

Ambulante Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit und ohne Behinderungen



Eine strategische Ausrichtung

„Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit und ohne Behinderungen in Brandenburg an der Havel – eine strategische Ausrichtung“

Berichtsvorlage an die Stadtverordnetenversammlung Nr. 242/2011
behandelt in der Sitzung am 28.09.2011

Impressum

Herausgeber: Stadtverwaltung Brandenburg an der Havel
Die Oberbürgermeisterin
Fachbereich IV – Jugend, Soziales und Gesundheit
Fachgruppe 51 / Sozialplanung
Wiener Straße 1
14772 Brandenburg an der Havel

www.stadt-brandenburg.de

Autorin: Anett Höfer, Sozialplanung
Tel. 03381 / 58 50 37

Druck: Eigendruck

Auflage: 30

Brandenburg an der Havel, April 2012

Entwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit und ohne Behinderungen in Brandenburg an der Havel – eine strategische Ausrichtung

Inhalt

1. Vorbemerkungen

- 1.1 Auftrag
- 1.2 Methodik
- 1.3 Zielstellung der Untersuchung
- 1.4 Demografische Entwicklung und Lebenssituation

2. Auswertung der Untersuchung und Handlungsempfehlungen

- 2.1 Einflussfaktor Gesundheit
 - 2.1.1 Gesundheitsempfinden allgemein
 - 2.1.2 Pflegebedürftigkeit
 - 2.1.3 Gerontopsychiatrische Erkrankungen / Demenz
 - 2.1.4 Menschen mit Behinderungen
 - 2.1.5 Auswirkungen
 - 2.1.6 Handlungsempfehlungen
- 2.2 Einflussfaktor Einkommen
 - 2.2.1 Einkommen aus Renten
 - 2.2.2 Einkommen aus Sozialleistungen
 - 2.2.3 Auswirkungen
 - 2.2.4 Handlungsempfehlungen
- 2.3 Einflussfaktor Sonstige Ressourcen
 - 2.3.1 Information
 - 2.3.2 Familiäre Ressource / Selbsthilfe
 - 2.3.3 Auswirkungen
 - 2.3.4 Handlungsempfehlungen
- 2.4 Lebensbereich Wohnen
 - 2.4.1 Untersuchungsergebnisse
 - 2.4.2 Handlungsempfehlungen
- 2.5 Lebensbereich Versorgung
 - 2.5.1 Untersuchungsergebnisse
 - 2.5.2 Handlungsempfehlungen
- 2.6 Lebensbereich Teilhabe
 - 2.6.1 Untersuchungsergebnisse
 - 2.6.2 Handlungsempfehlungen
- 2.7 Allgemeine Handlungsempfehlungen

3. Zusammenfassung der Empfehlungen

4. Abkürzungen

1. Vorbemerkungen

Das Thema „Alt werden in Brandenburg“ umfasst einen Komplex unterschiedlicher Teilbereiche und richtet den Blick sowohl auf die Stärken und Chancen als auch auf die mit dem Älterwerden verbundenen Schwächen und Risiken und deren Bedeutung für jeden einzelnen älteren Menschen, für seine Angehörigen und nicht zuletzt für die Gesellschaft insgesamt. Die Potentiale des Altwerdens wie z.B. Aktives Altern, Lebenslanges Lernen, Erfahrungswissen und Engagementbereitschaft der Senioren werden immer stärker in den Blick der Öffentlichkeit gerückt. Leider nehmen auch noch viel zu oft die negativ besetzten Schlagworte wie Überalterung der Gesellschaft, Generationenkonflikt, Altersarmut und Isolation einen großen Raum in der öffentlichen Wahrnehmung ein und prägen damit ein überwiegend negatives Altersbild der Gesellschaft. Um die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Herausforderungen gesamtgesellschaftlich zu bewältigen, ist es notwendig, den Blick nicht nur allein auf die ältere Generation zu legen, sondern auch generationsübergreifende Maßnahmen und Projekte auf den Weg zu bringen. Der Masterplan der Stadt Brandenburg an der Havel (Fortschreibung 2011, Entwurfsfassung) greift dieses Thema umfassend auf und entwirft die für die Entwicklung der Stadt Brandenburg an der Havel wichtigsten Handlungsfelder. Im Zusammenspiel mit dieser grundlegenden Planung für eine zukunftsfähige Stadtentwicklung werden in diesem Bericht speziell die für die ältere Generation bedeutsamen Themen dargestellt und diskutiert.

1.1 Auftrag

Der Fachbereich Jugend, Soziales und Gesundheit beschäftigt sich seit dem Jahr 2008 intensiv mit dem Prozess des Älterwerdens in Brandenburg an der Havel. Mit dem staatlich verankerten Anspruch, ihren Bewohner/-innen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, arbeitet die Verwaltung seitdem ausgewählte Aspekte dieses Prozesses auf. Hier stehen die Menschen im Mittelpunkt, die mit Beeinträchtigungen umgehen müssen und aufgrund eingeschränkter Selbsthilfepotentiale einer Unterstützung bedürfen. Insofern berücksichtigt diese Untersuchung weniger die Potentiale des Älterwerdens, sondern hat die mit dem Älterwerden verbundenen Beeinträchtigungen im Blick mit dem Ziel, eine bedarfsorientierte Entwicklung von Unterstützungsmöglichkeiten voranzubringen. Der in diesem Bericht verwendete Begriff „ältere Menschen“ umfasst somit Menschen ab ca. 65 Jahre, die sowohl mit als auch ohne Behinderungen leben. Dabei standen die Menschen im Fokus, die in der eigenen Häuslichkeit leben und dort auch weiterhin ihren Lebensabend verbringen wollen. Somit konzentrierte sich diese Untersuchung insbesondere auf das ambulante Versorgungssystem für ältere Menschen. Damit blieb der gesamte Bereich der Versorgung älterer Menschen in stationären Pflegeheimen außer Betracht.

Im Ergebnis dieser Untersuchung verfügt Brandenburg an der Havel mit diesem Strategiepapier über zusammengefasste Informationen, die Aufschluss geben über die derzeitige Situation sowie darüber, welche Aktivitäten in welchen Bereichen perspektivisch notwendig sind, um diese Aufgabe im lokalen Kontext gemeinschaftlich, d.h. als gesamtgesellschaftliches Anliegen, zu lösen. Als Strategiepapier beinhaltet es im Wesentlichen Empfehlungen, die für eine weitere Entwicklung gegeben werden. Zur Umsetzung dieser Empfehlungen sind mit den jeweils Beteiligten im Rahmen ihrer Möglichkeiten konkrete Einzelmaßnahmen zu entwickeln und ggf. durch konkrete Verantwortlichkeiten und Kostendarstellungen zu untersetzen, z.B. in Form von Handlungskonzepten.

1.2 Methodik

Zur Untersuchung der derzeitigen Lebenssituation älterer Menschen wurden zwei Arbeitsgruppen gebildet. Zum einen wurde die Perspektive der älteren Menschen durch Mitglieder aus Senioren- und Behindertenorganisationen, aus Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich arbeitenden Strukturen vertreten. Zum anderen flossen die Perspektiven der Fachleute durch Fachkräfte aus Diensten und Einrichtungen der Senioren- und Behindertenarbeit ein. Mit diesen Arbeitsgruppen wurden zwei Befragungen vorbereitet und ausgewertet:

- „Befragung zur selbstbestimmten Lebensführung älterer Menschen in der Stadt Brandenburg an der Havel“ im Mai 2008*,
- „Befragung zur Versorgungssituation älterer Menschen mit und ohne Behinderungen im altersgerechten / betreuten Wohnen“ im Juni 2009.

*diese Befragung wurde mit Unterstützung des Europäischen Bildungswerkes für Beruf und Gesellschaft - Fachschule für Sozialwesen in Brandenburg an der Havel durchgeführt

Ziel der Befragung zur selbstbestimmten Lebensführung älterer Menschen war es, Informationen zu erhalten zur gesundheitlichen Situation, zur Lebensführung, zum Einkommen, zur Wohn- und Versorgungssituation, zur Umzugsbereitschaft, zu den Aktionsmöglichkeiten und zum Freizeitverhalten sowie zu vorhandenen und benötigten Hilfen. Befragt wurden Menschen ab dem 50. Lebensjahr, die in der Stadt Brandenburg an der Havel in einer eigenen Wohnung leben. Sie wurden an öffentlichen Stellen befragt oder im Rahmen von regulären Gruppenangeboten, an denen sie teilnahmen. An der Befragung beteiligten sich insgesamt 749 Personen aus allen Altersgruppen (von 50 bis über 90 Jahre) und aus allen Stadtteilen. Das entspricht einer durchschnittlichen Beteiligung von 2,7 % aller über 50-Jährigen in der Stadt Brandenburg an der Havel. Es nahmen ca. 70 % Frauen und 30 % Männer an der Befragung teil.

Die Befragung der Anbieter altersgerechter Wohnangebote hatte zum Ziel, Kenntnisse über die derzeitige Wohnsituation speziell für ältere Menschen und für (ältere) Menschen mit Behinderungen zu erlangen. Es wurden Angaben zum konkreten Wohnangebot, zur baulichen und technischen Ausstattung der Wohnungen, zu Serviceangeboten, zur konzeptionellen Ausrichtung des Angebotes, zur Berücksichtigung der Versorgungssituation und zu Freizeitmöglichkeiten am Wohnstandort und zur weiteren Entwicklung von Wohnmöglichkeiten und ihrer Hindernisse erfragt.

Es wurden insgesamt 38 Unternehmen, Vermieter und freie Träger der Wohlfahrtspflege angeschrieben, die dem FB JSG als Vermieter/Eigentümer von altersgerechten Wohnungen bekannt waren. Davon haben 6 Anbieter der Wohlfahrtspflege, 2 Wohnungsbaugesellschaften und 2 sonstige Vermieter (insgesamt 26%) geantwortet und haben insgesamt 11 Wohnangebote in 5 Stadtteilen beschrieben. Zu je ¼ handelte es sich um Einzelwohnungen ohne Service bzw. um Wohngruppen/Wohngemeinschaften, welche i. d. R. mit Serviceleistungen verknüpft sind. Die Hälfte der Angebote umfasste Einzelwohnungen mit angeschlossenen Serviceleistungen.

Aus beiden Befragungen ging eine Fülle von Informationen hervor, die nach verschiedenen Zusammenhängen gefiltert und in den Arbeitsgruppen –auch unter Hinzuziehung weiterer Informationen und persönlicher Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder- ausgewertet wurden. Einzelne Ergebnisse werden im Bericht näher dargestellt. Die Arbeitsgruppen setzten sich folgendermaßen zusammen:

AG Zielgruppe	AG Fachkräfte
Seniorenbeirat	Pflegeheim Arbeiterwohlfahrt – Sozialberatung
Behindertenbeirat	Caritas Seniorenwohnen
Volkssolidarität – Ortsgruppen	Volkssolidarität Sozialstation
Akademie 2. Lebenshälfte / ABM-Projekte „Gut leben im hohen Alter“	Akademie 2. Lebenshälfte / ABM-Projekte „Gut leben im hohen Alter“
Selbsthilfegruppen (2)	Future Care / Betreuung Demenzkranker (zeitweise)
Behinderten- und Ausländerbeauftragte	Senioren- und Pflegezentrum Brandenburg
Gleichstellungsbeauftragte	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung
	Lafim – Sozialer Fachdienst Wohnen
	Freiwilligenzentrum
Fachbereich Jugend, Soziales und Gesundheit: Fachbereichsleitung Sozialplanung Gesundheitsplanung / Psychiatriekoordination Sozialberatung Altenhilfe	

1.3. Zielstellung der Untersuchung

Wesentliches Merkmal für die Führung eines menschenwürdigen Lebens ist es, über ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu verfügen, d.h., trotz gewisser Einschränkungen als Betroffener oder Angehöriger über eine größtmögliche Entscheidungsfreiheit zu verfügen. Hierzu bedarf es adäquater Angebote, aus denen der ältere Mensch nach seinen individuellen Bedürfnissen auswählen kann. Denn sowohl über die Art und Weise seiner Lebensführung als auch über die erforderlichen Hilfen im Einzelfall sind die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen die Experten in eigener Sache. Bei der Untersuchung ging es also um die Frage, wie für eine gewisse Menge älterer Menschen mit unterschiedlichen Lebensentwürfen und Problemlagen ein Versorgungssystem sicher gestellt werden kann, welches flexibel auf den individuellen Bedarf des einzelnen Menschen reagieren kann. Dem liegt die Ausgangsfrage „Was brauchen ältere Menschen, um längstmöglich im eigenen Wohnraum zu verbleiben?“ zu Grunde. Aus dieser Frage wurde folgende Fragestellung für die Untersuchung entwickelt:

- **Welche und wie viele** ambulante Versorgungsstrukturen
- werden **jetzt** und **perspektivisch** (Horizont 2020) benötigt, um
 - älteren / älter werdenden,
 - behinderten,
 - gerontopsychiatrisch erkrankten
- **Menschen mit ihren Angehörigen** sowie ihren sonstigen informellen **Netzwerken** (Bekannte, Nachbarn, Ehrenamtliche)
- ein Leben in der **eigenen Wohnung**
- **trotz Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit** zu ermöglichen und
- durch **welche lokalen Akteure** sind diese Versorgungsstrukturen bereitzustellen?

Für die Untersuchung wurden drei wesentliche Lebensbereiche älterer Menschen zu Grunde gelegt:

- **Wohnen** - d. h. in einer geeigneten eigenen Wohnung / einem geeigneten eigenen Wohnraum leben zu können
- **Versorgung** - d. h. die Möglichkeit der weitestgehenden Selbstversorgung zu haben
- **Teilhabe** - d. h., die Möglichkeit zu haben, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können

und unter den verschiedenen Einflussfaktoren

- **Einkommen**
- **Gesundheit/Mobilität**
- **Information und Selbsthilfe**

betrachtet. Im Ergebnis der Untersuchung wird dargestellt, unter welchen Lebensbedingungen ältere Menschen heute leben und wie sich ihre Lebensbedingungen unter dem Fokus der ausgewählten Lebensbereiche prognostisch vollziehen werden. Daran anknüpfend werden Empfehlungen gegeben, um die heutigen Lebensbedingungen älterer Menschen zu sichern und deren Entwicklung positiv zu beeinflussen.

1.4 Demografische Entwicklung und Lebenssituation

Die Trenderaussagen für das Land Brandenburg¹ gelten ebenfalls für die Stadt Brandenburg an der Havel:

- die Anzahl der heute 65-80-Jährigen bleibt bis zum Jahr 2030 relativ konstant
- die Anzahl der heute über 80-Jährigen verdoppelt sich bis zum Jahr 2020 und bleibt auf diesem Niveau bis zum Jahr 2030 relativ konstant.

