit Migrationshintergrund zählen alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten und alle in Deutschland geborenen Ausländer, darüber hinaus alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Als Ausländerinnen und Ausländer gelten Personen, die eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche besitzen. Für Flensburg ist eine vollständige Erfassung der Personen mit einem Migrationshintergrund derzeit nicht möglich. Es kann nur auf das Merkmal „Person mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit“ und „Person mit einem Spätaussiedler-Hintergrund“ abgestellt werden (vgl. Sozialatlas 2010, S. 34).

Tab. 4 Anzahl der Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit und Anteile an der Gesamtbevölkerung

Altersgruppen	1999		2007		2008		2009	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
unter 60 Jahren	6.389	9,9	5.658	8,5	5.780	8,6	5.429	8,2
60 bis unter 70 Jahre	365	3,8	623	6,0	666	6,6	695	7,1
70 bis unter 80 Jahre	136	1,9	208	2,9	224	3,0	247	3,1
80 bis unter 90 Jahre	45	1,4	63	1,7	70	1,8	65	1,7
90 Jahre und älter	3	0,5	5	0,8	7	1,2	7	1,1
60 Jahre und älter	540	2,6	899	4,1	967	4,4	1.014	4,6
Gesamte Bevölkerung	6.929	8,1	6.557	7,4	6.747	7,6	6.443	7,3

Quelle: Eine Berechnung nach Angaben der Statistikstelle Flensburg. Geringfügige Abweichungen zu den bisher im Sozialatlas veröffentlichten Zahlen ergeben sich aufgrund einer neuen Auswertungssoftware.

In 2009 haben rund 1.000 Personen ab 60 Jahren eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt 4,6%. Im Zehnjahresvergleich hat sich die Anzahl fast verdoppelt (+474). Zuwächse sind insbesondere in den jüngeren Altersgruppen zwischen 60 und unter 80 Jahren auszumachen. Hier wird auch in Zukunft mit weiter steigenden Zahlen zu rechnen sein, da Altersjahrgängen mit höheren Anteilen von Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit nachrücken. Dies trifft auch auf die Personen mit einem Spätaussiedlerhintergrund zu: im Jahr 2008 beträgt ihr Anteil an den 18 bis unter 65-Jährigen 3,2% und ist damit höher als in der älteren Bevölkerung mit 1,3% (vgl. Sozialatlas 2010, S. 39).

Insgesamt weisen die Zahlen auf eine steigende Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund hin.

3.6. Zusammenfassung und Ausblick

Der demografische Wandel setzt sich weiter fort. Er ist mit nachhaltigen Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung verbunden und stellt die Kommune vor neue Herausforderungen. Die Entwicklung verläuft auf der Ebene der Stadtteile sehr unterschiedlich. Zu den „alternden“ Stadtteilen gehören Tarup, Weiche, Engelsby und Mürwik. Die meisten älteren Menschen wohnen in Mürwik, der Westlichen Höhe, der Südstadt oder Fruerlund und befinden sich in einem Alter zwischen 60 und 70 Jahren.

Die Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes für Hamburg und Schleswig-Holstein geht von einer wachsenden älteren Bevölkerung aus. Danach werden bis zum Jahr 2020 rund 2.000 ältere Einwohnerinnen und Einwohner mehr in Flensburg leben. Für die Planung und Ausrichtung der kommunalen Infrastruktur weisen die Zahlen auf einen steigenden Bedarf in der Zukunft hin. Gleichzeitig wird das Alter männlicher und das Geschlechterverhältnis ausgeglichener. Ebenso wird die Anzahl der älteren Personen mit einem Migrationshintergrund zunehmen.

4. Leben im Quartier

4.1. Wohnen und Wohnumfeld

Die Einschätzung von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit ist bei älteren Menschen entscheidend mit der Wohnsituation verknüpft. Das Führen eines eigenen Haushaltes steht für Selbstständigkeit und Unabhängigkeit sowie für Werte wie Vertrautheit, Kontinuität und Sicherheit. Die Wohnqualität umfasst dabei nicht nur die Qualität der Wohnung im funktionalen Sinne (Standard, Ausstattung usw.), sondern auch die ortsnahe bzw. quartiersbezogenen Angebote im räumlichen und sozialen Wohnumfeld (z.B. die Hausgemeinschaft, soziale Einbindung, nachbarschaftliche Hilfen, kommerzielle Dienstleistungen, gute Verkehrsanbindung, fußläufige Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf, altersgerechte Wohnangebote).

Auf dem Wohnungsmarkt sind ältere Menschen eine große Nachfragergruppe, die den Bevölkerungsprognosen zufolge weiter wachsen wird. Die Wohnungswirtschaft wird für diese zunehmend attraktiver werdende Zielgruppe Sorge tragen müssen, dass eine Selbstbestimmung und Selbstständigkeit ihrer Mieterinnen und Mieter bis ins hohe Alter in der vertrauten Häuslichkeit oder zumindest im vertrauten Quartier möglich ist.

Nach der Seniorenenumfrage der Stadt Flensburg leben in 2010 rund 95% der älteren Menschen in einer Wohnung (50,9%), in einem Haus (38,1%) oder in sonstigen weitgehend selbstständigen Wohnformen (rund 6%, z.B. Betreutes Wohnen). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung entspricht dies einer Anzahl von über 21.000 Personen. Die Befragten sind überwiegend mit der Wohnsituation zufrieden (86%)⁷.

4.1.1. Altengerechtes Wohnen

Unter dem Begriff „altengerechtes Wohnen“ werden sehr verschiedene Angebotsformen zusammengefasst, sowohl das Wohnen in einer normalen Wohnung mit verschiedenen Stufen einer Ausstattung für Ältere (vom einfachen Haltegriff bis zur barrierefreien Wohnung) als auch Haus- sowie Wohngemeinschaften für Ältere, Formen des Betreuten Wohnen, Altenwohnanlagen oder Seniorenresidenzen und Wohnstifte.

Mit Blick auf die vorhandenen Wohnmöglichkeiten und Wohnangebote in Flensburg ist festzustellen, dass ein hoher Bedarf an altengerechtem, insbesondere preisgünstigem Wohnraum mit guter Nahversorgung und Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr besteht. Aus dem starken Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe ergibt sich neben der Erfordernis barrierefreier Neubauten insbesondere ein Bedarf zur Anpassung des vorhandenen Bestandes an die speziellen Bedürfnisse Älterer (z.B. durch ausreichende Bewegungsflächen, Treppen mit Handläufen oder rutschfeste Bodenbeläge).

Räumlich dürften die innenstadtnahen Stadtteile Schwerpunkt für die wachsende Zielgruppe der älteren Generation sein. Dies gilt insbesondere für die wachsende Zahl der „jungen Al-

⁷ vgl. Gesundheit im Alter, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2010 von den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern ab 60 Jahren, 2011, S. 12

ten“, da sie gute infrastrukturelle Ausstattung und ruhiges Wohnen „im Grünen“ miteinander vereinen wollen. Die Quartiere haben sich in verschiedenen schleswig-holsteinischen Städten als attraktiv für diese Gruppe erwiesen⁸ und sind auch in Flensburg räumlicher Schwerpunkt der Älteren.

Im sozialen Wohnungsbau sollte ein Schwerpunkt auf die Förderung von Wohnungen für ältere und kleinere Haushalte mit geringem Einkommen gelegt werden, da in diesen Bevölkerungsgruppen besonders hohe Zuwächse zu erwarten sind⁹.

4.1.2. Barrierefreie Gestaltung des Wohnumfelds

Eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Selbständigkeit und sozialen Teilhabe in der eigenen Häuslichkeit ist die barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes. Barrierefreiheit bedeutet die uneingeschränkte Nutzung von Gegenständen, Gebrauchsgütern und Objekten durch alle Menschen über denselben Zugangsweg, wobei eine Zugänglichkeit über alternative Zugangswege nicht als barrierefrei gilt. Im öffentlichen Raum bezieht sich die Barrierefreiheit z.B. auf Verkehrswege, den öffentlichen Personennahverkehr, öffentlich zugängliche Gebäude sowie Kultur-, Bildungs- und Sportanlagen.

Auch lange Wegstrecken können Barrieren bedeuten. Damit die Angebote und Funktionen in der Stadt weiterhin wahrgenommen werden können, ist neben barrierefreien Verkehrsanlagen eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr grundlegend. Darüber hinaus stehen die Erreichbarkeit von Bushaltestellen, die Taktung, die Verkehrszeiten sowie der vermehrte Platzbedarf durch Mitführung von Rollatoren und anderen Gehilfen im Fokus.

Insgesamt wird die Situation im öffentlichen Nahverkehr von den älteren Menschen positiv bewertet. Nach den Ergebnissen der Seniorenumfrage haben allerdings fast 20% der befragten Personen Schwierigkeiten beim Ein- und Aussteigen in Busse. Für immerhin 13% ist die Schriftgröße des Haltestellenaushangs nicht ausreichend. Bei der Bewertung des Wohnumfeldes fällt auf, dass über 45% der Befragten ausreichend Sitzgelegenheiten „zum Ausruhen“ vermissen. Fast 19% haben Schwierigkeiten beim Überqueren von Kreuzungen. Diese und andere Befunde könnten konkrete Ansatzpunkte bieten für eine weitere Verbesserung der öffentlichen Infrastruktur.¹⁰

4.1.3. Nahversorgung

Die Nahversorgung kann zusammengefasst beschrieben werden als die Versorgung mit den Waren und Dienstleistungen des kurz- und mittelfristigen Bedarfs im engeren Wohnumfeld. Zur Nahversorgung gehören zum Beispiel der Supermarkt, der Friseur, die Bäckerei, die

⁸ Wohnen im Alter - Chancen für die Städte?, Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH, 2006

⁹ vgl. Zielgruppenorientierte Wohnungsmarktanalyse für die Stadt Flensburg, Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH, 2006

¹⁰ vgl. Gesundheit im Alter, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2010 von den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern ab 60 Jahren, 2011, S. 25, 44

Postfiliale und die Erreichbarkeit der medizinischen Grundversorgung. Ausreichende Nahversorgungsmöglichkeiten wirken sich positiv auf die Lebensqualität im Alter aus.

Gerade der Einkauf beim „Kaufmann um die Ecke“ bedeutet für ältere Menschen mehr als die Deckung des täglichen Bedarfs an Lebensmitteln. Er ermöglicht eine selbst bestimmte Auswahl an Waren und darüber hinaus Begegnung, Austausch und Information. Er stellt damit einen wichtigen Aspekt der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Diese Funktion kann nicht durch einen Lieferservice ersetzt werden, auf den häufig als Versorgungsalternative hingewiesen wird.

In Flensburg ist eine Entwicklung zu beobachten, dass in verschiedenen Stadtteilen – meist aus wirtschaftlichen Gründen – die Nahversorgung minimiert oder ganz eingestellt wird und stattdessen größere Einkaufszentren entstehen. Die Anbieter müssen neu denken, wenn sie wollen, dass die Kunden sie auch zukünftig erreichen. Zu empfehlen ist eine Strategie der „kurzen Wege“. Erforderlich wären insbesondere kleinere Nahversorger in den Stadtteilen mit lebensnotwendigen und dadurch überschaubaren Angeboten. Solche Veränderungen sind langwierig und müssen konzeptionell entwickelt und begleitet werden. Dazu gehört auch die Prüfung der Möglichkeit einer Reinstallation ehemals vorhandener Angebote und einer medizinisch-pflegerische Grundversorgung, gegebenenfalls in gebündelter Struktur.

4.1.4. Betreutes Wohnen

Der Grundgedanke der ersten Einrichtungen zum Betreuten Wohnen fußte auf der Tatsache, dass der freie Wohnungsmarkt nur in sehr geringem Umfang altengerechte Wohnungen anbieten konnte. Darüber hinaus war das Angebot ambulanter Versorgungsleistungen wenig ausdifferenziert, so dass der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit selten möglich war und im Falle eines Unterstützungs- und Pflegebedarfs eine stationäre Unterbringung nach sich zog. Das Prinzip des „Betreuten Wohnens“ stellte somit die erste Alternative dar.