¹ MASF Landesregierung Brandenburg (2009), in puncto 02/09, S. 4-5

Gegenüberstellung der Entwicklung im Land Brandenburg und in der Stadt Brandenburg an der Havel:

Land Brandenburg			
	Basisjahr 2009 31.12.2009	Prognosejahr 2020	Prognosejahr 2030
Einwohner gesamt	2.511.525 ²	2.376.490 ³	2.227.330 ³
Darunter 65+	564.374 ²	665.640 ⁵	845.260 ³
65-80	444.850 ⁴	445.725 ⁴	597.040 ⁴
80+	109.570 (2008) ³	219.920 ⁵	248.220 ³
Anteil 65+ an Gesamtbevölkerung	22,5% ²	28,0% ³	37,9% ³
Durchschnittsalter	45,3 ²	49,6 ³	53,2 ³
Altenquotient*	35,3 (2008) ¹	49,7 ³	78,1 ³

Stadt Brandenburg an der Havel			
	Basisjahr 2009 31.12.2009	Prognosejahr 2020	Prognosejahr 2030
Einwohner gesamt	72.264²	67.120³	62.800³
Darunter 65+	19.163 ²	20.380 ³	22.800 ³
65-80	15.351 ⁵	13.010 ⁴	15.200 ⁴
80+	3.812 ⁵	7.370 ³	7.600 ³
Anteil 65+ an Gesamtbevölkerung	26,5 % ²	30,4% ³	36,3% ³
Durchschnittsalter	46,9 ²	49,6 ³	51,3 ³
Altenquotient*	57,1 ⁶	64,2 ³	73,9 ³

*Altenquotient – bildet das quantitative Verhältnis der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) zur Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahre ab¹

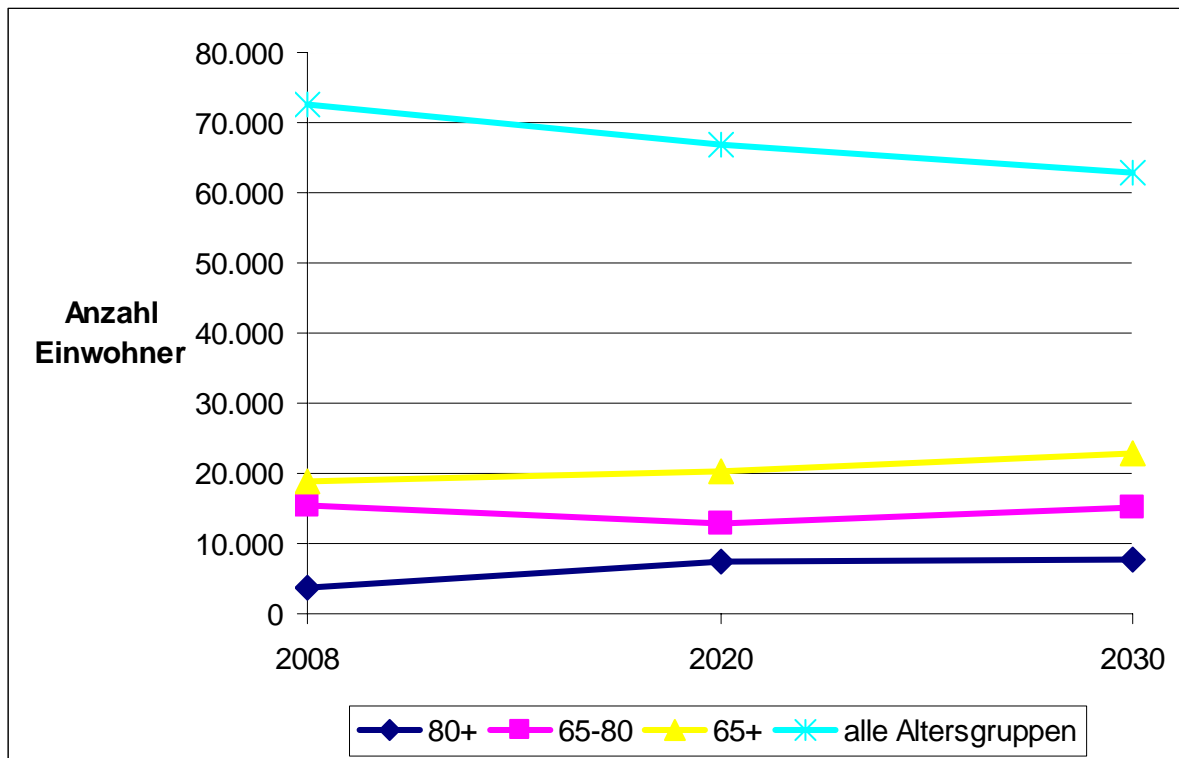
² AfSBB (2010), Statistisches Jahrbuch 2010 Brandenburg, S. 38, 39

³ AfSBB, Statistischer Bericht A I 8-09, Pkt. 4 und 5

⁴ eigene Berechnungen

⁵ BRB (2009), Bevölkerung alle Altersgruppen, eigene Berechnungen

⁶ BRB (2010), Statistischer Jahresbericht 2010, S. 34



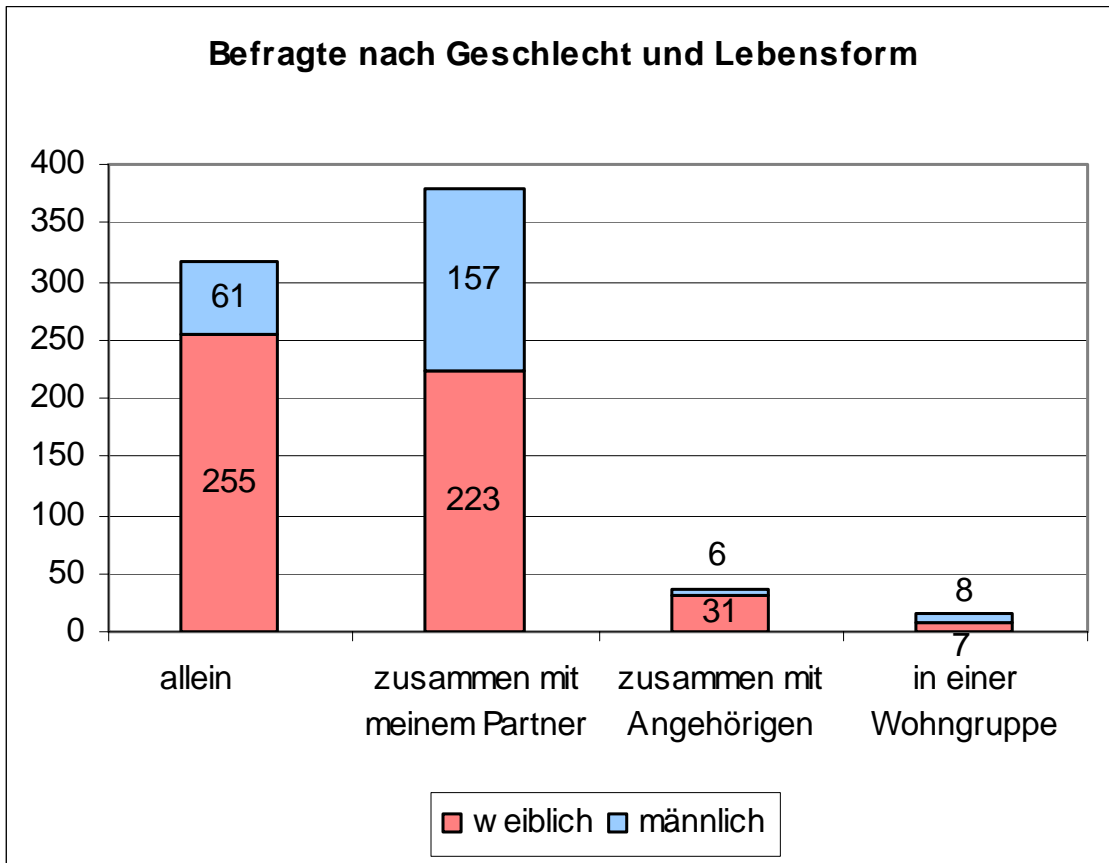
Entwicklung der über 65-Jährigen nach Altersgruppen in Brandenburg an der Havel (2008-2030)

Die Lebenserwartung wurde im Land Brandenburg⁷ für 2004/2006 mit 81,5 Jahren für Frauen und 75,4 Jahren für Männer angegeben. Bis zum Jahr 2030 wird für Frauen eine Lebenserwartung von 85,2 Jahren und für Männer von 80,0 Jahren prognostiziert. Es werden somit zukünftig immer mehr Menschen zugleich auch immer älter.

Aus der Befragung zur Lebenssituation der älteren Menschen in Brandenburg an der Havel geht hervor, dass gegenwärtig 42 % der Befragten allein leben, 51 % leben mit ihrem Partner zusammen und 7 % leben mit Angehörigen zusammen oder in Wohngruppen. Das ist tendenziell vergleichbar mit der Lebenssituation der über 65-Jährigen im Land Brandenburg⁸: ca. 30 % leben allein, ca. 63 % leben in 2-Personen Haushalten und 7 % leben in Haushalten mit mehr als 2 Personen. Insgesamt leben ca. 93 % der über 65-Jährigen in Privathaushalten. Frauen leben derzeit 4mal häufiger allein als Männer⁴. Bei den 2-Personen und den Haushalten mit mehr als 2 Personen ist das Verhältnis zwischen den Geschlechtern eher ausgeglichen.

⁷ AfSBB (2008), Bevölkerungsprognose des Landes Brandenburg 2007-2030, S. 8

⁸ MASGF, Landesregierung Brandenburg (2008), Lebenslagen in Brandenburg, S. 233, eigene Berechnungen



Die Partnerschaften sind zum einen durch die Sterblichkeit als auch durch Trennungen gefährdet. Die Ehe ist bei den meisten älteren Menschen die übliche Lebensform. Seit dem Jahr 2000 nimmt die Trennungsrate kontinuierlich ab, gleichsam bleiben die Eheschließungen recht verhalten, allerdings mit einer leicht steigenden Tendenz. Den im Jahr 2009 getätigten 289 Eheschließungen stehen allerdings 152 Scheidungen (ca. 50%) gegenüber.⁹ Für den einzelnen bedeutet das, dass die Ehe als familiäre Solidargemeinschaft bereits heute und auch perspektivisch seltener zu werden scheint. Hinzu kommt, dass durch die geringe Geburtenrate und durch starke Wanderungsbewegungen das familiäre Helferpotential immer weniger zur Verfügung stehen wird. Ebenso spielen Familien als generationenübergreifende Lebens- und Wohnorte gegenwärtig kaum eine Rolle; z.B. findet Mehrgenerationen-Wohnen derzeit kaum statt.

⁹ BRB (2010), Statistischer Jahresbericht 2010, S. 43 und 44

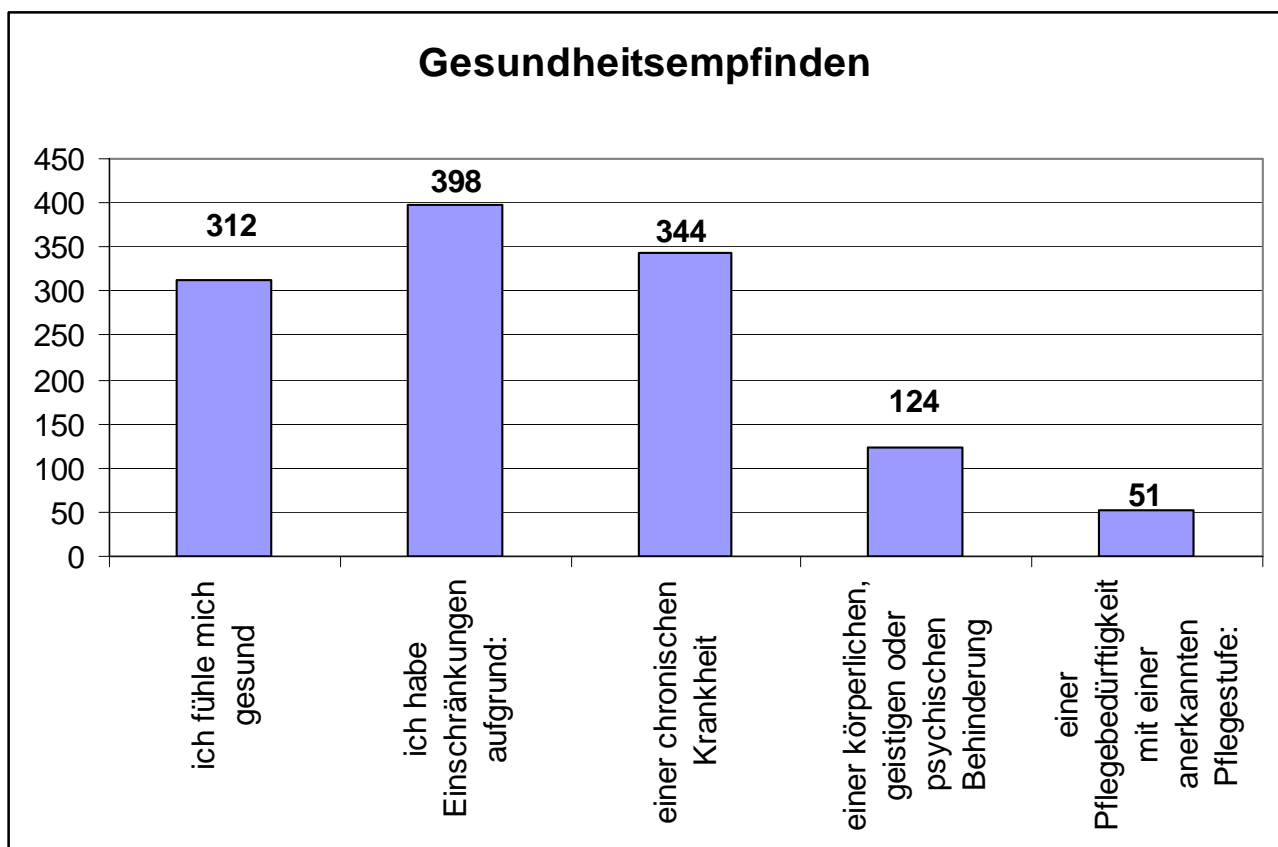
2. Auswertung der Untersuchung und Handlungsempfehlungen

Die Ausübung der Selbstbestimmung i. S. v. Entscheidungsfreiheit wird nicht nur durch objektive Faktoren beeinflusst, sondern wird in entscheidendem Maße von persönlichen Faktoren geprägt. Insbesondere das Gesundheitsempfinden bzw. das Vorliegen von Beeinträchtigungen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung ist ausschlaggebend für den Aktionsradius älterer Menschen. Ebenso sind die verfügbaren Einkünfte entscheidend dafür, welcher Lebensstandard im Alter erhalten werden kann. Und nicht zuletzt wirken auch weitere personelle Ressourcen (Familie, Freunde, eigenen Erfahrungen und Kompetenzen etc.) direkt auf die Möglichkeiten der Lebensführung im Alter ein.

2.1 Einflussfaktor Gesundheit

2.1.1 Gesundheitsempfinden allgemein

Im Rahmen der Untersuchung wurden die älteren Menschen nach ihrem Gesundheitsempfinden befragt. Das war bei einem großen Teil der Befragten positiv (41%), obgleich 53 % der Befragten angaben, gesundheitliche Einschränkungen zu haben. Davon wurden am häufigsten chronische Erkrankungen genannt, insbesondere bei den 65-84-Jährigen. An zweiter Stelle hatten die Beeinträchtigungen ihre Ursache in einer Behinderung, hier insbesondere bei den 50-59-Jährigen. (Mehrfachnennungen waren möglich)



Interessant sind auch Ergebnisse der Landesregierung Brandenburg, die über die Rate der stationär behandelten über 65-Jährigen im Jahr 2007 informieren¹⁰. Nach fünf Diagnosegruppen systematisiert liegen die häufigsten Krankheiten beim Kreislaufsystem. Hier steigt die Fallzahl mit Zunahme des Alters kontinuierlich an. Bei Verletzungen und Vergiftungen ist es ähnlich. Von Verletzungen sind insbesondere Menschen in der eigenen Häuslichkeit ab dem 80. Lebensjahr betroffen, hier sogar dreimal häufiger als bei den 65-80-Jährigen. Hier sind insbesondere Stürze der

¹⁰ MASF Landesregierung Brandenburg (2009), in puncto 02/09, S. 7

Grund für Verletzungen. Auffällig ist auch die Häufigkeit von bösartigen Neubildungen, die bis zum 75. Lebensjahr ansteigt und ab dem 75. Lebensjahr wieder rückläufig ist. Krankheiten des Verdauungssystems und des Atmungssystems sind vergleichsweise weniger häufig, nehmen aber mit steigendem Lebensalter kontinuierlich zu.

Für die Versorgung von älteren Menschen in der Häuslichkeit enthalten diese Angaben Hinweise dafür, in welchen Fachbereichen ärztliche Hilfe erforderlich ist, um insbesondere diese häufigen Krankheitsbilder im Vorfeld und in der Nachsorge eines Krankenhausaufenthaltes ambulant zu betreuen. Selbstverständlich bedürfen auch die anderen, insbesondere im Alter verstärkt auftretenden Krankheiten einer ärztlichen Fürsorge, wie z.B. in der Augenheilkunde. Die Allgemeinmediziner sind die wichtigsten Ansprechpartner für gesundheitliche und soziale Belange, Garant für die medizinische Grundversorgung sowie vermittelndes Element zu den Fachärzten und weiteren medizinischen Leistungen.

2.1.2 Pflegebedürftigkeit

Zum Stichtag 15.12.2009 lebten in der Stadt Brandenburg an der Havel 2.246 Menschen mit einer anerkannten Pflegestufe. Das entspricht ca. 3 % der Gesamtbevölkerung. Die nachfolgende Tabelle stellt dar, wie sich Pflegebedürftigkeit seit dem Jahr 2005 in Brandenburg an der Havel entwickelt hat:

Stichtag	Pflegebedürftige		Pflegeleistungen			Pflegestufe		
	gesamt	Je 1000 Einwohner	ambulant	stationär	Pflegegeld *	I	II	III
15.12.2005 ¹¹	1.776	24,0	630	478	668	893	611	267
Anteil in % ⁴	100		35,5	26,9	37,6	50,0	34,4	15,0
15.12.2007 ¹²	2.123	29,1	710	564	849	1.162	710	244
Anteil in % ⁴	100		33,4	26,5	40,0	54,7	33,4	11,5
15.12.2009 ¹³	2.246	31,1	866	581	799	1.222	726	297
Anteil in % ⁴	100		38,6	25,9	35,6	54,4	32,3	13,2

*ohne Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen, die bereits bei der ambulanten oder stationären Pflege berücksichtigt sind – 31.12.2009

Nach wie vor beziehen die meisten Betroffenen ausschließlich das Pflegegeld (ca. 40 %), ca. 35 % nehmen ambulante bzw. teilstationäre Dienste (tlw. zzgl. Pflegegeld) in Anspruch und ca. 25 % werden stationär versorgt. Das entspricht dem Landestrend und untermauert die verfolgte Strategie, soweit möglich einer ambulanten Versorgung, tlw. in Kombination mit einer teilstationären Versorgung, den Vorrang vor einer stationären Versorgung einzuräumen.

¹¹ AfSBB (2007), Statistisches Jahrbuch Brandenburg 2007, S. 389

¹² AfSBB (2009), Statistisches Jahrbuch Brandenburg 2009, S. 186

¹³ AfSBB (2010), Statistisches Jahrbuch Brandenburg 2010, S. 187

Unter Bezugnahme auf die für das Land Brandenburg ermittelten Pflegequoten¹⁴ stellt sich die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit innerhalb der betrachteten Altersgruppen in Brandenburg an der Havel wie folgt dar:

Alter	Pflegequote*	Personen der Altersgruppe 2009 ^{2,5}	Pflegebedürftige absolut nach Pflegequote Bezug 2009 ⁴	Personen der Altersgruppe 2020 ³	Pflegebedürftige absolut nach Pflegequote Bezug 2020 ⁴
65 Jahre und älter	130	19.163	2.491	20.380	2.649
davon 65 bis unter 80 Jahre	65	15.351	998	13.010	846
davon 80 Jahre und älter	403	3.812	1.536	7.370	2.970

* Pflegequote = Anzahl der Pflegebedürftigen pro 1000 der Altersgruppe

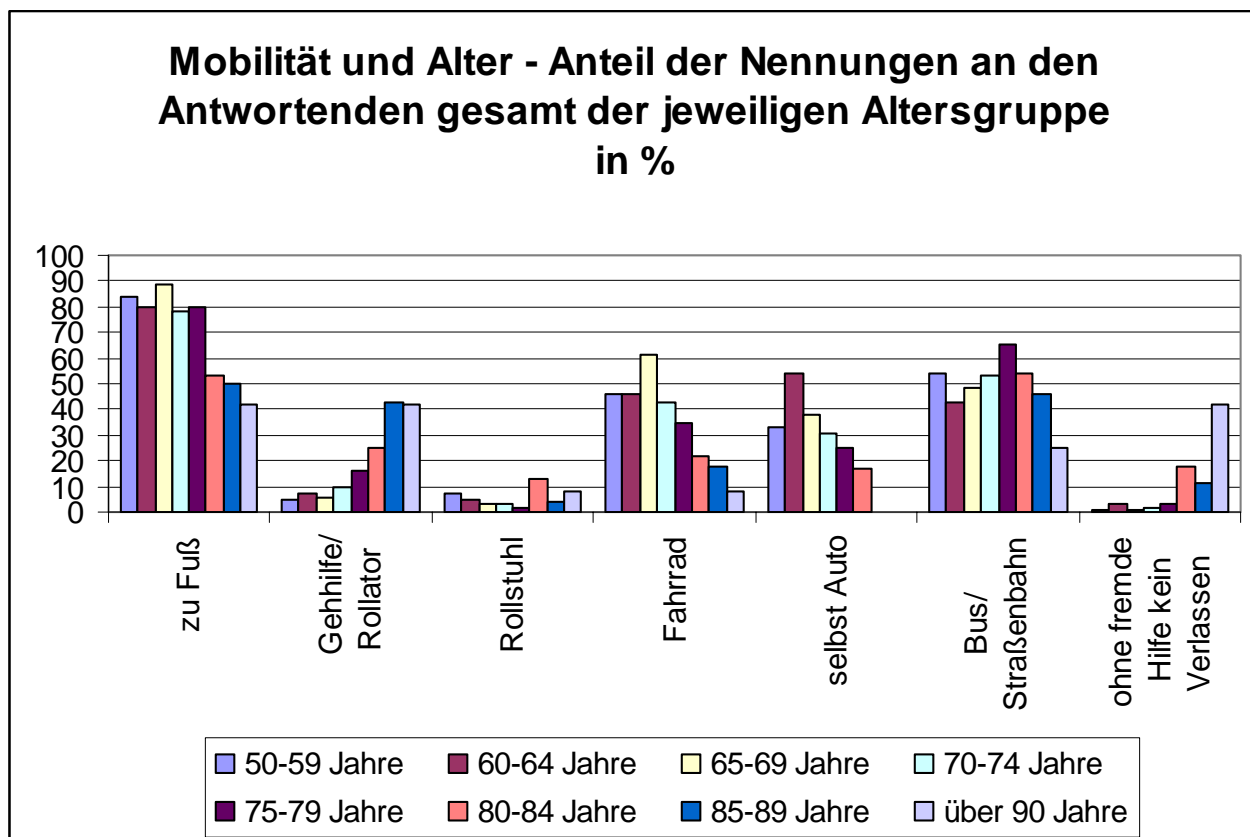
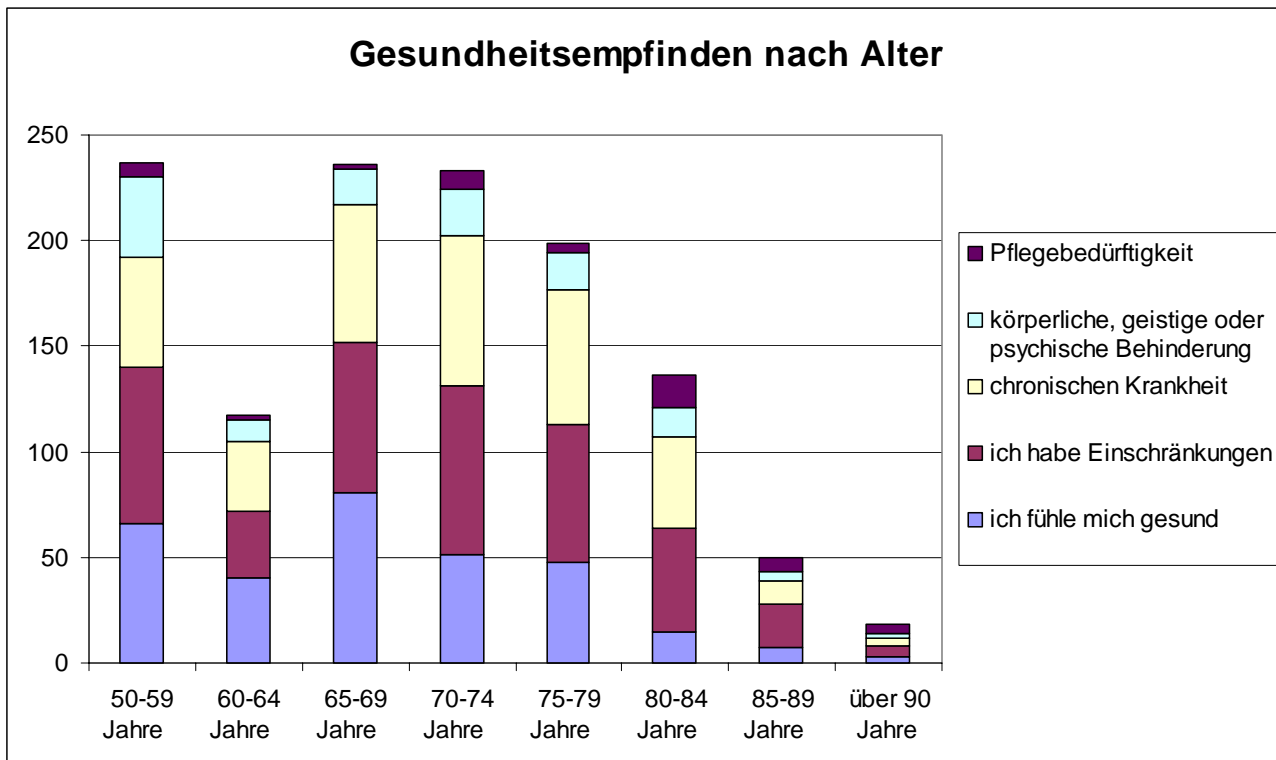
In der Altersgruppe ab 80 Jahren gibt es 2009 1½ mal mehr Pflegebedürftige als in der Altersgruppe der 65-80-Jährigen. Im Jahr 2020 werden es dreimal mehr Pflegebedürftige sein.

Unter Anwendung des Berechnungsmodells der Landesregierung Brandenburg zur Ermittlung der potentiell Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen¹⁴ kommt man zu folgendem Ergebnis: Die Landesregierung Brandenburg nennt eine Quote von 132,5 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen pro 1.000 Personen der Altersgruppe. Bezogen auf die Stadt Brandenburg an der Havel wären dies ca. 505 Pflegebedürftige über 80 Jahre im Jahr 2009 und ca. 976 Pflegebedürftige über 80 Jahre im Jahr 2020, die in stationären Einrichtungen versorgt werden müssen. Lässt man den Umkehrschluss zu, dass alle übrigen Pflegebedürftigen dann ambulant bzw. teilstationär versorgt werden, so lassen sich für das Jahr 2009 1.031 und für das Jahr 2020 2.994 Pflegebedürftige über 80 Jahre in ambulanter/teilstationärer Versorgung ermitteln. Die Zahl der ambulant zu pflegenden Personen über 80 Jahre im Jahr 2020 wird sich also zum Stand 2009 verdreifachen.

	2009	2020
Über 80-Jährige insgesamt	3.812 ⁵	7.370 ³
darunter Pflegebedürftige (Quote 403/1000 EW 80+) ^{14,4}	1.536	2.970
darunter Pflegebedürftige in stat. Einrichtungen (Quote 132 / 1000 EW 80+) ^{14,4}	503	973
Pflegebedürftige ambulant / teilstationär⁴ (Differenz aus Pflegebedürftige gesamt und Pflegebedürftige in stat. Einrichtungen)	1033	1997

Auch aus der durchgeführten Befragung zur Lebensweise älterer Menschen in 2008 ging deutlich hervor, dass mit dem Überschreiten des achtzigsten Lebensjahres die Pflegebedürftigkeit ansteigt. Gleichzeitig nehmen die Mobilität und das Gesundheitsempfinden ab und der angezeigte Hilfebedarf zu. Jedoch nur 0,6 % aller Befragten geben an, ohne fremde Hilfe ihre Wohnung nicht verlassen zu können. Im Allgemeinen überwiegt die Mobilität zu Fuß in allen Stadtteilen, andere Mobilitätsmittel hingegen variieren zwischen den Stadtteilen (Rad, Auto, Bus/Bahn).