Mittlerweile haben die Wohnungswirtschaft und die ambulanten Dienste den veränderten Bedarf erkannt und gemeinsam mit den Trägern der offenen Altenhilfe mit entsprechenden Angeboten reagiert. Im Zusammenwirken verschiedener Erfordernisse wie altengerechter Wohnraum, soziale Einbindung in das Quartier, Nachbarschaftshilfen, bürgerschaftliches Engagement, Alltagsunterstützung und ambulante pflegerische Versorgung ist eine Struktur entstanden, die heute das Wohnen zuhause auch mit Unterstützungs- und Pflegebedarf in vielen Fällen ermöglicht. Ein vormals erforderlicher Umzug kann vermieden werden.

Der Begriff des Betreuten Wohnens ist nicht geschützt und wird sehr unterschiedlich verwendet. Er weckt bei den Nutzerinnen und Nutzern in der Regel das irrtümliche Bild einer 24-Stunden-Rundumversorgung. Charakteristisch für das Betreute Wohnen ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner neben dem üblichen Mietvertrag für die Wohnung noch einen Betreuungsvertrag abschließen müssen, auch wenn die Leistungen nicht genutzt werden. Dies bedeutet, dass sie ein festgelegtes Paket von meist begrenzten so genannten „Grundleistungen“ kaufen und dafür neben der Miete noch eine monatliche Betreuungspauschale zu entrichten haben. Zu den Grundleistungen gehören in der Regel Beratungs- und Informationsleistungen, ein begrenzter Einkaufsservice, die Förderung von Kontakten sowie die Not-

rufsicherung. Zusätzlich werden als „Wahlleistungen“ benötigte Hilfe- und Pflegeleistungen angeboten, die bei Bedarf in Anspruch genommen werden können und zusätzlich bezahlt werden müssen. Die Beträge und Leistungen der monatlichen Grundleistungspauschalen sowie die Wahlleistungen sind von Anbieter zu Anbieter sehr unterschiedlich. Eine neutrale Information und Beratung im Vorfeld ist deswegen von herausragender Bedeutung.

Flensburg verfügt über ein sehr differenziertes Angebot an Formen des Betreuten Wohnens, welches räumlich sehr ungleich verteilt ist. Relativ zur älteren Bevölkerung sind viele Wohnungen des Betreuten Wohnens zentral in der Altstadt und Neustadt gelegen, aber auch die randstädtischen Stadtteile Engelsby und Tarup weisen hohe Quoten auf. Neue Vorhaben befinden sich in Planung.

In 2010 wohnen der Seniorenfrage zufolge weniger als 5% der älteren Menschen in betreuten Wohnanlagen¹¹. Dies entspricht einer Anzahl von etwa 1.100 Personen.

Ein Bedarf an weiteren „herkömmlichen“ Einrichtungen des Betreuten Wohnens wird – bedingt durch den Ausbau altengerechten Wohnraums und eine ausdifferenzierte Versorgungsstruktur – vorrangig nicht mehr gesehen. Eine zunehmend größer werdende Zielgruppe, die zurzeit aufgrund fehlender Alternativen häufig in stationären Einrichtungen zu finden ist, benötigt in erster Linie die Begleitung und Betreuung und weniger die fachpflegerische Versorgung. Ein Bedarf wird deshalb vor allem in der Entwicklung eines Konzepts für ein Wohnangebot mit engmaschiger sozialer Betreuung und 24-Stunden-Präsenz gesehen. Mit einem solchen Angebot („Betreutes Wohnen Plus“, „Bielefelder Modell“ u.a.) könnte eine vorstationäre Versorgungsstruktur entstehen, die auch bei höherem Unterstützungs- und Betreuungsbedarf, z.B. durch demenzielle Erkrankung, den Erhalt der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht. Die stationäre Unterbringung könnte in vielen Fällen herausgezögert bzw. verhindert werden.

4.1.5. Zusammenfassung und Ausblick

Das Handlungsfeld Wohnen und Wohnumfeld muss als eine große kommunale Herausforderung verstanden werden. Die Weiterentwicklung, Verbreiterung und Flexibilisierung der derzeitigen Wohnangebote und Wohnformen für ältere Menschen in Flensburg sollten auf die Ausgestaltung des Wohnumfeldes im Sinne einer stärkeren Vernetzung von Wohn- und Betreuungsangeboten zur Unterstützung des Alterns in den Quartieren abzielen. Quartierbezogene Planung und Wohnkonzepte können das selbstständige Wohnen in der vertrauten Häuslichkeit bzw. im vertrauten Wohnumfeld stärken und das generationsübergreifende Zusammenleben unterstützen.

Im Einzelnen lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

¹¹ vgl. Gesundheit im Alter, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2010 von den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern ab 60 Jahren, 2011, S. 12

Auf dem Wohnungsmarkt sind ältere Menschen eine große Nachfragergruppe, die in Zukunft weiter wachsen wird. Bereits heute ist in Flensburg ein großer Bedarf an altengerechtem, insbesondere preisgünstigem Wohnraum festzustellen.

Für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, ist zudem die barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes von zentraler Bedeutung. Dabei können auch lange Wegstrecken Barrieren darstellen. Eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe sind deshalb ausreichende Nahversorgungsmöglichkeiten in den Quartieren. Erforderlich wären insbesondere kleinere Nahversorger in den Stadtteilen mit lebensnotwendigen und dadurch überschaubaren Angeboten. Es ist zu prüfen, inwieweit eine Reinstallation ehemals vorhandener Angebote, gegebenenfalls in gebündelter Struktur, möglich ist.

Im Bereich „Betreutes Wohnen“ wird im klassischen Segment kein weiterer Bedarf gesehen. Ein Bedarf besteht im Bereich „Betreutes Wohnen Plus“ als vorstationäres Angebot mit Begleitung und Betreuung und weniger fachpflegerischer Versorgung.

4.2. Bürgerschaftliches Engagement

Unter dem Sammelbegriff „bürgerschaftliches Engagement“ werden alle traditionellen und modernen Formen des Engagements von Bürgerinnen und Bürgern mit Gemeinwohlbezug zusammengefasst. Dazu gehört unter anderem das soziale und politische Engagement, das Engagement in Vereinen, Verbänden und Kirchen, das klassische Ehrenamt, das Engagement in Genossenschaften und Tauschringe sowie die Selbsthilfe. Bürgerschaftliches Engagement ist geprägt durch Motive von Selbsthilfe, unentgeltliche, freiwillige und gemeinnützige Mitarbeit für die Gemeinschaft, Selbstverwirklichung und Gestaltung sozialer Netzwerke. Die stark verstetigten Formen und die oft lebenslangen Organisationsbindungen des „alten“ Ehrenamts werden dabei zunehmend abgelöst von eher situations- und projektbezogenen Beteiligungsformen.

Kommunale Daseinsvorsorge in einer generationsfreundlichen Gemeinde muss in allen Handlungsfeldern von Verwaltung und Politik für bürgerschaftliches Engagement offen sein – unabhängig von Lebensalter, Geschlecht, Religion, Gesundheitszustand, Herkunft und ähnlichen Voraussetzungen.

Nachhaltiges bürgerschaftliches Engagement schafft für die Kommune einen gesellschaftlichen Mehrwert, der nur durch die kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der engagierten Menschen durch qualifizierte hauptamtliche Kräfte erreicht werden kann. Durch die Verzahnung von professionellen und freiwilligen Kompetenzen und deren unterschiedliche Rollen können verschiedene Zugangsmöglichkeiten aufgenommen und genutzt werden.

Dazu sind strukturelle Maßnahmen ebenso erforderlich wie aktivierende individuelle Unterstützung (insbesondere im Sinne einer fachlichen und solidarischen Beratung, der Stärkung eigener Aktivitäten, ideeller und sachlicher Förderung sowie finanzieller Hilfe zur Bewältigung besonderer Lebenslagen). Die jeweils Handelnden sollen in allen Bereichen das Zusammenwirken der Generationen und sozialen Gruppen als Leitlinie beachten und der gesellschaftlichen Isolation von Bevölkerungsgruppen oder Einzelnen entgegenwirken.

4.2.1. Vielfältige Aktivitäten und Möglichkeiten

Viele ältere Flensburgerinnen und Flensburger sind bereits bürgerschaftlich engagiert. Nach den Ergebnissen der Seniorenfrage beträgt die Anzahl der ehrenamtlich Aktiven hochgerechnet fast 12.000 Personen. Dies entspricht einem Anteil von 53 % in der Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren¹². Ein direkter Vergleich mit den Daten anderer Kommunen und der Bundesebene ist nicht möglich¹³.

Der Einsatz erstreckt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt von der Lesepatenschaft in Kindertagesstätten über die Konfliktlotsentätigkeit in der Schule, die Vermittlung von handwerklichem Wissen für junge Erwachsene, die Mitarbeit in der Kirchengemeinde oder im Sportverein bis hin zu Besuchen von älteren, vereinsamten Menschen. Darüber hinaus gibt es auch

¹² vgl. Gesundheit im Alter, Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 2010 von den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern ab 60 Jahren, 2011, Anhang S. 16

¹³ vgl. Dritter Freiwilligensurvey der Bundesregierung, 2009

das Engagement im Alltag, das oftmals nicht als solches wahrgenommen wird. Dazu gehören z.B. die selbstverständliche Nachbarschaftshilfe und die spontane Unterstützung. Die große Vielfalt und die verschiedenen Formen an Möglichkeiten und Aktivitäten kann hier nicht abschließend dargestellt werden.

Eine wichtige Plattform für das bürgerschaftliche Engagement stellen die Ehrenamtsmessen dar. Sie finden landesweit statt und werden durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein unterstützt. In Flensburg wurden in den Jahren 2008 und 2010 insgesamt jeweils rund 80 ehrenamtliche Tätigkeitsfelder im Rahmen der Veranstaltung vorgestellt. Die Messe richtet sich sowohl an bereits ehrenamtlich Tätige als auch Interessierte, die auf der Suche nach einem ehrenamtlichen Einsatzbereich sind.

Die Stadt Flensburg verfügt mit der Fachstelle für Senioren über eine Anlaufstelle, um ältere ehrenamtlich Engagierte und ehrenamtlich Interessierte zu informieren, zu beraten und darin zu unterstützen, die persönlich gewünschten Einsatzbereiche zu finden.

4.2.2. Seniorenbeirat und seine Unterstützung

Seit Mai 1993 gibt es in Flensburg einen Seniorenbeirat, der seit dem 23.7.2007 auch formalrechtlich als Beirat im Sinne der Gemeindeordnung (gemäß §47d) anerkannt ist. Ein Beispiel für das Agieren und die erfolgreiche Mitwirkung stellt der von ihm initiierte Beschluss des Ausschusses für Umwelt, Planung und Stadtentwicklung zum barrierefreien Wohnen dar. Danach nutzt die Stadt Flensburg seit 2009 den Ermessensspielraum des § 84 der Landesbauordnung, um in Bebauungsplänen die Barrierefreiheit bis zur Haustür festzusetzen und die barrierefreie Bauausführung im Eingangsgeschoss zu empfehlen.

Darüber hinaus hat der Beirat im Winter 2007/08 eigenständig eine Untersuchung zur altersgerechten Ausgestaltung von Bushaltestellen durchgeführt. Die daraus resultierenden Empfehlungen sind den Verkehrsbetrieben zur Verfügung gestellt worden und wurden zum Teil bereits umgesetzt. Unter Beteiligung des Seniorenbeirates wurde ein Haltestellenkonzept entwickelt, das verschiedene Aspekte berücksichtigt, z.B. Liniennetzplan, Umgebungsplan/Stadtplanauszug, Tarifblatt (im gut lesbaren A3-Format), Wartehalle mit Sitzbank und Beleuchtung, Blindenleitlinie zum Buseinstieg oder hohe Bordsteinkanten passend zur Busabsenkung.

4.2.3. Flensburg aktiv – Begegnung der Generationen

Mit der in der Gesamtheit größten zusammenhängenden Veranstaltung dieser Art in Schleswig-Holstein wird den Flensburger Bürgerinnen und Bürgern jedes Jahr eine Aktionswoche geboten, die mit ihren vielfältigen Aktivitäten zum Begegnen, Mitmachen, Miterleben und Miteinander einlädt. An der Woche beteiligen sich in unterschiedlicher Form bis zu 1.000 freiwillige Akteure, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie zahlreiche Einrichtungen mit viel Engagement. Die Organisation und Federführung der Aktionswoche liegt in der Fachstelle für Senioren.

4.2.4. Zusammenfassung und Ausblick

Der demografische Wandel bringt es mit sich, dass in Zukunft mehr gemeinwesenorientierte Aufgaben von weniger und im Durchschnitt älteren Menschen wahrgenommen werden müssen. Die Chancen, den Wandel aktiv zu gestalten, hängen deshalb entscheidend auch davon ab, wie es gelingt, mehr von den Fähigkeiten, Potentialen, Stärken und Erfahrungen der älteren Generation einzubringen. Dies gilt auch für Flensburg.

Zunehmend wichtige Bereiche bürgerschaftlichen Engagements sind aber auch die Begleitung, Betreuung und Pflege von unterstützungsbedürftigen älteren Menschen. In Flensburg erfahren derzeit nur 5,2% der befragten Personen Unterstützung durch Nachbarn und 3,9% durch Freunde, wie die Seniorenfrage der Stadt Flensburg ergeben hat. Es ist deshalb davon auszugehen, dass insgesamt noch ein erhebliches Potential an bürgerschaftlichem Engagement besteht, sowohl in der jüngeren als auch in der älteren Bevölkerung. Diese Einschätzung wird bestätigt durch den Dritten Freiwilligensurvey des Bundes, der ebenfalls feststellt, dass eine große Anzahl an Personen bereit wäre, sich zu engagieren und nach aktiven Rollen sowie geeigneten Angeboten zu suchen¹⁴.

Damit das große Potential an bürgerschaftlichem Engagement in Flensburg auch genutzt werden kann, bedarf es einer gezielten Verbesserung der Rahmenbedingungen. Dazu gehört insbesondere eine verstärkte Information und Beratung zu möglichen Einsatzfeldern, eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung durch hauptamtliche Kräfte und eine größere Wertschätzung und Anerkennung der bürgerschaftlich Engagierten. Nur dadurch lässt sich dauerhaft ein gesellschaftlicher Mehrwert erzielen.

¹⁴ vgl. Dritter Freiwilligensurvey der Bundesregierung, 2009

4.3. Information und Beratung

Viele ältere Menschen fühlen sich durch die vielfältigen Angebote, die sich oftmals als ein „Angebotsdschungel“ herausstellen, sowie die differenzierten Leistungs- und Finanzierungsstrukturen überfordert. In der Praxis ist deshalb in vielen und sehr unterschiedlichen Bereichen ein Informations- und Beratungsbedarf festzustellen. Das Vorhalten eines differenzierten und qualitätsgesicherten Beratungs- und Informationsangebots ist deshalb zur Sicherung der sozialen Teilhabe, der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit älterer Menschen unerlässlich. Nur wer „gut informiert“ ist, kann selbstbestimmt und eigenverantwortlich Entscheidungen treffen.

Viele Fragestellungen beziehen sich auf die Möglichkeiten der Lebensgestaltung nach dem aktiven Arbeitsprozess sowie auf die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Sozialhilfe (SGB XII). Über das allgemeine Informationsbedürfnis hinaus haben ältere Menschen in besonderen Lebenssituationen einen Beratungsbedarf, der nicht im Füllen einfacher Informationslücken besteht. Dies trifft speziell auf hilfe- und unterstützungsbedürftige ältere Personen zu, bei denen sich die medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarfslagen zunehmend komplex gestalten.

Insbesondere die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein schwerer Schicksalsschlag, der fast immer ungeplant und unerwartet eintritt. Sich in dieser belastenden Situation in den Bestimmungen der Pflegeversicherung und des Sozialleistungsrechtes zurechtzufinden, ist schwierig und führt oft zu Problemen. Dabei können einseitige oder fehlerhafte Informationen und Beratungsleistungen Versorgungsdefizite zur Folge haben, die unter Umständen sogar zu einem frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung führen¹⁵. Durch eine qualifizierte Beratung kann gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen ein individuell erforderliches Unterstützungsarrangement entwickelt und damit in vielen Fällen eine stationäre Versorgung verzögert bzw. verhindert werden. Damit wird auch der Grundsatz „ambulant vor stationär“ unterstützt.

In Flensburg gibt es ein vielfältiges Informations- und Beratungsangebot von Einrichtungen und Initiativen in unterschiedlicher Trägerschaft, das älteren Menschen in ihren unterschiedlichen Lebenslagen Hilfe und Unterstützung bieten kann. Die nachfolgende Darstellung konzentriert sich auf das Angebot der Stadt Flensburg.

4.3.1. Fachstelle für Senioren

In der Fachstelle für Senioren konzentriert sich das gesamte Angebot im Bereich der Altenhilfe, einschließlich der Fachberatung für die professionellen Akteure am Pflegemarkt. Dafür stehen qualifizierte und kompetente Fachkräfte zur Verfügung. Die Fachstelle verfolgt dabei einen ganzheitlichen, auf den Einzelfall zugeschnittenen, präventiven Beratungsansatz und agiert als steuerndes Bindeglied zu und mit anderen Angebots- und Maßnahmeträgern.

¹⁵ vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Bericht Werkstatt Pflegestützpunkte, 2010

Durch die Beratung älterer Menschen „aus einer Hand“ entstehen wichtige Synergieeffekte, weil im Beratungsalltag immer wieder Situationen auftreten, in denen sich aus dem ursprünglichen Beratungsanlass veränderte Fragestellungen nach Unterstützung und Hilfe im Alltag ergeben.

Das Beratungsspektrum der Fachstelle für Senioren beinhaltet insbesondere folgende Themenbereiche:

- Kultur- und Bildungsangebote
- Einrichtungen und Initiativen der offenen Altenhilfe
- bürgerschaftliches Engagement
- Wohnungsanpassungsmaßnahmen und Hilfsmittel
- altengerechte Wohnformen
- Komplementärdienste im vorstationären Bereich
- pflegerische Versorgung
- Finanzierung von ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten

Darüber hinaus stellt die Fachstelle eine umfängliche Übersicht zu allen Themenfeldern als Informationsbroschüre „Älter werden in Flensburg“ auf der Homepage der Stadt Flensburg oder kostenfrei als gedruckte Version zur Verfügung. Sie wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert.

4.3.2. Pflegeberatung im Pflegestützpunkt

Mit der Errichtung und dem Betrieb des Pflegestützpunktes unter dem Dach der Fachstelle für Senioren (als weitgehende Weiterführung des Landesmodellprojekts „Trägerunabhängige Pflegeberatungsstellen“) hat die Stadt Flensburg in gemeinsamer Trägerschaft mit den Pflege- und Krankenkassen und Kostenbeteiligung des Landes ein zukunftsweisendes Angebot realisiert. Die Beratungsleistungen beschränken sich dabei nicht nur auf Fragen zur Pflegeversicherung, sondern schließen die familiäre Situation, die Wohnbedingungen, die finanziellen Verhältnisse und die biografischen Daten mit ein und berücksichtigen die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Ratsuchenden. Der Pflegestützpunkt berät zeitnah, neutral, trägerunabhängig, wohnortnah, niedrigschwellig, professionell und klientenorientiert. Darüber hinaus liefert der Pflegestützpunkt wesentliche Informationen und Daten aus der Fachpraxis über strukturelle Veränderungen und Bedarfe sowie zu finanziellen Folgewirkungen im Bereich der Pflege.

Neben dem Hauptpflegestützpunkt im Rathaus sind zwei dezentrale Sprechstunden in den Stadtteilen Mürwik (Nachbarschaftszentrum Mürwik) und Engelsby (Altes Heizwerk) eingerichtet. Das Vorhalten dieses Beratungsangebots im direkten Alltagsgeschehen führt Menschen früher als gewöhnlich an das Themenfeld heran und schafft somit einen niedrigschwelligen Zugang mit einer präventiven Wirkung. Seit Einrichtung der Pflegeberatungsstelle in Flensburg hat sich die Anzahl der Beratungsgespräche kontinuierlich gesteigert. Dies zeigt sowohl die hohe Akzeptanz als auch den steigenden Beratungsbedarf pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

Die Aufgaben umfassen:

- Wegweiserfunktion in allen sozialrechtlichen Angelegenheiten,
- Darstellung geeigneter Hilfs-/Entlastungsangebote im hauswirtschaftlichen, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich unter Einbeziehung komplementärer, ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege sowie ehrenamtlicher Hilfen (Pflegearrangements),
- beratende Unterstützung in belastenden Pflegesituationen und bei psychosozialen Problemen (familiäre, berufliche Verpflichtungen der betreuenden Person, Umgang mit den fachlichen und emotionalen Anforderungen einer Unterstützungs- und Pflegesituation, Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige),
- Unterstützung in Krisensituationen (Krisenmanagement),
- Beratung bei Fragen zu angemessenen Wohnformen, zur Wohnraumgestaltung und zu technischen Hilfen,
- Beratung zu Finanzierungsformen,
- Kooperation mit und bedarfsgerechte Überleitung zur Pflegeberatung (§ 7a SGB XI),
- Beschwerdemanagement,
- Dokumentation der Tätigkeit zum Zwecke der Qualitätssicherung und der Evaluation.

Eine Besonderheit in Schleswig-Holstein stellt die Verknüpfung mit der Leistungsgewährung des SGB XII dar. Durch die Fallbearbeitung aus einer Hand entsteht ein Synergieeffekt.

Im Rahmen eines Pilotprojektes bietet die Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein ab Februar 2011 in den Räumen und im Zusammenwirken mit der Fachstelle für Senioren juristische Beratung und Unterstützung zum Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz an. Das Gesetz regelt seit dem 1. Oktober 2010 die Anforderungen an Verträge für ältere, pflegebedürftige oder behinderte erwachsene Menschen, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Verbindung mit Wohnraumüberlassung in Anspruch nehmen. Die Anlaufstelle hilft bei Fragen und Problemen mit entsprechenden Verträgen.

4.3.3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Sicherstellung altersgerechter und qualitätsgesicherter Beratungs- und Informationsangebote ist eine wesentliche Zielsetzung. Dabei ist es sinnvoll und notwendig, quartiersbezogene und niedrighschwellige Angebote weiter auszubauen, die gut erreichbar sind und umfassend informieren und beraten können. Von großer Bedeutung ist die Fortführung eines unabhängigen kommunalen Angebots. Im Bereich der Pflegeberatung stellt sich aufgrund der steigenden Nachfrage die Frage, inwieweit zukünftig eine Ausweitung des Beratungsangebotes erforderlich ist.

Vor dem Hintergrund der wachsenden ethnischen, kulturellen und religiösen Vielfalt wird eine zielgruppenspezifische Ansprache der Unterstützungs- und Hilfesuchenden zunehmend wichtig. Nur dadurch lassen sich alle Bürgerinnen und Bürger frühzeitig erreichen und können Information und Beratung präventive Wirkung entfalten.

4.4. Häusliche Pflege

Ein wesentliches Aktionsfeld der herkömmlichen und auch der zukünftigen Planung ist die Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige ältere Menschen. Die Kommunen tragen Mitverantwortung für die Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten pflegerischen Versorgung (vgl. Kapitel 1.4.). Es sind Versorgungsstrukturen zu schaffen, die dem Wunsch der älteren Menschen entsprechen, möglichst lange in ihrem vertrauten Wohnumfeld, ihren „eigenen vier Wänden“, zu verbleiben und die auch bei Unterstützungs- und Pflegebedarf ein hohes Maß an Alltagsnormalität ermöglichen.

Gegenwärtig wird ein großer Teil der Betreuung und Versorgung privat durch Familienangehörige geleistet. Die Seniorenbefragung der Stadt Flensburg hat ergeben, dass 30% der Befragten im Alltag Unterstützung durch ihren Ehepartner und 22% durch andere Familienangehörige und Verwandte erhalten. Die Versorgung durch das private Umfeld wird auch in Zukunft von großer Bedeutung sein. Genaue Zahlen über den Umfang der familiären Unterstützung liegen für Flensburg nicht vor.

4.4.1. Gesetzliche Grundlagen

Der Vorrang häuslicher Versorgung findet seinen gesetzlichen Niederschlag in § 3 SGB XI. Danach soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Der Vorrang wird gewöhnlich mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ beschrieben.