¹⁴ MASF Landesregierung Brandenburg (2009), in puncto 02/09, S. 8, 9



Bei allen Unsicherheiten, die solche Prognosen unberücksichtigt lassen müssen, ist jedoch ein gewisser Trend zu erkennen. Man geht davon aus, dass die Versorgung durch ambulante Pflegedienste und teil- bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewinnen werden, da familiäre und persönliche Ressourcen für die Übernahme der Pflege perspektivisch immer weniger zur Verfügung stehen werden. Die Landesregierung Brandenburg geht davon aus, dass der

Pflegebedarf bis 2020 um 77 % in der stationären Pflege und um 84 % in der ambulanten Pflege steigen wird¹⁵.

In diesem Zusammenhang scheinen auch folgende Aussagen wichtig zu sein:

„Nach Erkenntnissen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung sinkt das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden.“¹⁶

„Die derzeitige Prävalenz von Pflegebedürftigkeit ... in definierten Alterskohorten bleibt nicht konstant. Beeinflussbar ist sie durch Entwicklungen im Gesundheitswesen, die das sich wandelnde Krankheitspanorama besser berücksichtigen (Stichwörter: Gesundheitsförderung und Primärprävention, populationsbezogene Integrierte Versorgung, DMP).“¹⁶*

*Kohorten: Jahrgänge oder Gruppen von Jahrgängen, die der Abgrenzung von Bevölkerungsgruppen dienen

„Auch wenn die hiervon erhoffte Wirkung (Hinausschieben bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit) auf Plausibilitätsannahmen basieren und noch nicht abschließend empirisch bewertet werden können: Versorgungsstrukturen, davon ist auszugehen, bleiben nicht konstant. Im Erfolgsfall könnten solche Impulse ebenfalls die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und die Nachfrage nach Pflege in Grenzen beeinflussen.“¹⁷*

*gemeint sind die Reformbemühungen des SGB V und SGB XI hinsichtlich der Überwindung der Sektoren- und Systemgrenzen im Gesundheits- und Pflegewesen (ebenda)

Ursachen und Chancen dieser Entwicklungen werden sowohl im medizinischen Fortschritt gesehen als auch durch Entwicklungen im Gesundheitswesen (z.B. Gesundheitsförderung, Prävention, abgestimmte Versorgungsstrukturen) sowie durch eine vergleichsweise höhere Bildung seit 1960¹⁶.

Diese Überlegungen sollen die oben skizzierten Erwartungen an die in Zukunft zu leistende ambulante Pflege nicht verharmlosen, sondern soll Anstoß dazu geben, alle Kraft daran zu setzen, Pflegebedürftigkeit durch wirksame Maßnahmen zu vermeiden oder deren Folgen im Sinne der Betroffenen zu mildern.

Die Stadt Brandenburg an der Havel verfügt über ein differenziertes Netz an pflegerischen Diensten und Einrichtungen¹⁸:

Versorgungsform	Anzahl Dienste / Einrichtungen	Kapazität in Plätzen
Ambulanter Hauskranken- / Pflegedienst	15	-
Tagespflege	4	56
Kurzzeitpflege	6	36
Stationäre Pflege	7	507

Stand 2010

Zentrales Element der örtlichen Pflegeinfrastruktur ist der seit dem 01.06.2010 tätige Pflegestützpunkt, dessen Aufgabe darin besteht, Hilfebedürftige und ihre Angehörigen über Hilfen zu beraten, passgenaue Angebote zu ermitteln und bei der Inanspruchnahme der Hilfen zu unterstützen.

¹⁵ MASGF (2008), Lebenslagen in Brandenburg, S. 197

¹⁶ Dr. Roland Schmidt (FH Erfurt), „Pflege zwischen Reform und Notstand, Herausforderungen für den Pflegealltag“, S. 2

¹⁷ Roland Schmidt (FH Erfurt), „Ambulantisierung der Pflege“, S. 3

¹⁸ eigene Zusammenstellung

2.1.3 Gerontopsychiatrische Krankheiten / Demenz

Zu den gerontopsychiatrischen Krankheiten gehören

- Dementielle Erkrankungen einschl. der Demenz vom Typ Alzheimer
- Hirnorganische Psychosyndrome (Defektzustände infolge körperlicher Erkrankungen)
- sonstige psychische Erkrankungen im Alter, z.B. Depressive Erkrankungen, Alkoholabhängigkeit, Medikamentenmissbrauch, Suizidgefahr etc..

Die Thematik „Suchtverhalten“ und „Medikamentenmissbrauch“ wird regelmäßig durch das IFT untersucht. Die jüngsten Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland sind im „Epidemiologischen Suchtsurvey 2009“¹⁹ veröffentlicht.

Vertiefende Ausführungen zur Situation in Brandenburg an der Havel werden in der „Gesamtkonzeption der Stadt Brandenburg an der Havel zur Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen“ (SVV-Berichtsvorlage 38 / 2000) dargestellt.

„Demenz ist ein Oberbegriff für unterschiedliche Krankheiten, deren Gemeinsamkeit in einem fortschreitenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeit liegt... Mit zunehmendem Alter treten Demenzerkrankungen häufiger auf. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen wird Pflegebedürftigkeit in mehr als 35% der Fälle durch eine dementielle Erkrankung begründet.“²⁰

Neben dem fortschreitenden Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit sind dementielle Erkrankungen durch die Veränderung der Persönlichkeit gekennzeichnet.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Nach den von Bickel entwickelten Prävalenzraten (2000)²⁰ verteilen sich die Demenzerkrankungen in den Altersgruppen wie folgt:

Altersgruppe	Bewohner Stadt Brandenburg an der Havel absolut ⁵		Mittlere Prävalenzrate in %	Demenzranke absolut ⁴	
	2009	2020		2009	2020
65-69	6.064	k. A.	1,2	73	k. A.
70-74	5.819		2,8	163	
75-79	3.468		6,0	208	
80-84	2.289		13,3	304	
85-89	1.099		23,9	262	
90+	424		34,6	146	
				(Summe 1.156)	
65+	19.163	20.380	13,6 im Mittel ⁴	2.606	2.772
80+	3.812	7.370	24,0 im Mittel ⁴	915	1.779

Die Landesregierung Brandenburg ermittelt für die Stadt Brandenburg an der Havel Demenzerkrankungen in der Altersgruppe der über 60-Jährigen bei ca. 1.000 Personen im Jahr 2015²⁰.

¹⁹ IFT (2009), Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009 - Prävalenz der Medikamenteneinnahme und problematischen Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Alter im Jahr 2009, S. 6, eigene Berechnungen

²⁰ MASGF Landesregierung Brandenburg (2005), Gesund alt werden – soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen im Land Brandenburg, S. 70, 71, 72

Man geht davon aus, dass ca. jeder dritte bis vierte über 80-Jährige von einer Demenz betroffen sein wird. Diese kann unabhängig von oder in Kombination mit einer Pflegebedürftigkeit (s. Ziffer 2.2) auftreten. Aufgrund des steigenden Risikos für Pflegebedürftigkeit und einer Demenz ab 80 Jahren wird in einer Vielzahl der Fälle von einer Pflegebedürftigkeit mit Demenz auszugehen sein.

Nach einer Schätzung des Robert-Koch-Instituts leben 40 % der Demenzkranken in Heimen – also werden derzeit ca. 60 % zu Hause gepflegt²¹. Die mit einer Demenz einhergehenden Hilfebedarfe des Betroffenen erfordern sowohl von den stationären Einrichtungen als auch von den ambulanten Pflegediensten schon heute eine veränderte Ausrichtung der fachlichen Arbeit. Hier stehen vor allem Aufgaben der Beaufsichtigung, Betreuung, der persönlichen Anleitung und Zuwendung im Vordergrund. In Brandenburg an der Havel entstehen zunehmend ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Für diejenigen, die ihre an Demenz erkrankten Angehörigen zu Hause pflegen, bedeutet es eine besonders starke psychische und physische Belastung.

Um die pflegenden Angehörigen zu entlasten und ihre Pflegebereitschaft zu erhalten und zu stärken gibt es in Brandenburg an der Havel 11 ambulante Pflegedienste, die spezielle Betreuungsangebote für Demenzkranke anbieten. Darüber hinaus existieren 16 zugelassene niedrigschwellige Betreuungsangebote²² bei insgesamt 7 Trägern. Hierbei handelt es sich um Betreuungsgruppen und Helferkreise, welche ebenfalls die stundenweise Betreuung Demenzkranker übernehmen. Darüber hinaus gibt eine Kontakt- und Beratungsstelle für Pflege, Demenz und Alltagshilfen. Der Pflegestützpunkt berät ebenfalls in diesen Fällen.

2.1.4 Menschen mit Behinderungen

In Brandenburg an der Havel lebten am 31.12.2009 6.052 Menschen mit einem Behinderungsgrad ab 50 GdB (Schwerbehinderte). Ca. 73 % dieser schwerbehinderten Menschen sind älter als 55 Jahre, wobei die über 65-Jährigen mit 56 % die größte Personengruppe mit einer Schwerbehinderung ist.

Stand 31.12.2009 ²³	Gesamt	
	absolut	in % ⁴
GdB 50+	6052	
davon 55 Jahre und älter	4427	73
-darunter 55-65 Jahre	1025	17
-darunter 65 Jahre und älter	3402	56

Die Landesregierung Brandenburg führt dazu aus, dass der Anteil der Schwerbehinderten in der Altersgruppe ab 65 Jahren 19 % beträgt, während dieser für alle Altersgruppen durchschnittlich 7 % ist²⁴.

Die Ursachen einer körperlichen, geistigen und/oder seelischen Behinderung lassen sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht auf Altersgruppen und nach Behinderungsgraden zuordnen. Jedoch ist auch hier offensichtlich, dass mit zunehmendem Alter eine Zunahme der Beeinträchtigungen, die eine Schwerbehinderung zur Folge haben, verbunden ist.

²¹ MASF Landesregierung Brandenburg (2009), in puncto 02/09, S. 11

²² LASV Landesregierung Brandenburg (2010), Anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45 b Abs. 1 Ziffer 4 SGB XI

²³ BRB (2010), Statistischer Jahresbericht 2010, S. 291

²⁴ MASGF (2008), Lebenslagen in Brandenburg, S. 197

Im Rahmen der Gespräche in den Arbeitsgruppen wurde darauf hingewiesen, dass bereits heute – in Zukunft jedoch verstärkt - Menschen mit insbesondere einer geistigen Behinderung das Rentenalter erreichen und aus dem „Werkstatt-Leben“ ausscheiden werden. Sowohl die sie betreuenden Träger als auch die Menschen selbst stehen damit zunehmend vor der Frage, wie ihnen eine Tagesstruktur erhalten bleiben und sie auch weiterhin gefördert und in ihrem Alltag unterstützt werden können. Konkrete Zahlen liegen hierzu nicht vor. Es soll an dieser Stelle auf diese spezielle Problematik lediglich hingewiesen werden, ggf. müsste dies mit einer vertiefenden Untersuchung aufgegriffen werden.

2.1.5 Auswirkungen

Alle beschriebenen Situationen weisen die Gemeinsamkeit auf, dass Beeinträchtigungen in den einzelnen Bereichen oder gleichzeitig in mehreren Bereichen zu Einschränkungen in der bisherigen Lebensweise bis zum Verlust von Lebensqualität für den einzelnen Betroffenen führen.

Eine der wesentlichen Beeinträchtigungen als Folge von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder einer Behinderung ist der teilweise oder gänzliche **Verlust der Mobilität**. Dies betrifft

- die Fähigkeit, sich selbst uneingeschränkt fortbewegen zu können,
- die Möglichkeit, bestimmter Versorgungsstrukturen und Angebote aus eigener Kraft zu erreichen:
 - o in infrastrukturellem Sinne (Barrierefreiheit, Verkehrs- und Wegenetz, Ausstattung und Beschaffenheit von Gebäuden)
 - o in zeitlichem Sinne (Öffnungszeiten, Veranstaltungsmanagement u. Ä.)
 - o und in virtuellem Sinne (Zugänge zu Information und Versorgungsmöglichkeiten, wie sie z. B. der Computer (Internet) bieten oder Kommunikationsbrücken für z. B. gehörlose und blinde bzw. hochgradig sehbehinderte Menschen.)

Der Verlust von Mobilität reduziert den Aktionsradius der Betroffenen. Mit fortschreitendem Alter und in einer häufig daran gekoppelten Zunahme des Mobilitätsverlustes werden die Wohnung und das nähere Wohnumfeld zum wichtigsten (fast einzigen) Lebensraum dieser älteren Menschen. Mit dem Verlust der Mobilität einher geht der Verlust von Selbständigkeit. Dies ist mit Einschnitten beim Wohnen, in der eigenständigen Versorgung als auch bei den Teilhabemöglichkeiten verbunden, was wiederum Hilfebedarfe und Abhängigkeit von anderen Menschen begründet, die in ihrer Summe das Lebensgefühl jedes Einzelnen negativ beeinflussen und eine uneingeschränkte Selbstbestimmung gefährden.

2.1.6 Handlungsempfehlungen

Die Planung des ambulanten medizinischen Versorgungssystems obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, welche die Zulassung der Ärzte anhand von vorgegebenen Kriterien steuert. Für den Planungsbereich Brandenburg an der Havel / Potsdam-Mittelmark wird zum Stand 30.09.2010 eine Versorgungslücke bei den Hausärzten ausgewiesen (99,5% Versorgungsgrad)²⁵. Bei allen anderen Arztgruppen besteht ein Versorgungsgrad von mindestens 100 %, in mehreren Fällen sogar über 110 %, womit die Kassenärztliche Vereinigung eine Überversorgung feststellt²⁶.