Eine Person ist pflegebedürftig, wenn sie wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens aber für ein halbes Jahr, der Hilfe bedarf (§ 14 SGB XI). Zu den gewöhnlichen und täglichen Verrichtungen gehören die Körperpflege, die Ernährung sowie die Bereiche Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Es sind drei Pflegestufen vorgesehen: erheblich (Stufe 1), schwer (Stufe 2) und schwerst pflegebedürftig (Stufe 3), wobei der pflegerische Bedarf regelmäßig höher sein muss als der Bedarf an hauswirtschaftlicher Unterstützung. In der so genannten „Pflegestufe 0“ werden diejenigen Personen zusammengefasst, bei denen der erforderliche Pflegeaufwand von 45 Minuten Pflegeleistung am Tag nicht erreicht wird.

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege und Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die häusliche Pflege kann als Sachleistung durch ambulante Pflegeeinrichtungen beziehungsweise Pflegedienste erbracht werden, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Anstelle der Sachleistung können Pflegebedürftige auch ein Pflegegeld beantragen, wobei eine Kombination von Geld- und Sachleistungen ebenfalls möglich ist (vgl. § 36 ff. SGB XI).

4.4.2. Inanspruchnahme von Pflegegeld

Der Anspruch auf eine Pflegegeldleistung setzt voraus, dass der Pflegebedürftige die häusliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Dieses wird zunächst durch einen Gutachter festgestellt und bei laufenden Qualitätssicherungsbesuchen bestätigt. Es ist gleichgültig, ob es sich bei den unterstützenden Personen um Familienangehörige oder Familienfremde wie z.B. Nachbarn oder ehrenamtliche Kräfte handelt und ob diese für die persönliche Grundpflege oder die hauswirtschaftliche Versorgung tätig sind.

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein beträgt in 2009 die Anzahl der Pflegegeldempfänger in Flensburg im Alter von 60 Jahren und älter insgesamt 497 Personen (2007: 498). Darunter sind nur Empfänger zusammengefasst, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und nicht auch zusätzlich ambulante Pflege erhalten. Ihr Anteil an der Bevölkerungsgruppe liegt bei 2,2% und ist damit im Vergleich zu den Vorjahren leicht zurückgegangen (2007: 2,3%). Von den Leistungsempfänger sind 296 Personen weiblich (rund 60%). Innerhalb der weiblichen Bevölkerungsgruppe ist der Anteil der Pflegegeldbezieher mit 2,4% geringfügig höher als bei den Männern (2,1%).

Der rückläufige Trend deutet darauf hin, dass zunehmend weniger pflegebedürftige Personen in der Lage oder bereit sind, auch mit Unterstützung des Pflegegeldes die häusliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherzustellen. Damit die Pflege auch zukünftig durch Angehörige oder das private Umfeld realisiert werden kann, ist die Umsetzung und Weiterführung von Maßnahmen erforderlich, welche gezielt die Stärkung der häuslichen Pflege zum Ziel haben, möglichst unter Einbeziehung ehrenamtlicher Kräfte. Dazu gehören auch quartiersbezogene Konzepte zur Verbesserung der sozialen Integration älterer Menschen, wie z.B. das Stadtteilbüro Fruerlund.

4.4.3. Ambulante Pflegedienste

Kann die häusliche Pflege in geeigneter Weise nicht selbstständig z.B. durch Angehörige sichergestellt werden oder sprechen andere Gründe dagegen, kann die pflegebedürftige Person – auch in Ergänzung (§ 38 SGB XI) – ambulante Pflegeleistungen erhalten. In 2010 sind in Flensburg 11 ambulante Pflegeeinrichtungen ansässig, davon befinden sich sieben in privater Trägerschaft, die anderen sind Einrichtungen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege.

Übersicht: Ambulante Pflegedienste

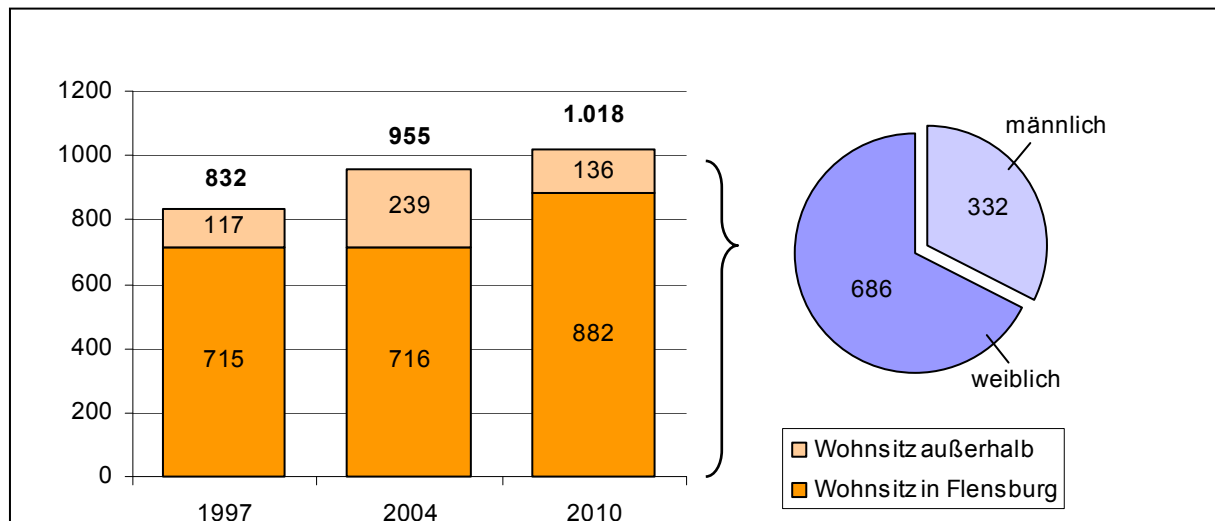
1 Ambulante Dienste St. Elisabeth	7 Diakoniestation Flensburg-Ost
2 Ambulanter Pflegedienst der DRK Schwesternschaft Elsa Brandström e. V.	8 Gesundheits- und Pflegezentrum „Am Katharinenhof“
3 Ambulantes Pflegezentrum Nord	9 DRK - Ambulanter Pflegedienst Flensburg GmbH
4 Arbeiter-Samariter-Bund Schleswig-Holstein	10 Pflegedienst Nord
5 AWO Pflege S.H. gGmbH Servicehaus Sandberg	11 Vitalis
6 Dänischer Gesundheitsdienst für Südschleswig e.V.	

4.4.4. Anzahl und Struktur der ambulant Pflegebedürftigen

Nach der Pflegestatistik des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein haben in Flensburg im Jahr 2009 insgesamt 541 Personen ambulante Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Davon sind 68,2% bzw. 369 Personen weiblich. Im Vergleich zu 2007 ist die Gesamtzahl leicht zurückgegangen (-6), im Vergleich mit 2003 sogar deutlich um 16,5% (-107). In 2009 empfangen in der Altersgruppe der älteren Menschen 498 Personen ambulante Pflegeleistungen (92% von allen Leistungsempfängern, davon 69,3% bzw. 345 Personen weiblich). Vergleichszahlen liegen nur für das Jahr 2007 vor, in dem die Anzahl noch 525 Personen betrug (-27). Der Anteil an der Bevölkerungsgruppe beträgt 2,2%, wobei die Quote bei den älteren Frauen deutlich höher ausfällt (2,7%) als bei der männlichen Bevölkerung (1,6%).

Die Pflegestatistik bildet nicht umfänglich die tatsächliche Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ab, da pflege- bzw. unterstützungsbedürftige Personen auch ohne gesetzlichen Anspruch Pflegeleistungen von den Diensten erhalten können. Für eine vollständige Erhebung aller Leistungsempfänger wurde deshalb in 2010 wie bereits in den Jahren 1997 und 2004 eine Befragung der ambulanten Pflegedienste durchgeführt, an der sich alle Einrichtungen beteiligt haben. Pflegedienste außerhalb von Flensburg, die ebenfalls Pflegebedürftige im Stadtgebiet versorgen, wurden nicht berücksichtigt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sich die Ergebnisse auf die Strukturen in Flensburg übertragen lassen.

Die Umfrage hat ergeben, dass zum 30.11.2010 insgesamt 1.018 Personen Leistungen durch die Pflegedienste erhalten haben (vgl. Abb. 7). Gegenüber der letzten Befragung im Jahre 2004 ist damit die Anzahl der Pflegebedürftigen um 37 Personen bzw. 6,6% gestiegen. Rund zwei Drittel der Personen sind weiblich (686). Von den 1.018 Personen sind 136 außerhalb von Flensburg ansässig (13,4%). Dies ist im Vergleich zur vorherigen Erhebung ein deutlicher Rückgang um 103 Personen bzw. rund 43%, verbunden mit einem entsprechend deutlichem Anstieg der in Flensburg gemeldeten Pflegebedürftigen (+166 Personen bzw. +23,2%).

Abb. 7 Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Wohnsitz

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in der älteren Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren ist mit 909 Personen gegenüber der Erhebung von 2004 nur leicht um 24 Personen gestiegen (vgl. Tab. 5). Deutlicher fällt die Zunahme bei den unter 60-Jährigen aus (+37). Der Anteil der älteren Pflegebedürftigen an allen Leistungsempfängern beträgt 89,3%. Innerhalb der älteren Bevölkerung befinden sich die meisten Bezieher ambulanter Leistungen in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen. Zwischen diesen beiden Altersgruppen haben sich die Anteile jedoch verschoben. Wurden 2004 noch 203 Personen 70- bis 79-jährig (22,9%) und 460 Personen 80- bis 89-jährig (48,6%) ambulant durch einen Pflegedienst betreut, sind es heute 273 (+7,1%-Punkte auf 30,0%) bzw. 370 Personen (-7,9%-Punkte auf 40,7%). Es ist damit insgesamt eine Verjüngung der ambulant Pflegebedürftigen festzustellen.

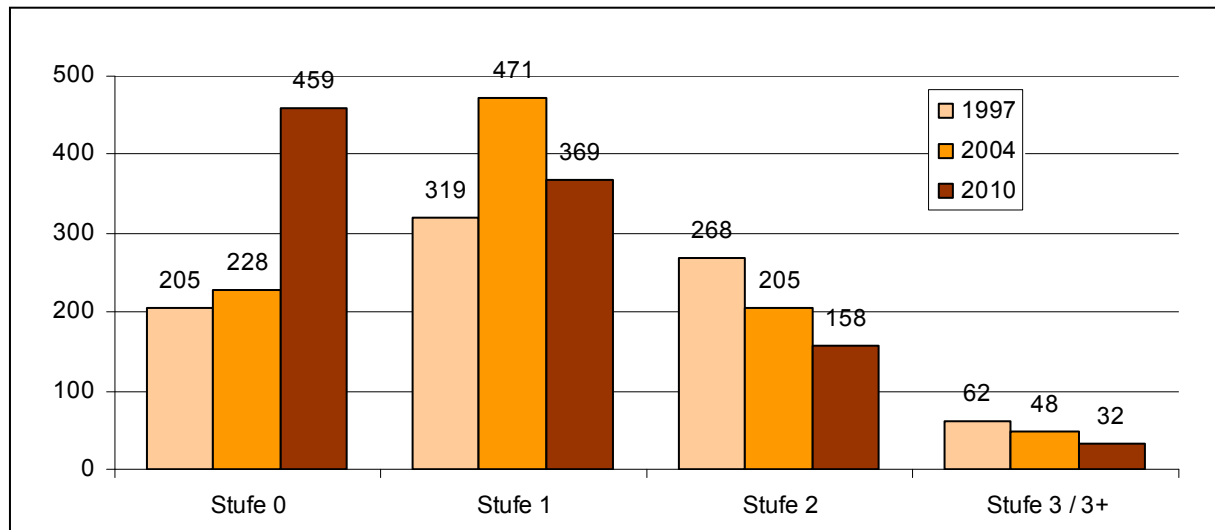
Tab. 5 Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Altersgruppen

Altersgruppen	1997		2004		2010	
	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %
unter 60 Jahren	86	10,3	70	7,3	109	10,7
60 Jahre und älter	746	89,7	885	92,7	909	89,3
60 bis unter 70 Jahre	80	10,7	109	12,3	123	13,5
70 bis unter 80 Jahre	212	28,5	203	22,9	273	30,0
80 bis unter 90 Jahre	342	45,8	430	48,6	370	40,7
90 Jahre und älter	112	15,0	143	16,2	143	15,8
Insgesamt	832	100,0	955	100,0	1018	100,0

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010.

In 2010 befinden sich die meisten Pflegebedürftigen in der so genannten „Pflegestufe 0“ (459), danach folgen die Pflegestufen 1 (369), 2 (150) und 3 (32). Hervorzuheben ist die starke Zunahme in der Pflegestufe 0. Im Vergleich zu 2004 nahm die Anzahl der Leistungsempfänger ohne Einstufung um fast das Doppelte zu (+99,6%). In den Pflegestufen 1 bis 3 ist dagegen eine rückläufige Entwicklung auszumachen. Die Anzahl der Personen ist gegenüber 2004 zusammen um 165 Personen bzw. um fast ein Viertel zurückgegangen. Auffällig ist insbesondere die deutliche Senkung in der Pflegestufe 1 um 102 Personen (-22,7%).

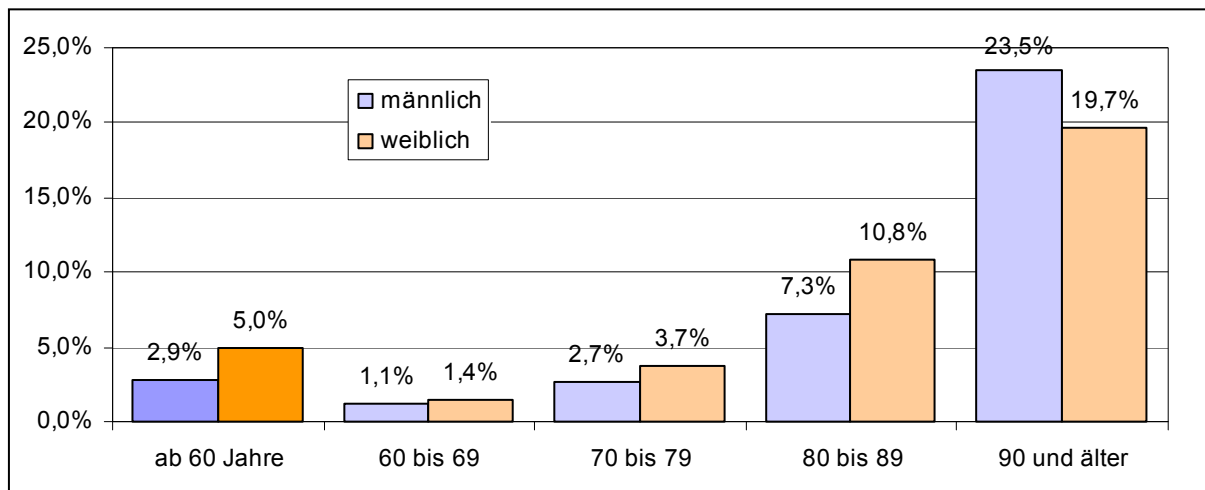
Abb. 8 Anzahl der ambulant Pflegebedürftigen nach Pflegestufen



Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010.

Die Entwicklung deutet darauf hin, dass sich der bereits 2004 festgestellte restriktivere Umgang des Medizinischen Dienstes mit der Einstufung in Pflegestufen fortsetzt. Die rückläufige Entwicklung in den Pflegestufen 1 bis 3 ist auch in der Pflegestatistik des Statistischen Amtes ablesbar (vgl. oben). Dies hat zur Folge, dass zusätzliche Sozialhilfekosten entstehen und damit der städtische Haushalt stärker belastet wird. Andererseits zeigen die Zahlen, dass seitens der ambulanten Pflegedienste eine Ausweitung des Angebots von hauswirtschaftlichen Dienstleistungen stattgefunden hat. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund der festgestellten Verjüngung der Pflegebedürftigen zu vermuten.

Um beurteilen zu können, wie hoch der ambulante Versorgungsgrad der älteren Bevölkerung ist, werden so genannte Pflegequoten gebildet. Sie beschreiben das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu der Gesamtzahl der Personen in einer Altersgruppe. Die Auswertung ergibt für die Bevölkerung ab 60 Jahren eine Quote von 4,1%. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, wobei der Anteil der Pflegebedürftigen innerhalb der weiblichen Bevölkerung mit 5,0% insgesamt höher ist als bei den Männern mit 2,9% (vgl. Abb. 9). Lediglich in der Altersgruppe der Personen ab 90 Jahren ist die Quote bei den Frauen niedriger (19,7% zu 23,5%). Ein Vergleich der aktuellen Pflegequote mit den Ergebnissen der Vorjahre ist nicht möglich. Es liegen keine altersstandardisierte Zahlen vor.

Abb. 9 Ambulante Pflegequoten in 2010

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich 2 Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. Die Pflegequoten beschreiben das Verhältnis der Pflegebedürftigen zur Flensburger Gesamtbevölkerung in einer Altersgruppe. Es wird nicht differenziert nach dem Wohnort der Pflegebedürftigen.

4.4.5. Zukünftige Entwicklung und Bedarfseinschätzung

Die ambulanten Pflegequoten sind Grundlage für die Bedarfseinschätzung. Angesichts des zu erwartenden steigenden Anteils der männlichen Altenbevölkerung sowie der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Pflegequoten ist eine aussagefähige Bedarfseinschätzung nur möglich, sofern eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Berechnung erfolgt. Die Pflegequoten werden kombiniert mit der Bevölkerungsprognose des Statistischen Amtes. Danach ist bis 2020 mit einem Anstieg der ambulant Pflegebedürftigen um rund 12,7% von 1.018 auf 1.147 zu rechnen.

Tab. 6 Anzahl der ambulant pflegebedürftigen Personen bis 2020

		Prognose				
		2010	2012	2016	2020	
Bevölkerung unter 60 Jahren	Anzahl Personen	66.575	65.620	65.890	65.570	
	davon ambulant pflegebedürftig	109	107	108	107	
	ambulante Pflegequote	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	
Bevölkerung 60 Jahre und älter	weiblich	Anzahl Personen	12.641	12.600	12.820	13.310
		davon ambulant pflegebedürftig	629	618	634	679
		ambulante Pflegequote	5,0%	4,9%	4,9%	5,1%
	männlich	Anzahl Personen	9.745	9.900	10.390	10.870
		davon ambulant pflegebedürftig	280	293	322	360
		ambulante Pflegequote	2,9%	3,0%	3,1%	3,3%
	Summe	Anzahl Personen	22.386	22.500	23.210	24.180
		davon ambulant pflegebedürftig	909	911	956	1.040
		ambulante Pflegequote	4,1%	4,0%	4,1%	4,3%
Gesamte Bevölkerung	Anzahl Personen	88.961	88.120	89.100	89.750	
	davon ambulant pflegebedürftig	1.018	1.018	1.064	1.147	
	ambulante Pflegequote	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. Die Pflegequoten beschreiben das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu der Gesamtbevölkerung in Flensburg in einer Altersgruppe. Grundlage für die Prognose ist die 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Amtes der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein (März 2011). Es wird nicht differenziert nach dem Wohnort der Pflegebedürftigen.

Der tatsächliche Verlauf hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Auf der Nachfrageseite gehören dazu unter anderem die Entwicklung der Lebensvorstellungen (Individualisierung, Selbstbestimmung, Selbstständigkeit), der Haushaltsstrukturen (z. B. 1 und 2 Personen, Versorgung durch Angehörige), des Wohnungsmarktes (altengerechte, betreute Wohnformen, Wohneinheiten für eine oder mehrere Personen), Veränderungen im medizinischen Bereich und in der Gesundheitsvorsorge sowie Aspekte der quartiersbezogenen Entwicklung (z.B. Nahversorgung, nachbarschaftliche Hilfen, soziale Einbindung). Auch wenn die Faktoren im Einzelnen nicht quantifiziert werden können, so spricht die bisherige Entwicklung eher für einen weiteren Anstieg der Nachfrage. Auf Seiten der Anbieter von ambulanten Dienstleistungen ist von einem Ausbau des Marktsegments „hauswirtschaftliche Unterstützung“ auszugehen. Beide Entwicklungen würden sich vorrangig steigend auf die Anzahl der Personen in der „Pflegestufe 0“ auswirken. Der rechnerisch prognostizierte Anstieg des ambulanten Pflegebedarfs um 12,7% wird deshalb wahrscheinlich höher ausfallen. Nach vorsichtigen Schätzungen scheint ein Anstieg von über 15% möglich.

4.4.6. Gesundheitsförderung in der häuslichen Umgebung

Für den Verbleib in der Häuslichkeit ist der Erhalt der Selbstständigkeit und hierfür der Erhalt der Gesundheit erforderlich. Um individuell vorzubeugen muss es daher gesundheitsfördernde Angebote der Kommune, Krankenkassen, Sportvereine, Volkshochschule u.a. geben. Das Angebot eines Sturzpräventionskurses der Gesundheitsdienste gemeinsam mit der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) ist hierfür ein positives Beispiel. Zusätzlich müssen im Umfeld Verhältnisse geschaffen werden, die dieses Verhalten unterstützen.

4.4.7. Zusammenfassung und Ausblick

Die Stadt Flensburg verfügt über ein gut ausgebautes Netz an häuslichen Versorgungsangeboten. Die Anbieter konnten bislang flexibel auf Anfragen reagieren. Für die Zukunft ist allerdings mit einer deutlichen Zunahme von Personen zu rechnen, die einer Unterstützung bedürfen. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Anzahl derjenigen, die im Alter nicht mehr auf familiäre Unterstützung und Pflege zurückgreifen können, zunehmen wird. Sie werden verstärkt auf nachbarschaftliche Hilfen und kommerzielle Dienstleistungen angewiesen sein. Insoweit bedarf es weiterer gezielter Schritte, um ein wirksames und bezahlbares Unterstützungs- und Hilfenetz zu erhalten bzw. weiterzuentwickeln. Der Bedarf wird allerdings nicht alleine durch professionelle Dienstleister oder die Nachbarschaft gedeckt werden können. Erforderlich ist deshalb auch die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung der familiären Pflege.

Bei der Gestaltung der Maßnahmen sind quartiersbezogene und kleinräumige Ansätze vorzuziehen. Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen sind unter anderem die Förderung des Ausbaues von Wohnformen für Pflegebedürftige, die Unterstützung von Initiativen, welche die ambulante Pflege stärker quartiersbezogen organisieren sowie die Integration von zentralen Einrichtungen in ein dezentrales Versorgungsnetz bis hin zu einem Modellprojekt „Übergangswohnen“ mit einem Rückführungskonzept in die eigene Häuslichkeit z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt erforderlich. Zur Stärkung der familiären Pflege sind die Initii-

rung und Förderung kleinräumige Unterstützungsnetzwerke unter Einbindung des bürger-schaftlichen Engagements notwendig.

Bei der Ausgestaltung der Angebote und Maßnahmen ist verstärkt auf die Bedürfnisse der älteren männlichen Bevölkerung und der Personen mit einem Migrationshintergrund (Stich-wort: „kultursensible Pflege“) einzugehen.

4.5. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Die teilstationären Angebote und die Kurzzeitpflege fungieren als Bindeglied zwischen dem ambulanten und stationären Bereich und sollen vorrangig die häusliche Pflege und die Bereitschaft der Angehörigen zur Pflege unterstützen. Die besondere Bedeutung dieser Angebote liegt darin, dass das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen erhalten bleibt und ein enger Kontakt zu den Pflegebedürftigen und dem Betreuungspersonal sowie den Angehörigen des Pflegebedürftigen und anderen Helferinnen und Helfern besteht.

4.5.1. Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf teilstationäre Pflege in einer zugelassenen Einrichtung der Tages- und Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder dies zur Ergänzung der häuslichen Pflege erforderlich ist, zum Beispiel zur Ermöglichung der Erwerbstätigkeit einer Pflegeperson (vgl. § 41 SGB XI).

In Flensburg halten drei Anbieter ein Tagespflegeangebot mit insgesamt 37 Ganztags- und 12 Halbtagsplätzen vor. Nur mit einem Träger wurde allerdings eine Leistungsvereinbarung gemäß § 41 SGB XI mit den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger abgeschlossen. Bei den anderen beiden Einrichtungen handelt es sich um Angebote zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gemäß § 45c SGB XI. Nachtpflege wird derzeit von keinem Träger angeboten.