Sowohl auf die Kriterien der Zulassungsbeschränkung als auch auf die Ansiedlung von zugelassenen Ärzten kann die Stadt Brandenburg an der Havel somit keinen Einfluss nehmen. Insofern kann es nur darum gehen, die vorhandenen Kapazitäten an allgemeinen und Fachärzten so in der Stadt anzusiedeln, dass sie für die Betroffenen gut zugänglich sind. Dies wurde zum einen durch den Bau des Gesundheitszentrums am Hauptbahnhof angestrebt, wobei hier eine effektive Zusammenführung von Ärzten und Therapeuten die Zielstellung ist. Zum anderen sollte aber auch zumindest im Bereich der Allgemeinmediziner Einfluss darauf genommen werden, dass Arztpraxen

²⁵ KVBB (2010), Planungsblatt Typ 4 zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades, URL http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb000367/Bbg_PM.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.07.2011

²⁶ KVBB (2011), Übersicht...zur Anordnung bzw. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen..., URL http://www.kvbb.de/content/kvbb/kvbb001481/x_liste.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.07.2011

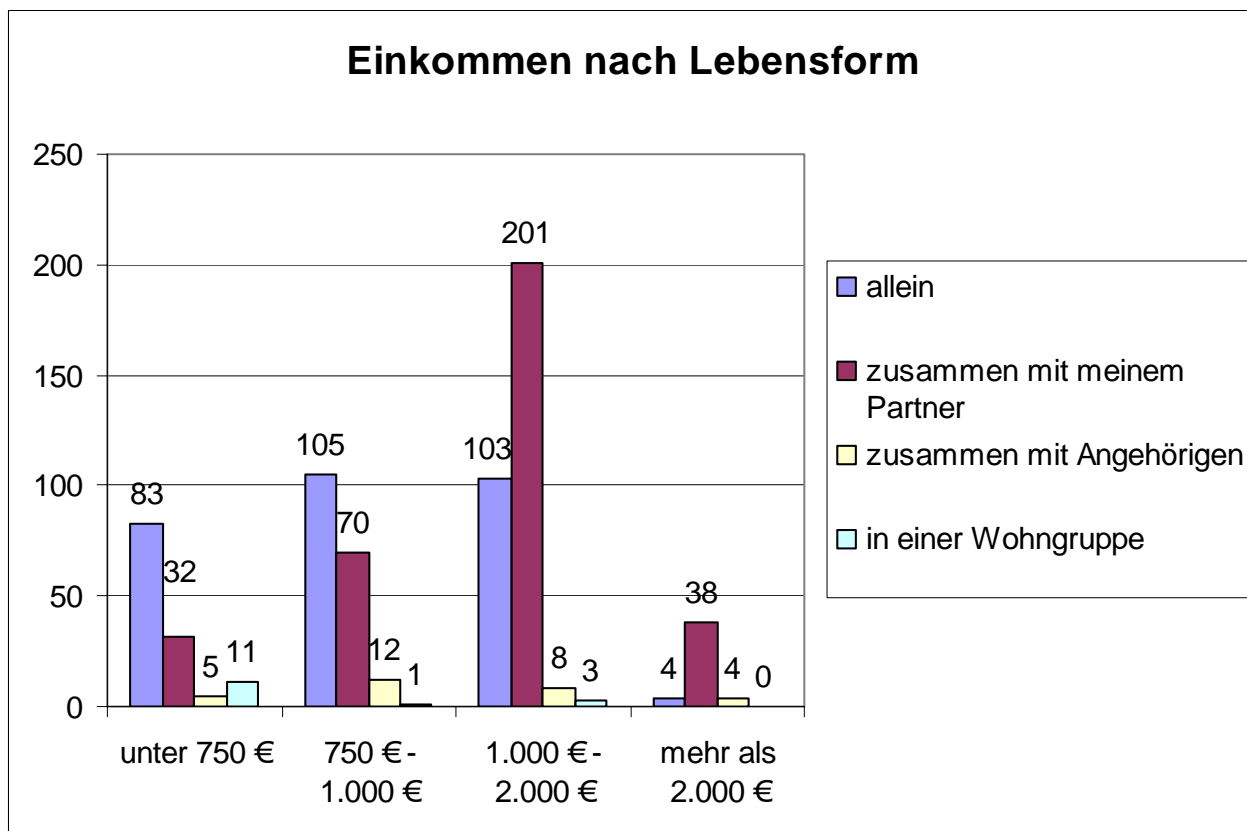
in den Wohngebieten verbleiben und somit eine fußläufige Erreichbarkeit zur medizinischen Grundversorgung für die Mehrheit der älteren Menschen ermöglicht wird.

Übergreifend werden folgende Empfehlungen für den Erhalt bzw. für die Erleichterung von Mobilität gegeben:

- Erhalt und Ausbau präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Erleichterung für Benutzer/-innen von Gehhilfen, Rollstühlen, für seh- und bewegungseingeschränkte Personen im öffentlichen Raum / in Einrichtungen / in Geschäften und in der Gastronomie
- Prüfung der Zugänglichkeit von wichtigen Versorgungseinrichtungen in den verschiedenen Bereichen für mobilitätseingeschränkte Personen

2.2 Einflussfaktor Einkommen

Die Befragung älterer Menschen ergab, dass es eine Zweiteilung des Einkommens zwischen den Befragten gibt mit weniger bzw. auch mehr als 1.000 € im Monat. Gefragt wurde nach dem gemeinsamen monatlichen Haushaltseinkommen einschließlich aller Sozialleistungen, wobei eine Unterscheidung zwischen Netto und Bruttobeträgen nicht getroffen wurde. Insofern besteht an dieser Stelle eine Fehlerquelle, da die Befragten unterschiedliche Angaben gemacht haben können. Die Befragten sind grundsätzlich bereit, Geld für Hilfen auszugeben, wenn dieses vorhanden (übrig) wäre. Oberste Priorität haben hier Freizeitangebote, danach Alltagshilfen, weniger persönliche Hilfen.



2.2.1 Einkommen aus Renten

Das Haupteinkommen der über 65-Jährigen wird aus der Deutschen Rentenversicherung geleistet. In den nächsten 10 Jahren werden in der Stadt Brandenburg an der Havel ca. 9.000 Menschen in den Altersruhestand wechseln und ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Rentenleistungen beziehen. Die Rente wird gegenwärtig von der großen Mehrheit der Rentner als auskömmlich wahrgenommen. Die Landesregierung Brandenburg weist in ihrem Bericht²⁷ aus, dass im Jahr 2008 die durchschnittliche Rente in Brandenburg sogar um ca. 65 Euro höher als im Bundesdurchschnitt (851 Euro) sein wird. Bei Männern lagen die Einkünfte aus Renten durchschnittlich bei 1.000 Euro, bei Frauen bei 854 Euro. Legt man den im Land Brandenburg errechneten Wert für die Armutsrisikoschwelle an (701 Euro pro Monat, 2007)²⁸ zu Grunde, ist eine Betroffenheit älterer Menschen durch Altersarmut in der gegenwärtigen Situation sehr gering. Individuell gibt es allerdings deutliche Abweichungen von diesen Durchschnittswerten. Daraus kann sich durchaus in der Realität und unter Betrachtung der jeweiligen Lebensweise älterer Menschen (alleinstehend oder in Partnerschaft lebend) eine reale Armutsgefährdung oder Armutsbetroffenheit entwickeln. Unter Beobachtung der zukünftigen Rentenentwicklung sind reale Einkommensverluste zu erwarten, was die Kaufkraft der zukünftigen Senior/-innen herabsetzen wird. Bereits heute ist die Kaufkraft aus Renteneinkünften rückläufig gegenüber den Vorjahren. Dies ist insbesondere auf die inflationsbedingte Geldentwertung zurückzuführen. Nach den Ausführungen der Bundesregierung²⁹ wird bis zum Jahr 2021 eine Rentensteigerung von insgesamt rd. 29 % (1,7 % pro Jahr) prognostiziert. Dem steht eine Inflationsrate gemessen am Verbraucherpreisindex im Juni 2011 gegenüber dem Bezugsmonat Juni 2010 von +2,3%³⁰ gegenüber. Auch zukünftig wird somit selbst im Falle weiterer Rentenerhöhungen die Kaufkraft der Senioren/-innen sinken.

Beamtenrechtliche Versorgungsbezüge nach dem Beamtenversorgungsgesetz wurden bei der Untersuchung nicht berücksichtigt.

2.2.2 Einkommen aus Sozialleistungen

Die Landesregierung Brandenburg weist aus, dass Menschen aus der Gruppe der über 65-Jährigen gegenwärtig das geringste Armutsrisiko gegenüber anderen Altersgruppen tragen²⁸. Altersarmut ist zum gegenwärtigen Stand im Land Brandenburg selten²⁷.

Für die Zukunft wird erwartet, dass einerseits die Entwicklung der Renteneinkünfte (s. o.) und andererseits die seit 1990 durch Arbeitslosigkeit bedingten diskontinuierlichen Erwerbsverläufe dazu beitragen werden, dass immer mehr älteren Menschen weniger Einkommen aus Rentenleistungen zur Verfügung stehen wird als heute. In der Folge werden Leistungen zum Lebensunterhalt aus öffentlichen Haushalten zu leisten sein, wenn die vorhandenen Einkünfte zur Deckung des Lebensunterhaltes nicht mehr ausreichen.

Im Jahr 2008 bezogen 376 Personen im Alter von 65 Jahren und älter bedarfsorientierte Grundsicherung nach SGB XII³¹. Dies entspricht ca. 2 % aller Personen derselben Altersgruppe⁴. Im Landesdurchschnitt sind es weniger als 1 %²⁷. Im Dezember 2010 waren 2.645 Personen ab 50 Jahre und älter im Leistungsbezug des SGB II. Diese Personen werden innerhalb der nächsten 15 Jahre das Rentenalter erreichen. Sofern arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für diese Altersgruppe nicht wirksam werden, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Großteil dieser Menschen auf zumindest aufstockende Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen sein wird. Wie viele Menschen dies genau trifft und in welcher Höhe Grundsicherungsleistungen zu erbringen sein

²⁷ MASF Landesregierung Brandenburg (2009), in puncto 02/09, S. 7

²⁸ MASGF (2008), Lebenslagen in Brandenburg, S. 93, 96

²⁹ Deutscher Bundestag (2007), Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung...in den künftigen 15 Beitragsjahren (Rentenversicherungsbericht 2007), Drucksache 16/7300, S. 8

³⁰ Statistisches Bundesamt (2011), URL

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Preise/Preise.psm1>

, zuletzt aufgerufen am 20.07.2011

³¹ BRB (2010), Statistischer Jahresbericht 2010, S. 272

werden, lässt sich hier nicht ermitteln. Aber selbst wenn nur die Hälfte dieser Personen auf SGB XII-Leistungen angewiesen sein wird, wäre damit eine Verdreifachung der Fallzahlen zum heutigen Stand verbunden.⁴ Hinzu kommen in einem schwer abschätzbaren Umfang Personen, die aus einem aktiven Beschäftigungsverhältnis in die Rente übergehen, aber aufgrund geringer Einkünfte oder einer instabilen Erwerbsbiografie nur geringe Rentenanwartschaften erworben haben und somit ebenfalls zumindest einer ergänzenden Grundsicherungsleistung bedürfen.

2.2.3 Auswirkungen

Das Einkommen bzw. die Altersarmut wird sich auf alle Bereiche des Lebens älterer Menschen auswirken, vom Wohnen über die Gesundheitspflege und Alltagsversorgung bis hin zu Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Stadt hat hinsichtlich der Entwicklungen des Wohnungs- und Dienstleistungsmarktes nur wenige Einflussmöglichkeiten. Hier wird, sofern nicht über staatliche Programme eine Steuerung erfolgt, der Markt selbst das Angebot und die Preise bestimmen. Hierbei werden einkommensstärkere Haushalte eher im Fokus der Anbieter stehen als einkommensschwache.

2.2.4 Handlungsempfehlungen

Spezielle Maßnahmen vorbeugend vor oder reagierend auf Altersarmut werden nicht gesehen, da die Entstehung von Altersarmut nicht durch die Stadt Brandenburg an der Havel beeinflussbar ist und eine finanzielle Unterstützung für Belastungen im Alter regulär über Sozialleistungen erfolgt. Auf die damit einhergehenden Kostensteigerungen in Bezug auf sozial bedürftige Menschen muss sich der öffentliche Haushalt der Stadt Brandenburg an der Havel als eine seiner Pflichtleistungen einstellen. Unter den Bedingungen einer sparsamen Haushaltsführung ist aber davon auszugehen, dass nur unabwiesbare Mehrbedarfe im Einzelfall zu einem anerkannten Bedarf für soziale Leistungen führen werden und damit auch eine Finanzierung dieser Mehraufwendungen (z.B. für die Wohnung, für die Alltagsversorgung, für Teilhabezwecke) übernommen wird. Wie streng die Kriterien hierfür angelegt werden, ist in Verantwortung der Sozialhilfeträger abzustimmen. In Fällen nicht anerkannter Bedarfe muss der Betroffene aus eigenen Mitteln seinen Bedarf finanzieren, was insbesondere für einkommensschwächere Haushalte problematisch werden kann.

Alle Akteure sollten sich dessen bewusst werden, dass die eher negativ zu bewertende Einkommensentwicklung älterer Menschen bei der Planung und Organisation von Wohnmöglichkeiten, Projekten, Hilfen und Angeboten zu berücksichtigen ist.

Unter dem Aspekt der Verfügbarkeit von altersgerechtem Wohnraum ist darauf zu achten, dass das Mietniveau die perspektivisch geringeren Einkünfte berücksichtigen muss. Trotz angespannter Haushaltsslage sollte die öffentliche Hand ständig Unterstützungsmöglichkeiten für einkommensschwache Haushalte zum Bezug einer altersgerechten Wohnung (im nachweisbaren Bedarfsfall) prüfen.

2.3 Einflussfaktor Sonstige Ressourcen

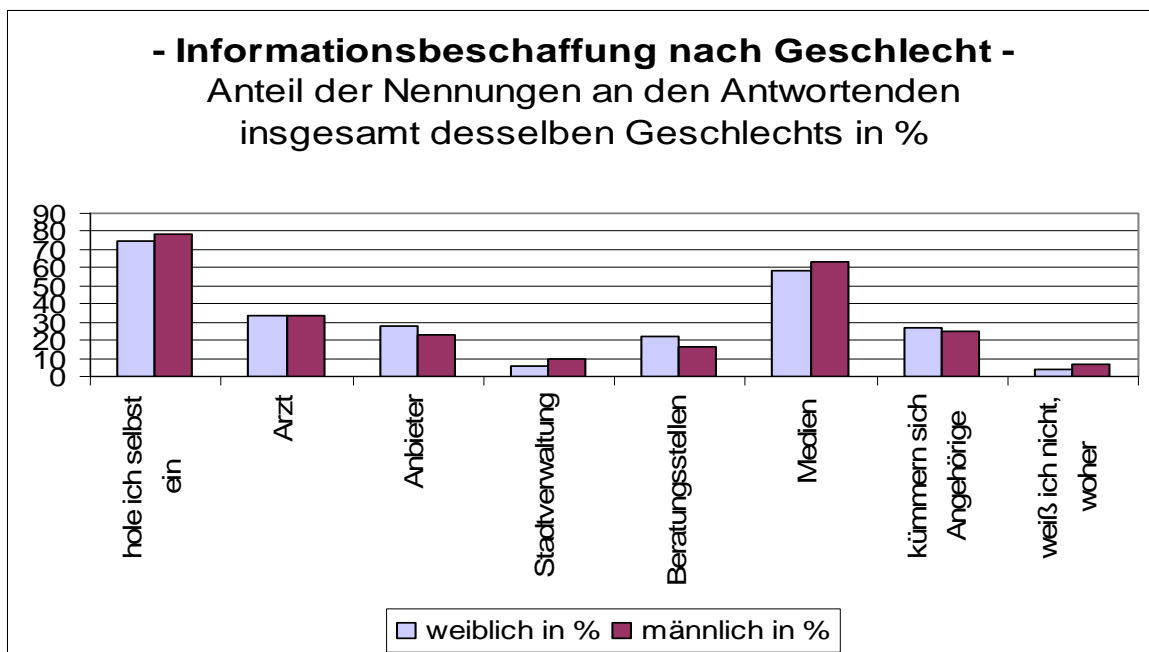
Mit sonstigen Ressourcen sind die dem Hilfebedürftigen zunächst obliegenden Möglichkeiten der Selbsthilfe gemeint, wie die Beschaffung von Informationen oder das Vorhandensein von eigenen Kräften oder Helfern aus der Familie oder aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis. Daraus ergeben sich u. a. folgende Fragestellungen:

- Über welche Informationen verfügt der Betroffene bzw. weiß er, wo er diese beschaffen kann?
- Welche Helfer stehen ihm im persönlichen Umkreis zur Verfügung, sind diese Helfer bereits einbezogen worden (Familie, Nachbarn, Bekannte)?

2.3.1 Information

Information ist der Schlüssel für ein möglichst selbstbestimmt organisiertes Leben. Nur wer informiert ist, weiß, wo bestimmte Dinge und zu welchen Konditionen erlangt werden können. Grundsätzlich bestehen in unserer heutigen Gesellschaft die vielfältigsten Möglichkeiten, um menschenwürdig den Lebensabend zu verbringen. Dafür sorgen die verschiedenen ineinandergreifenden Versorgungssysteme: das medizinische, pflegerische, rehabilitative und soziale Versorgungsnetz. Hinzu kommen Informationen aus dem Internet, die nach eigenem Ermessen eingeholt werden können. Das Problem der heutigen Zeit scheint die Vielfalt selbst zu sein, in der man ohne persönliche Beratung schnell die Orientierung verlieren kann. Neben den eigentlichen Hilfsstrukturen selbst braucht es also Beratungsdienste, die über die Inanspruchnahmemöglichkeiten Auskunft geben und im besten Falle auch Unterstützung bei deren Nutzung anbieten.

Diese Beratungsleistungen bieten zum großen Teil die Anbieter selbst an. Dies hat jedoch zur Folge, dass der Informationssuchende die verschiedenen Angebote und Beratungsdienste aufsuchen und selbständig nach seinen eigenen Prioritäten auswerten muss. Dies ist für viele ältere Menschen mühselig und stellt in vielen Fällen eine Art Hemmschwelle dar, sich überhaupt auf die Suche nach Lösungsmöglichkeiten zu begeben. Es verwundert insofern nicht, dass aus der Befragung älterer Menschen zum großen Teil (ca. 20 % der Antwortenden) angegeben wurde, sich mit der Frage eines altersgerechten Wohnens noch nicht beschäftigt zu haben bzw. angegeben wurde, dass Informationen bzw. die Informationsbeschaffung in nicht unerheblichem Umfang von den Angehörigen erwartet werden (26% der Antwortenden). Am Häufigsten wurde angegeben, sich selbst mit Informationen versorgen zu können (76 % der Antwortenden). Als Informationsquelle betrachten sie dabei zu allererst die Medien (60%), gefolgt von Ärzten (33 %) und den Anbietern (26%) selbst. Spezifische Beratungsstellen (20%) und Beratungsstellen bei der Stadtverwaltung (7%) werden weniger häufig genannt. Dies rückt zum einen die zentrale Stellung der Allgemeinmediziner in den Vordergrund und eröffnet aber auch Überlegungen dahingehend, die vorhandenen Beratungsstellen für Ratsuchende besser zu publizieren.



Im Fall der Pflege soll diese vernetzende Beratungs- und Unterstützungsfunktion (Gesundheit, Pflege, Wohnen, soziale Versorgung, Rehabilitation, Teilhabe, Ehrenamt, Selbsthilfe) vom Pflegestützpunkt erfüllt werden. Inwieweit sich hier auch ältere Menschen ohne konkreten Pflegebedarf allgemein und präventiv beraten lassen können, ist gesetzlich nicht klar geregelt. Eine solche Funktion wird zunächst aber unterstellt.

In den Gesprächen der Arbeitsgruppen kam die Frage auf, wie denn Menschen, die alleine leben und nicht von Angehörigen, Nachbarn oder ambulanten Diensten betreut werden, dem vorhandenen Hilfesystem zugeführt werden können. Im Ergebnis dessen wurde festgestellt, dass es seit jeher schwierig (nahezu unmöglich) ist, ohne das Zutun des Betroffenen selbst oder von Dritten diese Menschen erreichen zu können. Das Helfersystem ist darauf ausgerichtet, auf Bedarfe, die an dieses System herangetragen werden, zu reagieren. Dies setzt das Wollen und Können der Betroffenen bzw. ihnen vertrauter Personen voraus, diese Bedarfe an das Hilfesystem zu übermitteln. Dies entspricht dem Grundsatz von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, denn es muss unterstellt werden, dass sich Situationen der Hilfebedürftigkeit für jede Person anders darstellen – insofern gibt es kein allgemein gültiges Maß, welches ein Eingreifen in die Autonomie des Einzelnen rechtfertigt. Es kommt insofern in erster Linie auf die Sensibilität und Fähigkeit jedes Einzelnen an, für sich zu sorgen. Das bedeutet, für sich selbst einen Hilfebedarf zu erkennen und sich mit diesem Anliegen an die entsprechenden Stellen zu wenden. Gleichermaßen ist auch die Sensibilität der Gesellschaft insgesamt gefordert, in der Form, dass die Menschen lernen müssen, sich (wieder) mehr umeinander zu kümmern und sich als Helfer (auch im Sinne von Informationsbeschaffung und –weitergabe) auch aktiv anzubieten.

Wichtig erschien es der Arbeitsgruppe darauf hinzuweisen, dass es in Brandenburg an der Havel ausreichend viele Stellen gibt, an denen Informationen eingeholt bzw. Bedarfe besprochen werden können. Auch wird eingeschätzt, dass dem auftretenden Bedarf bislang immer abgeholfen werden konnte. Es kommt somit darauf an, sich um die Frage zu kümmern, wie die Information über das vorhandene Angebot an den Ratsuchenden gelangt. Dies ist nach Ansicht der Arbeitsgruppe nur über eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit, die sich gezielt an bestimmte Personengruppen mit bestimmten Bedarfslagen wendet (Betroffene, Angehörige, Fachleute u. ä.) möglich.

2.3.2 Familiäre Ressourcen / Selbsthilfe

Aus der Befragung älterer Menschen ging hervor, dass die meisten Antwortenden gegenwärtig Hilfe von ihren Ehe-/ oder Lebenspartnern oder von der Familie erhalten. Zukünftig wird sich dieser Helferkreis aber reduzieren:

- durch die demografische Entwicklung, da weniger Kinder geboren wurden, die die Pflege übernehmen können und welche wiederum weniger Kinder gebären, die in zweiter Generation nicht für die Pflege zur Verfügung stehen
- durch veränderte Lebensmodelle (Singledasein, Ein-Kind-Familien, Patchworkfamilien, hohe Scheidungsrate...) -> Familien brechen auseinander und die Solidariät untereinander wird geschwächt
- durch die geforderte Flexibilität jüngerer Generationen auf dem Arbeitsmarkt, da Familien auseinanderziehen und die ältere Generation zurück bleibt, insbesondere junge Frauen wandern in beschäftigungsstärkere Regionen ab und stehen somit nicht (in Brandenburg an der Havel bzw. im Land Brandenburg) zur Familiengründung bzw. Pflege zur Verfügung

Mit der demografischen Entwicklung der jüngeren Generationen und dem Wegzug aus Beschäftigungsgründen geht ebenso auch ein massiver Fachkräftemangel einher, der sich schon jetzt in verschiedenen Branchen, u. a. auch in der Pflege, abzeichnet.

Die Bundesagentur für Arbeit hat sich mit der Thematik des zukünftigen Fachkräftebedarfes in der Pflege beschäftigt. Sie kommt zu folgenden Ergebnissen³²:

³² Bundesagentur für Arbeit (2010), Deckung des Fachkräftebedarfes im Bereich der Altenpflege“

„Bei den examinieren Altenpfleger/innen besteht ein akuter Fachkräftebedarf. Hier stehen jeder gemeldeten Stelle durchschnittlich weniger als ein Arbeitsloser gegenüber (0,4 Arbeitslose pro Stelle); bei 71,8% der gemeldeten Stellen im Bereich der Altenpflege werden examinierte Altenpfleger/-innen gesucht.

Die Attraktivität von Pflegeberufen ist aufgrund der anspruchsvollen und anstrengenden Tätigkeit sowie der Rahmenbedingungen (Schicht- und Wochenenddienste, Arbeitsbelastung, Bezahlung) nicht besonders hoch.

Nach einer aktuellen Schätzung des BIBB droht aufgrund des demografischen Wandels und dem Trend zur professionellen Pflege eine Lücke von rund 152.000 Beschäftigten³³. Gleichzeitig schätzt die Bundesagentur für Arbeit ein, dass das vorhandene Potenzial an examinieren Altenpfleger/-innen mit 3.422 Personen bundesweit sehr gering ist und somit über Qualifizierungsangebote weitere Altenpfleger gewonnen werden sollen³².

Da nicht zu erwarten ist, dass mit diesen Maßnahmen der prognostizierte Fachkräftebedarf gedeckt werden kann, ist die Frage zu stellen, wer zukünftig zur Verfügung stehen wird, um die professionelle Unterstützung (medizinisch-pflegerische Versorgung) bzw. die tägliche Unterstützung im Alltag älterer Menschen zu gewährleisten.

2.3.3 Auswirkungen

Über Informationen oder Möglichkeiten der Informationsbeschaffung sowie über Selbsthilfepotentiale zu verfügen ist ein zentrales Element für eine selbstbestimmte Lebensführung. Einschränkungen sowohl in der Verfügbarkeit von Informationen als auch von Selbsthilfepotential führen i. d. R. direkt zu Einschnitten in der Selbstversorgung und zu Abhängigkeiten von anderen (auch fremden) Menschen. Im Zuge des Erhalts einer größtmöglichen Selbstbestimmung für ältere Menschen kommt es insofern u. a. darauf an, ihnen entsprechende Informationssysteme und Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten, welche die fehlenden Selbsthilfepotentiale so weit wie möglich kompensieren.

2.3.4. Handlungsempfehlungen

Zur Sicherstellung einer größtmöglichen Selbstbestimmung älterer Menschen in Bezug auf ihre Versorgung im Alter kommt es wie zuvor beschrieben zum einen darauf an, ihnen **Informationssysteme** zu bieten, die geeignet sind, die entsprechenden Informationen an die Hilfesuchenden heranzutragen und ihnen die Hemmschwelle zu nehmen, die Informationsdienste auch abzurufen (Beratungsstellen o. ä.).

Hierzu sind eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit zu verschiedenen altersbezogenen Themen und eine den jeweiligen Zielgruppen entsprechende Ansprache (Art und Weise der Medien und der Informationsauswahl und –aufbereitung) notwendig. Bei diesen Maßnahmen sind die aus der Befragung ersichtlichen Informationsquellen älterer Menschen zu berücksichtigen.

In Bezug auf das altersgerechte Wohnen wären hier Informationen sinnvoll, die

- Bürger/-innen frühzeitig zu Alternativen zum Pflegeheim zu sensibilisieren, dies gestaffelt nach Altersgruppen
 - potentielle Nutzer/-innen über vorhandene Angebote informieren
 - potentielle Nutzer/-innen über Um- und Ausbau- sowie Finanzierungsmöglichkeiten informieren
- Bauträger und Dienstleistende über Um- und Ausbau- sowie Finanzierungsmöglichkeiten informieren

In Bezug auf eine selbstbestimmte Versorgung im Alter ist es wichtig

³³ BIBB (2010), Wer pflegt uns in Zukunft? Fachkräftemangel beim Pflegepersonal bereits jetzt absehbar, URL <http://www.bibb.de/de/56492.htm>, zuletzt eingesehen am 20.07.2011

- Informationen über Hilfen breit zu streuen unter Nutzung unterschiedlichster Publikationsmöglichkeiten und Stellen, Verteilung über bestehende einschlägige Netzwerke
- Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der potentiellen Partner anzuregen (soziale und sonstige Dienstleistungen, öffentliche Einrichtungen).

Zum anderen wird es zunehmend darauf ankommen, den Betroffenen **Unterstützungsmöglichkeiten** zu bieten, welche die schrumpfenden familiären Selbsthilfepotentiale so weit wie möglich kompensieren. Hier ist es zum einen wichtig, z. B. private Initiativen Betroffener und ihrer Angehörigen zu unterstützen. Bei den Alltagshilfen ist der Fokus auch auf die weitere Entwicklung ehrenamtlicher Unterstützungsmöglichkeiten zu lenken. Unter Berücksichtigung der immer weniger vorhandenen jüngeren Menschen sind hier vor allem auch die Beteiligungsmöglichkeiten der Senioren füreinander zu betrachten und zu befördern.

Darüber hinaus sind Angebote nach wie vor wichtig, welche die Hilfsbereitschaft der Familie erhalten. Dazu tragen z. B. Schulungsmaßnahmen und Informationsplattformen (z. B. auch Selbsthilfegruppen) für pflegende Angehörige aber auch Entlastungsangebote durch z. B. stundenweise Betreuung der Betroffenen bei. Im Fall von Pflege und insbesondere auch bei der Pflege demenzkranker Personen ist es wichtig, für die pflegenden Angehörigen zumindest stundenweise eine Entlastungsmöglichkeit zu schaffen. Dies ist möglich durch stundenweise Betreuungsangebote, wie sie von ambulanten Pflegediensten, in Tagespflegen oder in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten angeboten werden.