Die Fachstelle für Senioren stellt in der Tages- und Nachtpflege eine eher zurückhaltende Nachfrage fest. Es ist anzunehmen, dass dies auf ein in weiten Teilen der Bevölkerung bestehendes Informationsdefizit hinsichtlich dieser Angebotsform zurückzuführen ist. Die geringe Inanspruchnahme könnte aber auch auf persönlichen Hemmnissen bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beruhen. Die Tatsache, dass der tägliche Kostenanteil für Unterkunft und Verpflegung selbst zu bezahlen ist und die Tagespflegeleistungen auf die Leistungen der ambulanten Pflege angerechnet werden, mag bei vielen Pflegebedürftigen dazu führen, dass pflegerische Erfordernisse gegenüber wirtschaftlichen Überlegungen in den Hintergrund treten.

Für die Seite der Anbieter ist zu vermuten, dass die Gründe für das begrenzte Angebot insbesondere in der nicht auskömmlichen Refinanzierung der Leistungen liegen. Die teilstationäre Betreuung ist teurer als eine ambulante Pflege, dennoch erhalten die Einrichtungen keine höheren Pflegesätze. Die Auslastung in einer teilstationären Betreuung ist aufgrund einer hohen Fluktuation schwankend und der Organisationsaufwand erschwert eine kostendeckende Betriebsführung. Außerdem sind zusätzliche Vorgaben zu Personaleinsatz und Infrastruktur zu berücksichtigen.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen ist daher eine Angebotsausweitung und damit eine grundsätzlich positive Unterstützung der häuslichen Pflege für ein längeres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit insbesondere von einer kostendeckenden Finanzierung abhängig. Aus fachlicher Sicht ist das Angebot aber eine geeignete und notwendige Ergänzung der

häuslichen Pflege. Eine Handlungsoption für die Zukunft wird vorrangig die kleinräumige, stadtteilorientierte Angebotserweiterung der Tagespflege im Bereich von § 45c SGB XI sein.

4.5.2. Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege soll die häusliche Pflege durch einen befristeten Aufenthalt der Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung aufrechterhalten, Krankenhausaufenthalte verkürzen und die pflegenden Angehörigen entlasten.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung besteht, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch die teilstationäre Pflege nicht ausreicht (vgl. § 42 SGB XI). Dieser Anspruch gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Beispiele hierfür sind der Ausfall der Pflegeperson oder eine kurzfristige erhebliche Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

In der Stadt Flensburg werden derzeit 34 Plätze als so genannte „eingestreute Plätze“ für Kurzzeitpflege in 14 stationären Einrichtungen angeboten. Gegenüber 2004 hat sich die Anzahl um 12 erhöht. In der Regel handelt es sich um stationäre Pflegeplätze, die je nach Auslastung der Gesamteinrichtung für eine Kurzzeitpflege zur Verfügung gestellt werden.

Eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung und des daraus abgeleiteten Bedarfs ist schwierig. Die Fluktuation in der Kurzzeitpflege ist groß. Zudem besteht Unsicherheit in der Belegung und Auslastung. Bisher konnte die Nachfrage durch die „eingestreuten Plätze“ und das ausreichende Angebot an vollstationären Pflegeplätzen weitgehend gedeckt werden. Allerdings liegen vereinzelt Erkenntnisse vor, dass zu Ferienzeiten das Angebot nicht immer bedarfsdeckend ist. Eine verstärkte Ausweisung von anerkannten Kurzzeitpflegeplätzen wäre jedoch mit wirtschaftlichen Risiken verbunden, da diese Plätze ausschließlich für die vorgesehene Personengruppe vorgehalten belegt werden dürfen. Es sind daher neue konzeptionelle Überlegungen erforderlich, um kurzfristige Nachfragespitzen im Bereich der Kurzzeitpflege abzufedern.

4.5.3. Zusammenfassung und Ausblick

Im Bereich der Tagespflege ist eine eher zurückhaltende Nachfrage festzustellen. Auf Seiten der Anbieter ist das begrenzte Angebot vermutlich auf eine nicht auskömmliche Finanzierung der Leistungen zurückzuführen. Nur ein Anbieter hat eine Leistungsvereinbarung nach § 41 SGB XI abgeschlossen. Als Handlungsoption für die Zukunft wird vorrangig der stadtteilorientierte Ausbau von Angeboten nach § 45c SGB XI gesehen.

In der Kurzzeitpflege wird die Nachfrage bisher über so genannte „eingestreute Plätze“ gedeckt. Es liegen allerdings vereinzelt Erkenntnisse vor, dass zu Ferienzeiten das Angebot nicht immer bedarfsdeckend ist. Es sind daher neue konzeptionelle Überlegungen erforderlich, um kurzfristige Nachfragespitzen im Bereich der Kurzzeitpflege abzufedern.

5. Leben in stationären Einrichtungen

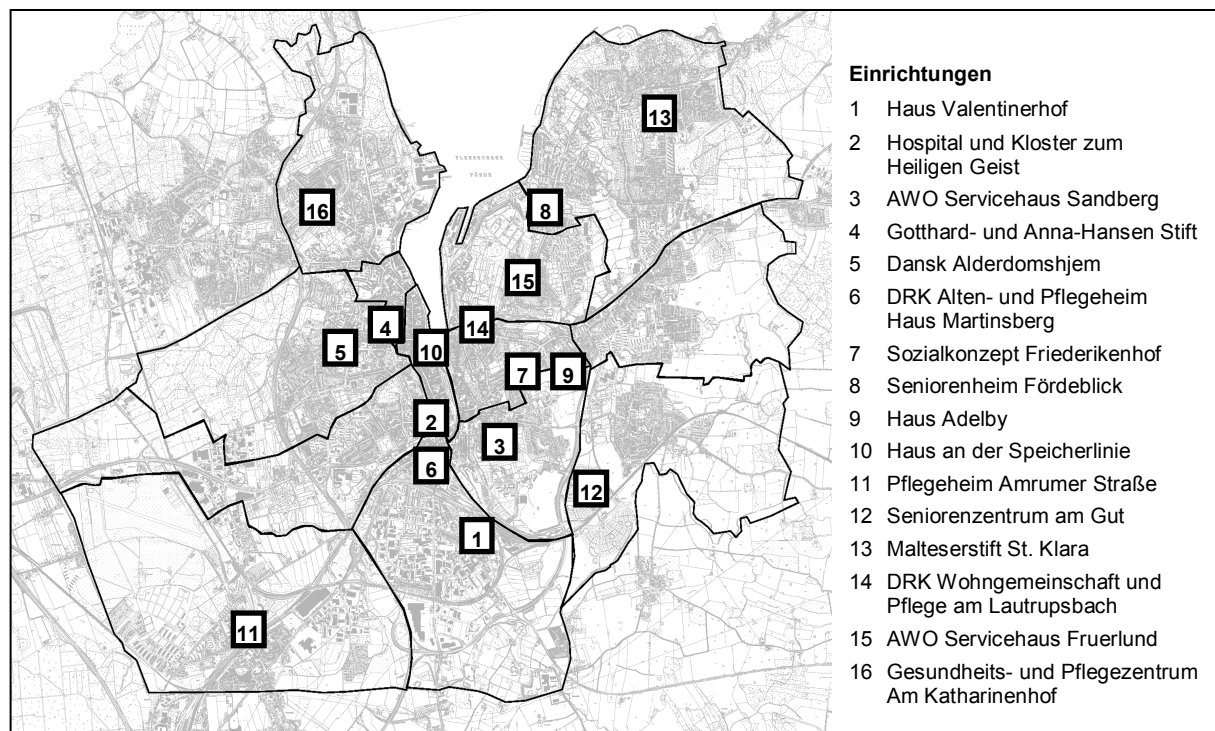
Die Entscheidung für einen dauerhaften Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung stellt für die Betroffenen und ihre Angehörigen regelmäßig einen entschiedenen Einschnitt dar, der auch unter günstigen Voraussetzungen stets enorme Veränderungen mit sich bringt. Mit dem Einzug ist nicht nur die Aufgabe der eigenen, vertrauten Wohnung verbunden, die für Selbstständigkeit und Unabhängigkeit steht, sondern häufig auch das Verlassen des gewohnten Lebensumfelds und der Verlust der sozialen Einbindung in die Nachbarschaft und das Quartier. Der Übergang sollte im Interesse des pflegebedürftigen Menschen und dessen Angehörige deshalb rechtzeitig und gut vorbereitet werden.

5.1. Gesetzliche Grundlagen

Ein Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen besteht, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalles nicht in Betracht kommt (vgl. § 43 Abs. 1 SGB XI). Dem Grundsatz ambulant vor stationär liegt die Handlungsmaxime zugrunde, dass der Einzug in eine stationäre Einrichtung in aller Regel erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit erfolgen sollte, wenn eine Betreuung und Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich ist. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit und den Pflegestufen siehe Kapitel 4.4.1.

5.2. Stationäre Pflegeeinrichtungen

In der Stadt Flensburg gibt es im Jahr 2010 insgesamt 16 stationäre Pflegeeinrichtungen. Ihre Anzahl hat sich gegenüber dem Jahr 2005 um drei Einrichtungen erhöht. Neun Einrichtungen befinden sich in freigemeinnütziger und sieben in privater Trägerschaft. Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze hat sich in den letzten fünf Jahren deutlich von 921 um 161 bzw. 17,5% auf 1.083 erhöht, davon sind 34 Plätze für die Kurzzeitpflege anerkannt (siehe Kapitel 4.5.2.). Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Verteilung der Einrichtungen über das Stadtgebiet ausgeglichener. Die meisten Einrichtungen befinden sich nahe dem Stadtzentrum (vgl. Abb. 10).

Abb. 10 Stationäre Pflegeeinrichtungen

5.3. Anzahl und Struktur der stationär Pflegebedürftigen

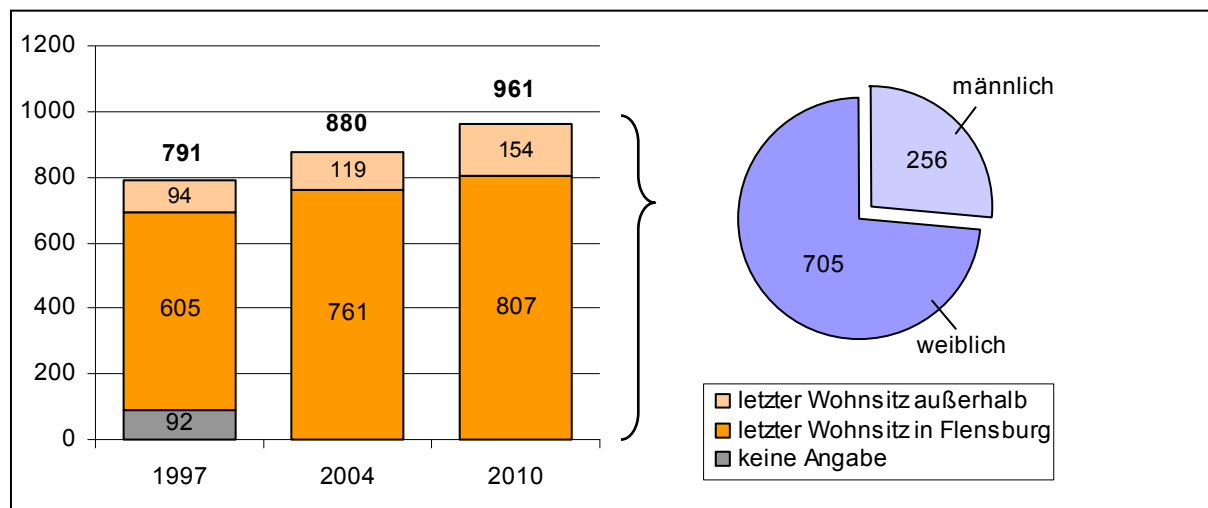
Nach der Pflegestatistik des Landes Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2009 insgesamt 891 Personen stationär versorgt. Rund drei Viertel davon sind weiblich (73,7%). Gegenüber 2007 ist damit eine leichte Steigerung um 18 Personen bzw. 1,8% zu verzeichnen, gegenüber dem Jahr 2003 sogar um 81 Personen bzw. 10,0%. In der älteren Bevölkerungsgruppe beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen 867. Dies entspricht einem Anteil von 97,3% an allen Leistungsempfängern. 647 Personen sind weiblich (74,6%). Im Vergleich zu 2007 ist die Anzahl leicht um 17 Personen bzw. 2,0% gestiegen. Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Personen ab 60 Jahren beträgt 3,9%. In der weiblichen Bevölkerungsgruppe ist er mit 5,1% deutlich höher als in der männlichen (2,3%).