2.4 Lebensbereich Wohnen

2.4.1 Untersuchungsergebnisse

Mit Abnahme der Mobilität werden die Wohnung und deren Umfeld zum zentralen Lebensmittelpunkt. Aus der Befragung zur Lebenssituation älterer Menschen war deutlich zu erkennen, dass sich die Mehrheit der Befragten einen Verbleib in der eigenen Wohnung wünscht und sich nur ein gewisser Teil der Befragten Gedanken um ihre Zukunft (in Bezug auf den Wohnraum) machen. Die Umzugsbereitschaft differiert hier stark zwischen den Stadtteilen und nach Altersgruppen. Die Jüngeren stehen einem Umzug noch offen gegenüber, wobei ab dem 76. Lebensjahr diese Bereitschaft deutlich sinkt. Ein Wohnen im Pflegeheim ist für die Mehrheit keine Alternative, allerdings zeichnete sich ab, dass in den Stadtteilen, in denen Pflegeheime angesiedelt sind, die Bereitschaft doch eher gegeben ist als anderswo (z. B. in Hohenstücken, Nord und Plaue). Die Alternative Pflegeheim ist insbesondere bei den 80-89-Jährigen gegenwärtig, ab dem 90. Lebensjahr überwiegt die Vorstellung, nicht (einmal ins Pflegeheim) mehr umzuziehen. Kommt ein Umzug in Frage, so ist eine andere Wohnung dann deutlich mit Erwartungen an eine altersgerechte Ausstattung, verbunden. Eine mögliche Kostenersparnis durch den Umzug ist dabei zweitrangig.

Aus der Befragung von Anbietern altersgerechter Wohnungen wurde ersichtlich:

- es gibt bereits viele verschiedene Angebote für altersgerechtes / barrierefreies Wohnen
- diese Angebote unterliegen verschiedenen Bauträgern und Organisationsformen, es gibt auch Kooperationen zwischen Bauträgern und Dienstleistenden (Wohlfahrtspflege)
- Angebote des „Einzelwohnens mit Service“ machen den Hauptanteil aus
- Wohngruppen/-gemeinschaften und „Einzelwohnen ohne Service“ umfasst einen geringeren Marktanteil
- es gibt mehr Wohnungen ohne Belegungszwänge (z.B. WBS)
- den größten Anteil nehmen altersgerecht erstellte bzw. angepasste Wohnungen ein, DIN-gerechte Angebote sind in der Minderheit
- die konzeptionelle Ausrichtung der Angebote erfolgt oft nach den unterschiedlichen Sichtweisen ihrer Erbauer: so haben die Wohnungsbaugesellschaften eher den Fokus auf der baulichen Ausstattung; die Wohlfahrtspflege legt ihren Fokus eher auf soziale Dienstleistungen

Angebote des altersgerechten Wohnens (alle Formen: DIN-gerecht erstellte barrierefreie Wohnungen, tlw. auch für Rollstuhlfahrer geeignet, altersgerecht angepasste oder neu errichtete Wohnungen im Einzelwohnen mit und ohne Betreuung/Service, Wohngemeinschaften/Wohngruppen) bieten zum Stand November 2010 an

- 8 Wohnungsbaugesellschaften
- 13 freie Träger der Wohlfahrtspflege (gewerbliche und freigemeinnützige)
- 17 private Vermieter / Eigentümer.

Das Angebot an altersgerechten Wohnungen erweitert sich ständig. Die Herrichtung von Wohnraum für ältere Menschen erlebt derzeit in Brandenburg an der Havel einen regelrechten Boom. Einzelne Wahrnehmungen deuten allerdings darauf hin, dass hier zunächst Haushalte mit „gutem“ Einkommen bedient werden und die Nachfrage in dem geforderten Preisniveau offensichtlich auch vorhanden ist. Gleichwohl sind aber auch Fälle bekannt, in denen ein Umzug in eine altersgerechte Wohnung aus Kostengründen nicht vollzogen werden konnte. Ebenso ist unklar, welche Wohnbedingungen für ältere Haushalte im Sinne der Sozialhilfe als „angemessen“ betrachtet werden. Die für die Zukunft erwartete Fallzahlsteigerung im Rahmen der Grundsicherung im Alter (SGB XII) deutet auch auf eine zunehmende Nachfrage von Wohnraum für ältere Menschen mit geringem Einkommen auf Sozialhilfeniveau hin. Nicht kalkulierbar ist die Zahl der Haushalte, die zwischen den „guten“ Einkommen (welche die Preisforderungen für altersgerechte Wohnungen erfüllen können) und den erwarteten Haushalten im Sozialhilfebereich liegen.

2.4.2 Handlungsempfehlungen

Die formulierten Empfehlungen zum Wohnen umfassen hauptsächlich bauliche Aspekte. Altersgerechte Wohnungen

- sollten mindestens eine **Schwelfreiheit** herstellen, dies ist nicht nur für die zukünftigen Senioren, sondern für alle Bewohner/-innen von Vorteil; zu beachten sind hierbei die
 - o Zugänge zum Wohngebäude
 - o Schwellen innerhalb des Wohngebäudes
 - o Schwellen innerhalb der Wohnung
- sollten über Mehrzweckräume verfügen (zur privaten Nutzung und für Abstellmöglichkeiten der Bewohner/-innen bzw. auch für Hilfsdienste (z. B. in der ambulante Pflege)
- sollten Schutz des Wohnraumes vor Kriminalität bieten
- sollten von ihrer Lage her fußläufige Erreichbarkeit ermöglichen zu öffentlichen Verkehrsmitteln und weiteren infrastrukturellen Einrichtungen (Einkaufen, Apotheke, Bank, Post, Arzt)
- sollten in Kooperation zwischen Hauseigentümern, Bauträgern und sozialen und sonstigen Dienstleistungsanbietern geplant und betreut werden.

Hinsichtlich der zukünftig notwendigen Kapazitäten für altersgerechte Wohnungen sind an dieser Stelle keine Aussagen möglich. Das Wohnen ist ein von sehr individuellen Eindrücken und Erwartungen sowie sehr unterschiedlicher Lebensbedingungen geprägter Lebensbereich. Es lässt sich von daher nicht beschreiben, für welche spezielle Personengruppe innerhalb der über 65-Jährigen altersgerechte Wohnungen quantifiziert werden sollen. Insofern kann es zukünftig nicht darum gehen, Wohnungskapazitäten des altersgerechten Wohnens zu definieren, sondern die Sensibilität sollte darauf liegen, jeglichen neu zu errichtenden oder umzubauenden Wohnraum so herzurichten, dass er von der Mehrheit der Menschen mit Einschränkungen bewohnbar ist. Hierbei ist die Schwelfreiheit ein wesentlicher Aspekt. Zusatzausstattungen sollen im Bedarfsfall auch individuell nachgerüstet werden können. Gleichzeitig wird auch gesehen, dass schwelfreie Gebäude und Wohnungen auch leichter durch andere Generationen genutzt werden können.

Bei der Planung zukünftiger Stadtentwicklung sind die Bedarfe älterer Menschen in allen Lebenszusammenhängen zu berücksichtigen. Dies findet seinen grundlegenden Niederschlag im Rahmen der Erarbeitung des Masterplanes für die Stadt Brandenburg an der Havel. In konkreter

Form und speziell in Bezug auf das Wohnen im Alter greifen die Planungen zur Stadtentwicklung und zum Stadtumbau dieses Handlungsfeld auf und untersetzen es u. a. durch Teilraumkonzepte für bestimmte Monitoringstadtteile.

In diesem Zusammenhang wird empfohlen, die durch Stadtplanung und Stadtumbau perspektivisch entstehenden Freiflächen zur Schaffung von Begegnungsräumen zu nutzen.

2.5 Lebensbereich Versorgung

2.5.1 Untersuchungsergebnisse

Unter dem Thema Versorgung sind mehrere Aspekte zu fassen:

- Körperpflege, Waschen, Friseur
- Alltagsorganisation wie Besorgungen, Einkäufe, Kochen, Hauswirtschaft, Reparaturen
- Medizinische Versorgung durch Krankenhäuser, Ärzte, Apotheken, Therapeuten
- alltägliche Verrichtungen wie Schreiben, Lesen und Kommunizieren.

In Bezug auf die derzeitige Situation älterer Menschen, die sich in ihrer Häuslichkeit selbst versorgen, war aus der Befragung festzustellen:

- die Mehrheit der Befragten gibt an, keinen Hilfebedarf in der täglichen Versorgung zu haben, das Verhältnis zwischen Frauen und Männern ist ausgewogen, wobei Frauen tendenziell eher einen Hilfebedarf anzeigen
- bis zum 79. Lebensjahr überwiegt die Angabe „kein Hilfebedarf“, ab dem 80. Lebensjahr kehrt sich dies deutlich um
- die Art des angezeigten Hilfebedarfes differiert nach Geschlecht, Alter und nach Stadtteilen, den größten Hilfebedarf gibt es bei Reparaturen und Transporten (eher die 50-79-Jährigen), gefolgt von Hauswirtschaftshilfen (eher die 80 Jährigen und älter) und Hilfe beim PC (alle Altersgruppen!, allerdings abnehmend mit zunehmendem Alter)
- neben der Familie sind es zunächst die sozialen Dienstleistenden, die Hilfe gewähren, Ehrenamtliche spielen gegenwärtig in der Versorgung in der Häuslichkeit eine untergeordnete Rolle
- ca. 30 Personen (von 750) gaben an, einen Hilfebedarf zu haben aber keine Hilfe
- Versorgungsstrukturen wie Geschäfte, Haltestellen ÖPNV, Post, Bank, Apotheke, Ärzte/Ärztehaus, Gastronomie, Ruhezonen, Freizeit- und Begegnungsstätten sowie Ruhezonen und auch Spielplätze, Kindergärten und Schulen (Aspekt der Generationenmischung) sind nach Angabe der Befragten in allen Stadtteilen vorhanden.

In Auswertung dieser Angaben lassen sich folgende Aussagen formulieren:

- es gibt in Brandenburg an der Havel ein breites Netz an Hilfen (im Alltag, bei Krankheit, Behinderung und/oder Pflege) zur Versorgung in der Häuslichkeit
- gemeldete Bedarfsfälle werden (bislang) durch unterschiedliche Stellen (hauptamtliche und ehrenamtliche Strukturen) befriedigt (durch Beratung und Unterstützung)
- in Bezug auf Pflege wird erwartet, dass sich die Anbieter unter der Bedingung des erwähnten Fachkräftebedarfes der perspektivischen Nachfrage so gut wie möglich anpassen werden, da aufgrund der Pflegeversicherung eine Finanzierungsgrundlage für die Nutzer/-innen besteht
- in Bezug auf die medizinische Versorgung wird erwartet, dass sich die Situation bezüglich des Ärztemangels verschärfen wird – eine Steuerung liegt aber in Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Es kommt insofern darauf an, dafür zu sorgen, dass die Betroffenen/Angehörigen die Informationen über das Hilfesystem erhalten können und dann auch darauf hinzuwirken, sie rechtzeitig / frühzeitig dazu zu motivieren, den eigenen Hilfebedarf zu erkennen und nach geeigneten Hilfen zu suchen.

Wichtig erschien der Arbeitsgruppe auch die Aussage, dass es für die Betroffenen einen enormen Stellenwert hat, wenn sie in die Lage versetzt werden, sich selbst versorgen zu können. Es ist durchaus nicht dasselbe, ob z. B. jemand den Einkauf für jemanden besorgt oder ob jemand zur Verfügung steht, der den Betroffenen selbst beim Einkaufen unterstützt (Begleitdienst). Letzteres birgt ein sehr viel höheres Maß an Selbstbestimmung und damit an Lebensqualität.

2.5.2 Handlungsempfehlungen

Unter dem Aspekt der Gewährleistung einer größtmöglichen selbstständigen Versorgung wurden von den Arbeitsgruppen folgende grundlegende Anforderungen an das Versorgungssystem formuliert:

- Versorgungsleistungen sollen fußläufig für Bevölkerung erreichbar sein → insofern sind wohnortnahe Angebote innerhalb eines Sozialraumes zu erhalten bzw. auf ihre Entstehung hinzuwirken, bzw.
- auf den Erhalt bzw. die Erhöhung der Versorgungsdichte (z. B. durch Bringdienste, fliegende Händler) sollte hingewirkt werden
- Versorgungseinrichtungen sollten mindestens wie folgt gestaltet sein, um älteren Menschen eine Selbstversorgung zu ermöglichen:
 - o Schwellenfreier Zugang
 - o Aufenthaltsmöglichkeiten/Ruhemöglichkeiten innerhalb der Einrichtungen und Sozialräume
- Kooperationen zwischen den verschiedenen Akteuren sollten hergestellt bzw. besser genutzt werden (Planung, Sachkundige, Umsetzende).

Darüber hinaus kann die Stadt ihrer Verantwortung zur Daseinsvorsorge in diesem Sektor über die Sicherstellung flankierender Unterstützungsstrukturen gerecht werden (Beratungs-, Begleitungs- und Freizeitangebote). In diesem Segment spielen eine wesentliche Rolle:

- Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Erhalt / Stärkung Selbsthilfe
- Stärkung des familiären/nachbarschaftlichen Helferpools
- Stärkung von ehrenamtlichen Hilfen in der Häuslichkeit
- Stärkung von Begleitdiensten
- Sicherstellen und Entwicklung von Beratungs- und Begleitungsangeboten
- Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten
- Erhalt und Erweiterung freizeitbezogener Angebote

Durch die weitere Entwicklung bürgerschaftlichen Engagements speziell für Seniorenarbeit kann hier in gewissem Umfang eine Kostendämpfung angestrebt werden.

Durch positive Präsenz in der Öffentlichkeit von Projekten aus dem Bereich Ehrenamt und Selbsthilfe in der Seniorenarbeit können breite Schichten der Bevölkerung für dieses Thema sensibilisiert werden in der Erwartung, den oder die ein/e oder andere/n Bürger/in für ein bürgerschaftliches Engagement zu gewinnen.

Notwendig ist hierfür die Sicherstellung einer gewissen Struktur, welche diese inhaltliche Arbeit begleiten kann. Zu nennen sind hier die vielfältige Trägerlandschaft, in der sich ehrenamtliches Engagement entfalten und entwickeln kann sowie der Erhalt des Freiwilligenzentrums bzw. der Selbsthilfekontaktstelle als Zentrum und Anlaufstelle für alle Fragen der Betroffenen und von potentiellen Partnern sowie zur Initiierung und Begleitung von Interessierten und von einzelnen Projekten.

2.6 Lebensbereich Teilhabe

2.6.1 Untersuchungsergebnisse

Teilhabe im Sinne dieser Planung umfasst sowohl die politischen und gesellschaftlichen Aktivitäten älterer Menschen als auch Möglichkeiten der Freizeitgestaltung.

In Brandenburg an der Havel gibt es diverse Möglichkeiten, für alle Altersgruppen, sich politisch und/oder gesellschaftlich zu engagieren – sei es in den Parteien, in den vielen Vereinen und Organisationen, in Seniorenvertretungen oder Bürgerinitiativen oder durch die Wahrnehmung von Ehrenämtern.