In den Zahlen der amtlichen Pflegestatistik sind nur Personen erfasst, die Leistungen der Pflegeversicherung in den Pflegestufen 1 bis 3 erhalten. Zur Feststellung der Gesamtzahl der stationär versorgten Personen wurde deshalb im Dezember 2010 eine Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt, an der alle Einrichtungen teilgenommen haben.

Nach den Ergebnissen der Befragung beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen zum 31.11.2010 insgesamt 961 Personen. Im Vergleich zur Befragung in 2004 ist dies eine Steigerung um 81 Personen bzw. 9,2%, die alleine in der Zunahme pflegebedürftiger Männer zu begründen ist (+83). Der weibliche Anteil beträgt 73,4% (705 Personen) und ist damit gegenüber 2004 mit 80,3% (707 Personen) rückläufig.

Wie bereits in den Jahren zuvor festgestellt, hat die deutlich überwiegende Anzahl der Pflegebedürftigen ihren letzten Wohnsitz in Flensburg (807 Personen). Der Anteil ist in 2010 mit 84,0% allerdings etwas niedriger als in den Jahren 1997 und 2004 (jeweils 86,5%).

Abb. 11 Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach letztem Wohnsitz



Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. In 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nicht an der Erhebung teilgenommen. Die Zahlen sind daher geringfügig höher anzusetzen.

Von den insgesamt 961 stationär versorgten Personen haben 925 Pflegebedürftige ein Alter von 60 Jahre und älter. Im Vergleich zu 2004 stieg die Anzahl um 57 Personen bzw. 6,6%. Der Anteil an allen Leistungsempfängern hat sich im Vergleich zu 2004 von 98,6% auf 96,3% etwas reduziert. Die meisten Pflegebedürftigen befinden sich in 2010 in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen (461 Personen), gefolgt von den Personen ab 90 Jahren (222). Gegenüber 2004 ist der deutliche Rückgang um 99 Personen bzw. 30,8% in der höchsten Altersgruppe auffällig. Analog zur Entwicklung im ambulanten Bereich ist damit insgesamt eine Verjüngung der Pflegebedürftigen festzustellen.

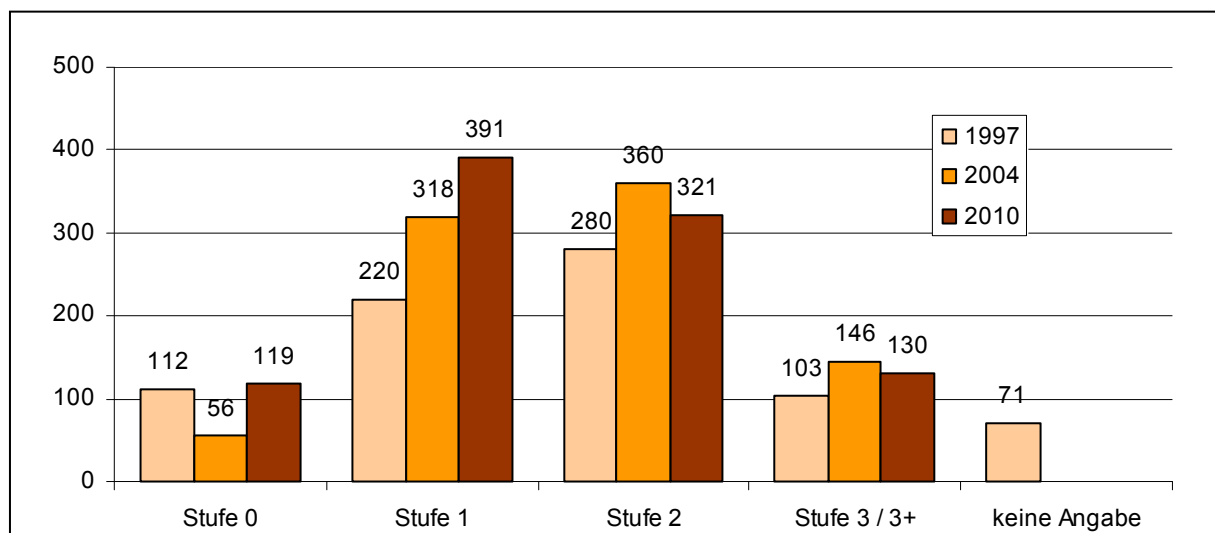
Tab. 7 Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach Altersgruppen

Altersgruppen	1997		2004		2010	
	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %
unter 60 Jahren	15	2,1	12	1,4	36	3,7
60 bis unter 70 Jahre	42	6,0	35	4,0	62	6,7
70 bis unter 80 Jahre	103	14,6	130	15,0	180	19,5
80 bis unter 90 Jahre	373	52,9	382	44,0	461	49,8
90 Jahre und älter	187	26,5	321	37,0	222	24,0
60 Jahre und älter	705	97,9	868	98,6	925	96,3
keine Angabe	71	-	-	-	-	-
Insgesamt	791	100,0	880	100,0	961	100,0

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. In 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nicht an der Erhebung teilgenommen. Die Zahlen sind daher geringfügig höher anzusetzen.

In 2010 befinden sich die meisten Pflegebedürftigen in der Stufe 1 (391 Personen), danach folgen die Stufen 2 (321) und 3 (130). Insgesamt 119 Personen haben keine Pflegestufe, wobei sich allerdings ihre Anzahl gegenüber 2004 mehr als verdoppelt hat (+63). Eine Steigerung ist auch in der Stufe 1 zu konstatieren (+73). Hingegen nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen in den höheren Stufen ab. Ein Vergleich mit 1997 ist nur eingeschränkt möglich, da zu diesem Erhebungszeitpunkt in 71 Fällen keine Angaben gemacht wurden. Die relative Verteilung der Pflegebedürftigen deckt sich allerdings weitgehend mit den absoluten Zahlen. Ausgehend von 1997 steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Stufe 1 von 30,8 auf 40,7% in 2010, während in den Stufen 2 und 3 nach Zuwächsen in 2004 wieder Rückgänge zu verzeichnen sind (Stufe 2: 39,2% - 40,9% - 33,4%; Stufe 3: 14,4% - 16,6% - 13,5%).

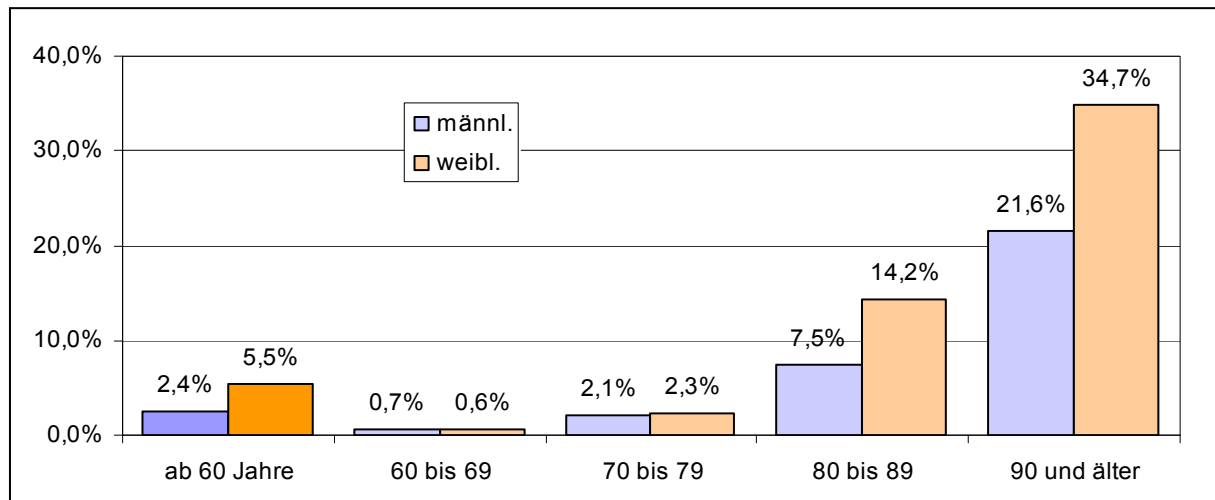
Abb. 12 Anzahl der stationär Pflegebedürftigen nach Pflegestufen



Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. In 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nicht an der Erhebung teilgenommen. Die Zahlen sind daher geringfügig höher anzusetzen.

Die Entwicklung in den Pflegestufen 1 bis 3 schlägt sich auch in der Pflegestatistik nieder. Insgesamt deuten die Zahlen – wie bereits für den ambulanten Bereich festgestellt – auf einen restriktiveren Umgang des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen mit der Einstufung in Pflegestufen hin. In der Konsequenz bedeutet dies eine zusätzliche Belastung des Sozialhilfeträgers und damit des städtischen Haushalts.

Zur Beurteilung des stationären Versorgungsgrades werden Pflegequoten gebildet (vgl. 4.4.4.). Bezogen auf die ältere Bevölkerungsgruppe beträgt die Quote 4,1%, wobei mit zunehmendem Alter vermehrt stationäre Leistungen bezogen werden, die Quote innerhalb der weiblichen Bevölkerung (5,5%) insgesamt aber höher ausfällt als bei den Männern (2,4%). Die Differenz zwischen den beiden Geschlechtern nimmt in den höheren Altersgruppen deutlich zu. Bei den Personen ab 90 Jahren beträgt die Pflegequote in der männlichen Bevölkerung 21,6% gegenüber 34,7% bei den Frauen. Ein Vergleich der Ergebnisse mit den Vorjahren ist nicht möglich, da keine altersstandardisierte Zahlen vorliegen.

Abb. 13 Stationäre Pflegequoten in 2010

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010.

5.4. Zukünftige Entwicklung und Bedarfseinschätzung

Die Pflegequoten sind Grundlage für die Bedarfseinschätzung. Eine aussagefähige Prognose ist nur möglich, sofern eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Berechnung erfolgt. Die Pflegequoten werden kombiniert mit der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Amtes der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein (vgl. 4.4.5.). Danach ist bis zum Jahr 2020 rechnerisch ein Anstieg der Anzahl stationär pflegebedürftiger Personen von 961 um 147 bzw. 15,3% auf 1.018 zu erwarten (vgl. Tab. 8).

Tab. 8 Anzahl der stationär pflegebedürftigen Personen bis 2020

		Prognose				
		2010	2012	2016	2020	
Bevölkerung unter 60 Jahren	Anzahl Personen	66.575	65.620	65.890	65.570	
	davon stationär pflegebedürftig	36	35	36	35	
	stationäre Pflegequote	0,05%	0,05%	0,05%	0,05%	
Bevölkerung 60 Jahre und älter	weiblich	Anzahl Personen	12.641	12.600	12.820	13.310
		davon stationär pflegebedürftig	691	674	698	759
		stationäre Pflegequote	5,5%	5,3%	5,4%	5,7%
	männlich	Anzahl Personen	9.745	9.900	10.390	10.870
		davon stationär pflegebedürftig	234	245	274	314
		stationäre Pflegequote	2,4%	2,5%	2,6%	2,9%
	Summe	Anzahl Personen	22.386	22.500	23.210	24.180
		davon stationär pflegebedürftig	925	919	972	1.073
		stationäre Pflegequote	4,1%	4,1%	4,2%	4,4%
Gesamte Bevölkerung	Anzahl Personen	88.961	88.120	89.100	89.750	
	davon stationär pflegebedürftig	961	955	1.008	1.108	
	stationäre Pflegequote	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	

Quelle: Eine Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit Nov./Dez. 2010. Die Pflegequoten beschreiben das Verhältnis der Pflegebedürftigen zu der Gesamtbevölkerung in Flensburg in einer Altersgruppe. Grundlage für die Prognose ist die 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Amtes der Länder Hamburg und Schleswig-Holstein. Es wird nicht differenziert nach dem letzten Wohnort der Pflegebedürftigen.