Im Rahmen dieser Planung wurde versucht, die Vorlieben älterer Menschen in Bezug auf ihre Freizeitaktivitäten herauszufinden. In der Befragung älterer Menschen zu ihrer Lebenssituation kam klar heraus, dass Freizeit einen hohen Stellenwert hat. Die jeweiligen Aktionsmöglichkeiten hängen aber in entscheidendem Maße vom Gesundheitsempfinden, der Mobilität jedes einzelnen und auch vom verfügbaren Einkommen ab. Insbesondere Menschen ab dem 80. / 85. Lebensjahr sehen sich in ihren Freizeitaktivitäten erheblich eingeschränkt.

Die Mehrheit beschäftigt sich außerhalb der eigenen vier Wände (körperliche, geistige Fitness, Veranstaltungen, Verabredungen, Reisen etc). Dies schränkt sich erst bei den über 90-Jährigen abrupt ein. 36 % der Antwortenden geben an, sich mit Verantwortung am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen (Vereine, Parteien, Bürgerorganisationen, Beiräte, Selbsthilfegruppen, Ehrenämter). Lediglich 8 % der Befragten sehen für sich keine Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Dies wird bei den älteren Befragten am häufigsten mit Einschränkungen in der Gesundheit begründet, bei den jüngeren Befragten bzw. über 90-Jährigen aufgrund geringer Finanzen.

Die Befragung der Anbieter altersgerechter Wohnungen ergab, dass sie bereits sehr aufmerksam die Wünsche nach Freizeitangeboten ihrer Bewohner/-innen registrieren und fast alle diesen Wünschen durch entsprechende Angebote nachkommen. Dabei bieten sie die meisten Angebote direkt im Haus an oder zumindest in der näheren Umgebung. Nur teilweise wird auf Angebote im Wohngebiet verwiesen. Bei den Freizeitaktivitäten handelt es sich um Aktivitäten wie Sport, Bewegung, Tanz, Veranstaltungen, gefolgt von Fahrten, Feiern und Spielangeboten.

In Brandenburg an der Havel gibt es derzeit 17 (Senioren)-Begegnungsstätten (Einrichtungen, in denen sich Senioren aufhalten können und wo ihnen Beschäftigungs- und Aktionsmöglichkeiten geboten werden) in 6 Stadtteilen. Hinzu kommen jegliche öffentliche Räume, in denen sich Menschen aufhalten und miteinander kommunizieren können – das können z. B. die Bibliothek, der Park oder der Marktplatz sein, das Theater, das Café oder Ausstellungen und Veranstaltungen privater und gemeinnütziger Initiatoren. Weitere Freizeitmöglichkeiten bieten z. B. die vielen Sportgruppen, kunstbezogene Gruppen und Organisationen sowie auch Bildungsstätten.

In Brandenburg an der Havel gibt es somit eine breite Vielfalt an Teilhabemöglichkeiten. Die Angebote und Aktionsräume sind auf verschiedene Stadtteile verteilt. Inwiefern sie ausreichend und für jeden sinnvoll und tatsächlich erreichbar sind, ist von sehr individuellen Faktoren abhängig und wurde an dieser Stelle nicht abschließend untersucht.

2.6.2 Handlungsempfehlungen

Generell wird eingeschätzt, dass die Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten der Menschen gleicher und verschiedener Altersgruppen ein wichtiger Bestandteil für Teilhabe darstellt. Diese Räume müssen erhalten bzw. entwickelt werden.

In Bezug auf das Wohnen im Alter und der Sicherung von Teilhabemöglichkeiten für ältere Menschen

- sollten altersgerechte Wohnungen im Zusammenspiel mit Wohnmöglichkeiten für jüngere Generationen erstellt werden
- sollten Begegnungsmöglichkeiten zwischen den Generationen innerhalb des Wohnangebotes / Wohnumfeldes geschaffen werden.

In Bezug auf Sport, Bildung und Kultur sollten seniorenspezifische Themen und differenzierte Bewegungsangebote in Abstimmung auf die jeweiligen körperlichen Fähigkeiten der Senioren entwickelt werden. An dieser Stelle wird auf die Erarbeitung der Kulturentwicklungskonzeption der Stadt Brandenburg an der Havel (2010) sowie auf die Planungen zur Entwicklung des Sports in der Stadt Brandenburg an der Havel verwiesen.

Auch in Bezug auf die touristische Entwicklung unserer Stadt für die Zielgruppe der Senioren werden von der Arbeitsgruppe Entwicklungspotentiale gesehen:

- Wassertourismus auch für bewegungseingeschränkte Personen entwickeln
- Sensibilisierung von Anbietern für bewegungseingeschränkte Personen erhöhen (behindertengerechte Busse einsetzen, Breite von Wegstrecken für Rollstühle beachten etc.)
- Beteiligung älterer Menschen an der Pflege der Anlagen entwickeln
- Parkanlagen aufwerten (mit Sinnespfaden, Gymnastikelementen, Ruhemöglichkeiten)

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Aussage der o. g. Arbeitsgruppe, dass Art und Maß der Möglichkeit zur Teilhabe sehr subjektiv geprägt ist – jeder Mensch definiert diesen Bereich für sich selbst und entscheidet über die Art und das Maß seiner Aktivitäten nach seinen individuellen Kriterien und Möglichkeiten. Es gibt also weder die richtige Art noch ein zu erfüllendes Maß an Angeboten; wichtig ist vielmehr, dass die Menschen in die Lage versetzt werden, aus verschiedenen Möglichkeiten auswählen zu können. Dies richtet sich sowohl an die gesundheitsbezogenen Fähigkeiten der Menschen als auch an strukturelle Rahmenbedingungen. Anders gesagt: es muss ein wählbares Angebot zur Verfügung stehen und auch erreichbar sein.

In diesem Sinne werden folgende weitere Empfehlungen gegeben:

- Erhalt und ggf. Erweiterung freizeitbezogener Angebote unter Berücksichtigung der Entwicklung der Altersstrukturen und zielgruppenspezifische Vermarktung der Angebote, hier sind auch die Bedürfnisse der alt gewordenen Menschen mit (geistigen) Behinderungen zu berücksichtigen (als Richtwert für das Jahr 2020 könnte herangezogen werden: 1 Treffpunkt pro Monitoringstadtteil oder 1 Treffpunkt auf 1.000 Menschen ab 65 Jahre)
- Ausbau der generationsübergreifenden Angebote Jung/Alt
- Bündelung von Ressourcen durch Vernetzung und Kooperation von Angeboten

- Fußläufigkeit ermöglichen
- Zeiten berücksichtigen
- Zugänglichkeit (Schwellenfreiheit) herstellen
- Mobilität verbessern (Fahr/Bringe/Begleitedienste)
- Treffpunkte so lagern, dass natürliche Grenzen und verkehrsbedingte Voraussetzungen berücksichtigt werden
- Begegnungen so planen, dass größtmögliche Einzugsbereiche davon profitieren
- Einbeziehung der umliegenden Stadtteile

Darüber hinaus fordert die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), auch neue Beteiligungsformen für Senioren auf der Ebene des Bundes, der Länder und Kommunen zu entwickeln – und zwar mit ihnen und nicht für sie³⁴. Die Entwicklung dieser Beteiligungsformen wird hiermit als Anregung aufgegriffen.

³⁴ BAGSO (2005), Positionspapier Politische Teilhabe älterer Menschen, S. 3

2.7 Allgemeine Handlungsempfehlungen

Zum einen ist das Vorhandensein von Versorgungsstrukturen eine wesentliche Bedingung, um beeinträchtigten Menschen ein Leben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Das Zusammenspiel aller vorhandenen, notwendigen und sinnvollen Maßnahmen zu organisieren ist aber ebenso wichtig: sowohl für das Wohlbefinden des Betroffenen als auch für die Schonung der Helfersysteme. Wie gut diese Vernetzung verschiedenster Akteure gelingt hängt in erster Linie von der Art und Weise ab, wie jedes Individuum die Versorgungs- und Kommunikationsstrukturen wahrnimmt und damit umgeht:

- der Betroffene und seine Angehörigen bzw. sozialen Netze
- der Berater in den Beratungsstellen und Diensten
- die professionellen und ehrenamtlichen Hilfskräfte
- die Strukturen vorhaltenden Anbieter.

Sowohl den Betroffenen und seinen bereits vorhandenen Helfern aber insbesondere auch den professionellen Helfern obliegt hier eine besondere Verantwortung. Sie müssen mit hoher Sensibilität erkunden, mit welchen notwendigen und geeigneten Mitteln eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann und müssen über das Know-how verfügen, um die daran beteiligten Kosten- und Leistungsträger einzubinden.

Die Firma Ramboll Management Consulting³⁵ entwickelte hierzu ein Stufenmodell, welches die Steuerungsebenen für wirksames Handeln am konkreten Einzelfall veranschaulicht. Es setzt die Lebenslagen von Betroffenen in Abhängigkeit von ihren Beeinträchtigungen in ein abgestuftes vertikales Balkendiagramm, wobei der oberste und längste Balken die geringsten Beeinträchtigungen und die größte Lebensqualität und im Gegensatz dazu der unterste und kürzeste Balken die größten Beeinträchtigungen und eine geringe Lebensqualität versinnbildlicht.

->Die Kernaussagen dieser Darstellungen sind:

-mit jedem Fall auf die nächst untere Stufe

- erhöht sich der Hilfebedarf
- erhöhen sich die Kosten
- verringert sich die Lebensqualität

-> die Schlussfolgerung daraus ist:

Je länger der Hilfebedürftige auf der oberen Stufe verbleibt, umso besser für alle Beteiligten (Hilfebedürftiger, Leistungsträger, Kostenträger). Daraus ergeben sich eine alle Beteiligten vereinende Basis und ein gemeinsames Ziel:

- den längstmöglichen Erhalt auf der jeweils höheren Stufe sicherstellen bzw.
- ein Abgleiten auf die nächst niedrigere Stufe zu verhindern oder zu verzögern.

Dieses miteinander abgestimmte Vorgehen würde Lebensqualität längstmöglich erhalten und Kosten dämpfen. Wie in diesem Bericht erläutert, sind die entsprechenden Rahmenbedingungen zu erhalten bzw. zu schaffen.

³⁵ Ramboll Management Consulting (2010), Pflegestützpunkt – Chance für die Etablierung einer lokalen Pflegeinfrastruktur, Vortrag beim MASF, Juni 2010

3.0 Zusammenfassung der Empfehlungen

Die im Einzelnen bezogen auf die drei Lebensbereiche WOHNEN, VERSORGUNG und TEILHABE sowie bezogen auf die Einflussfaktoren GESUNDHEIT/MOBILITÄT, EINKOMMEN, INFORMATION/SELBSTHILFE dargestellten Empfehlungen lassen sich wie folgt tabellarisch zusammenfassen:

Bereich	Maßnahme	Auswirkung auf			Verantwortliche/ Beteiligte
		Wohnen	Versorgung	Teilhabe	
Gesundheit/ Mobilität	Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen		x	X	Stadt Träger/Anbieter Med. Versorgung
	Erleichterungen für Personen mit Einschränkungen beim Laufen Sehen Sprechen	x	x	x	Stadt (öffentlicher Raum/eig. Einrichtungen) Handel, Gastronomie
	Zugänglichkeit herstellen zu Gebäuden und Plätzen	x	x	x	Stadt (öff.Raum/eig. Einrichtungen) Träger/Anbieter Wohnungsbau
	Erreichbarkeit (infrastrukturell, zeitlich) sicherstellen	x	x	x	Stadt Träger/Anbieter
Einkommen	Einkommensentwicklung berücksichtigen bei Planung, Organisation und Vermarktung von Angeboten	x	x	x	Träger/Anbieter Wohnungsbau
	Unterstützungsmöglichkeiten zum Bezug altersgerechter Wohnungen für einkommensschwache Personen prüfen	x			Stadt
Information / Selbsthilfe	Information aufbereiten und zur Verfügung stellen zur - Sensibilisierung Gesellschaft - Sensibilisierung Betroffene/Angehörige - Darstellung des Versorgungssystems	x	x	x	Stadt Beratungsstellen Pflegestützpunkt
	Stärkung privater Initiativen	x	x	x	Stadt
	Erhalt / Stärkung Selbsthilfe				Stadt Träger/Anbieter Selbsthilfekontaktstelle
Wohnen	Empfehlungen für bauliche und technische Ausstattung, Verkehrslage, Preis	x			Wohnungsbau

Bereich	Maßnahme	Auswirkungen auf			Verantwortliche / Beteiligte
		Wohnen	Versorgung	Teilhabe	
Versorgung	Empfehlungen für Erreichbarkeit – Wohnortnähe herstellen		x		Träger/Anbieter Dienstleistung Handel, Gewerbe Med./pfleg. Einrichtungen
	Versorgungsdichte erhalten bzw. erhöhen		x		Träger/Anbieter Dienstleistung Handel, Gewerbe Med./pfleg. Dienste
	Stärkung familiären/nachbarschaftlichen Helferpools	x	x	x	Stadt Träger / Anbieter
	Stärkung ehrenamtlicher Hilfen in der Häuslichkeit	x	x	x	Stadt Freiwilligenzentrum
Fortsetzung Versorgung	Empfehlungen für Gestaltung von Versorgungseinrichtungen (baulich)		x		Träger / Anbieter Dienstleistung Handel, Gewerbe
	Kooperation zwischen den Akteuren herstellen	x	x	x	Stadt (Moderation) Träger / Anbieter Dienstleistung Handel, Gewerbe Wohnungsbau Med./Pflegerische Dienste Sachkundige
	Erhalt bzw. Entwicklung von Beratungsangeboten Begleitungsangeboten	x	x	x	Stadt in Kooperation mit Träger / Anbieter
Teilhabe	Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten	x	x	x	Stadt Träger / Anbieter Wohnungsbau
	Generationenaustausch – und -unterstützung fördern	x	x	x	Stadt Träger / Anbieter Wohnungsbau
	Berücksichtigung seniorenpezifischer Belange bei Sport,- und Kultur,- und Bildungsangeboten			x	Träger / Anbieter Stadt (Kulturmanagement, Amt f. Schule u. Sport)
	Empfehlungen zur Ausrichtung touristischer Angebote			x	Amt f. Wirtschaftsförderung, Stadtmarketing,
	Erhalt ggf. Erweiterung freizeitbezogener Angebote			x	Stadt in Kooperation mit Träger / Anbieter
	Entwicklung neuer Beteiligungsformen für Senioren			x	Stadt mit weiteren Akteuren
	Empfehlungen zur Gestaltung von Angeboten			x	

4. Abkürzungen

AfSBB	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BRB	Stadt Brandenburg an der Havel, FG Statistik und Wahlen
DMP	Desease-Management-Programme
GdB	Grad der Behinderung
IFT	Institut für Therapieforschung München
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
LASV	Landesamt für Soziales und Versorgung
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Landesregierung Brandenburg (heute MASF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie)
SGB II	Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende -
SGB XII	Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch – Sozialhilfe -