Die tatsächliche Entwicklung wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wobei sich insbesondere die zukünftige Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen auf die Anzahl der stationär Pflegebedürftigen auswirkt. Im Bereich der häuslichen Versorgung wird aufgrund verschiedener Entwicklungen (vgl. 4.4.5.) ein überproportionaler Anstieg der Nachfrage von über 15% vermutet (rechnerisch: 12,7%). Dieser wirkt sich mindernd auf die Nachfrage nach stationärer Pflege aus.

Bei der Berechnung des zukünftigen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen ist zu berücksichtigen, dass durch Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen oder sonstige betriebliche Überlegungen regelmäßig nicht alle genehmigten stationären Pflegeplätze am Markt zur Verfügung stehen. Grundlage für die Prognose ist deshalb eine bereinigte Anzahl, die sich aus der Summe der belegten und belegungsfreien Plätze, den Vakanzen, zu einem bestimmten Stichtag ergibt. Zum 30.11.2010 beträgt die bereinigte Anzahl 1.034 Plätze. Es ergibt sich eine Differenz zu den genehmigten Plätzen von 47 (4,3% von allen). Die bereinigte Platzzahl ist Grundlage für die Bedarfseinschätzung.

Bei der Berechnung des zukünftigen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen wird von einer Auslastungsquote in den stationären Einrichtungen von 96% ausgegangen. Diese Quote wird landeseinheitlich bei der Pflegesatzkalkulation zugrunde gelegt und unterstellt eine kostendeckende Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen.

Tab. 9 Bedarf an stationären Pflegeplätzen bis 2020

	Prognose			
	2010	2012	2016	2020
Anzahl der stationär pflegebedürftigen Personen	961	955	1.008	1.108
Anzahl der genehmigten Pflegeplätze	(1.083)			
bereinigte Anzahl an Pflegeplätzen (gemeldete belegte Pflegeplätze zzgl. Vakanzen)	1.034			
Bedarf an Pflegeplätzen (prog. Auslastungsquote: 96,0%)	1.001	995	1.050	1.154
Differenz zur bereinigten Anzahl an Pflegeplätzen	- 33	-39	+16	+120

Quelle: Eigene Erhebung und Berechnung durch den Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit.

Unter den genannten Voraussetzungen besteht aktuell in Flensburg ein Überangebot von rund 30 Pflegeplätzen. Rechnerisch wird erst ab 2015/16 bis zum Jahr 2020 ein zusätzlicher Bedarf von 120 Plätzen entstehen, der jedoch unter Berücksichtigung laufender Bauvorhaben, die zu einer Steigerung des stationären Angebots um rund 50 Pflegeplätze führen werden, deutlich geringer ausfallen wird. Darüber hinaus wird eine verstärkte Realisierung häuslicher Pflegearrangements erwartet. Sollten zudem in Wohnanlagen des Betreuten Wohnens immer häufiger auch Personen mit einem hohen pflegerischen Bedarf versorgt werden können („Betreutes Wohnen Plus“), würde sich eine weitere Reduzierung des Bedarfs an Pflegeplätzen ergeben. Deshalb wird mindestens bis zum Jahr 2016 kein weiterer Bedarf an stationären Plätzen gesehen. Eine zuverlässige Prognose für den Zeitraum danach ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

5.5. Gesundheitsförderung in der stationären Pflege

Entsprechend dem Grundsatz nicht nur dem Leben Jahre, sondern auch den Jahren Leben hinzuzufügen, sind in stationären Pflegeeinrichtungen Gesundheitsförderung und Prävention von großer Bedeutung. So kann z.B. eine Grippe bei einem älteren Menschen sehr schwer verlaufen und dazu führen, dass eine Demenz rasch voran schreitet oder ein vorher mobiler Mensch bettlägerig wird. Es liegt daher nahe, hier, wo durch Impfungen einfache Maßnahmen zur Verfügung stehen, vorzubeugen. Ein weiteres Feld der Gesundheitsförderung sind Maßnahmen zu Förderung der Zahngesundheit.

5.6. Zusammenfassung und Ausblick

Der Wettbewerb um Pflegebedürftige in der stationären Pflege ist hoch und wird es auch weiterhin bleiben. Bis zum Jahr 2016 wird kein weiterer Bedarf an stationären Plätzen gesehen. Erforderlich bei der zukünftigen Betreuung und Versorgung der Pflegebedürftigen sind deshalb eine weitere Ausdifferenzierung der Konzepte sowie eine Spezialisierung von Einrichtungen auf bestimmte Zielgruppen. Dabei ist insgesamt eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen und deren Angehörigen notwendig (z.B. „Familiengruppen“), da die Alternativen zur klassischen stationären Pflege zunehmen werden. Zu berücksichtigen sind die neuen Anforderungen, die sich aufgrund der Zunahme männlicher Pflegebedürftiger und der Personen mit einem Migrationshintergrund ergeben („kultursensible Pflege“).

6. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Neben den Zusammenfassungen in den einzelnen Kapiteln werden im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse des Teilplans Ältere Menschen im Überblick dargestellt.

■ Allgemeine Aussagen

Bild des Alters und Alterns ist erneuerungsbedürftig

Alt sein heißt nicht in erster Linie hilfe- und pflegebedürftig sein. Die heutigen Seniorinnen und Senioren leben im Durchschnitt gesünder, haben ein höheres Bildungsniveau und sind vitaler als frühere Generationen. Die vielfältigen Lebenslagen älterer Menschen müssen umfassender in der kommunalen Planung berücksichtigt werden.

Verbleib in der Häuslichkeit als Planungsziel

Oberstes Planungsziel ist es, älteren Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes und selbständiges Leben zuhause in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Diese Prioritätensetzung entspricht dem Wunsch der großen Mehrheit der Älteren. Bei der Planung ist die Mitwirkung und Mitgestaltung der betroffenen Menschen zu ermöglichen.

Wandel in der Bevölkerungsstruktur

Die demografische Entwicklung ist mit nachhaltigen Veränderungen im Altersaufbau verbunden und stellt die Stadt vor neue Herausforderungen. Dabei wird die Anzahl von Menschen mit Migrationshintergrund weiter zunehmen. Das Alter wird insgesamt männlicher.

Zunahme der älteren Bevölkerung

Die ältere Bevölkerung wird den Bevölkerungsprognosen zufolge weiter deutlich wachsen. Bis 2020 ist mit einem Anstieg von über 2.000 Personen zu rechnen.

■ Handlungsfeld „Wohnen und Wohnumfeld“ (Kapitel 4.1.)

Wachsende Nachfrage nach altengerechtem Wohnraum

Auf dem Wohnungsmarkt sind ältere Menschen eine große Nachfragegruppe, die in Zukunft weiter wachsen wird. Es besteht ein zunehmender Bedarf an altengerechtem, insbesondere preisgünstigem Wohnraum.

Entwicklung eines barrierefreien Wohnumfelds

Für ältere Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, ist die barrierefreie Gestaltung des Wohnumfeldes von zentraler Bedeutung. Dazu gehört auch eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr.

Sicherung der Nahversorgung in den Quartieren

Eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt der Selbstständigkeit und der sozialen Teilhabe sind ausreichende Nahversorgungsmöglichkeiten in den Quartieren. Erforderlich wären insbesondere kleinere Nahversorger in den Stadtteilen mit Angeboten des täglichen Bedarfs. Es ist zu prüfen, ob eine Reinstallation ehemals vorhandener Angebote, gegebenenfalls in gebündelter Struktur, möglich ist.

„Betreutes Wohnen Plus“ als vorstationäres Angebot

Im Betreuten Wohnen wird im klassischen Segment kein weiterer Bedarf gesehen. Ein Bedarf besteht im Bereich „Betreutes Wohnen Plus“ als vorstationäres Angebot mit mehr Begleitung und Betreuung und weniger fachpflegerischer Versorgung.

■ Handlungsfeld „Bürgerschaftliches Engagement“ (Kapitel 4.2.)**Gewinnung von mehr älteren Menschen für das bürgerschaftliche Engagement**

Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in Zukunft mehr gemeinwesenorientierte Aufgaben von älteren Menschen wahrgenommen werden müssen. Dafür steht ein großes Potential an Personen zur Verfügung. Dies gilt auch für jüngere Menschen, zum Beispiel in der Begleitung und Unterstützung älterer Menschen.

Bürgerschaftliches Engagement erfordert verbesserte Rahmenbedingungen

Nachhaltiges bürgerschaftliches Engagement schafft für die Kommune einen gesellschaftlichen Mehrwert, der nur durch eine gezielte Verbesserung der Rahmenbedingungen erreicht werden kann. Dazu gehört insbesondere eine verstärkte Information und Beratung zu möglichen Einsatzfeldern, eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung durch hauptamtliche Kräfte und eine größere Wertschätzung und Anerkennung der bürgerschaftlich Engagierten.

■ Handlungsfeld „Information und Beratung“ (Kapitel 4.3.)**Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Informationsangebote**

Information und Beratung können nur präventiv wirken, wenn sie die Menschen frühzeitig erreichen. Erforderlich sind deshalb der Ausbau quartiersbezogener, niedrigschwelliger und unabhängiger Beratungs- und Informationsangebote sowie eine stärkere zielgruppenspezifische Ansprache.

■ Handlungsfeld „Häusliche Pflege“ (Kapitel 4.4.)**Steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen**

Bis 2020 ist mit einem deutlichen Anstieg der Nachfrage um über 15% zu rechnen.

Ausbau quartiersbezogener Versorgungsnetzwerke

Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist der weitere Ausbau quartiersbezogener Versorgungsnetzwerke erforderlich. Dazu gehört unter anderem die Förderung des Ausbaues von Wohnformen für Pflegebedürftige, die Unterstützung von Initiativen, welche die ambulante Pflege stärker quartiersbezogen organisieren sowie die Integration von zentralen Einrichtungen in ein dezentrales Versorgungsnetz bis hin zu einem Modellprojekt „Übergangswohnen“ mit einem Rückführungskonzept in die eigene Häuslichkeit. Dabei ist auf ein wirksames und bezahlbares Unterstützungs- und Hilfenetz hinzuwirken.

Stärkung der familiären Pflege

Die Versorgung durch das private Umfeld wird auch in Zukunft von großer Bedeutung sein. Der zukünftige Bedarf wird nicht alleine durch professionelle Pflegedienste gedeckt werden können. Insofern ist eine gezielte Stärkung der familiären Pflege erforderlich, zum Beispiel durch die Initiierung und Förderung kleinräumiger Unterstützungsnetzwerke unter Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements.

Ausbau von stadtteilorientierten Tagespflegeangeboten

In der Tagespflege wird eine Handlungsoption für die Zukunft vorrangig im stadtteilorientierten Ausbau von Angeboten gesehen.

Abbau von Nachfragespitzen in der Kurzzeitpflege

Mit den „eingestreuten Plätzen“ verfügt Flensburg derzeit über ein ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen. Erforderlich sind konzeptionelle Überlegungen, wie kurzfristige Nachfragespitzen (z.B. in Ferienzeiten) abgedeckt werden können.

■ Handlungsfeld „Stationäre Pflege“ (Kapitel 5)**Kein Bedarf an stationären Pflegeplätzen bis 2016**

Derzeit besteht in Flensburg ein Überangebot von rund 30 Pflegeplätzen, das aufgrund aktueller Bauvorhaben in den nächsten Jahren weiter ansteigen wird. Bis mindestens zum Jahr 2016 wird kein weiterer Bedarf an stationären Plätzen gesehen. Eine zuverlässige Prognose für den Zeitraum danach ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Ausdifferenzierung und Spezialisierung in der stationären Pflege

Aufgrund des hohen Wettbewerbs in der stationären Pflege sind eine weitere Ausdifferenzierung der Konzepte sowie eine Spezialisierung von Einrichtungen auf bestimmte Zielgruppen erforderlich. Dabei ist insgesamt eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der älteren Menschen und deren Angehörigen notwendig.

Stärkung einer geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Pflege

Aufgrund der erwarteten Zunahme der älteren männlichen Bevölkerung und des Anstiegs von Personen mit einem Migrationshintergrund ist bei der Ausgestaltung der Angebote sowohl im vorpflegerischen und ambulanten als auch im stationären Bereich verstärkt auf die besonderen Bedürfnisse dieser beiden Zielgruppen einzugehen.

