

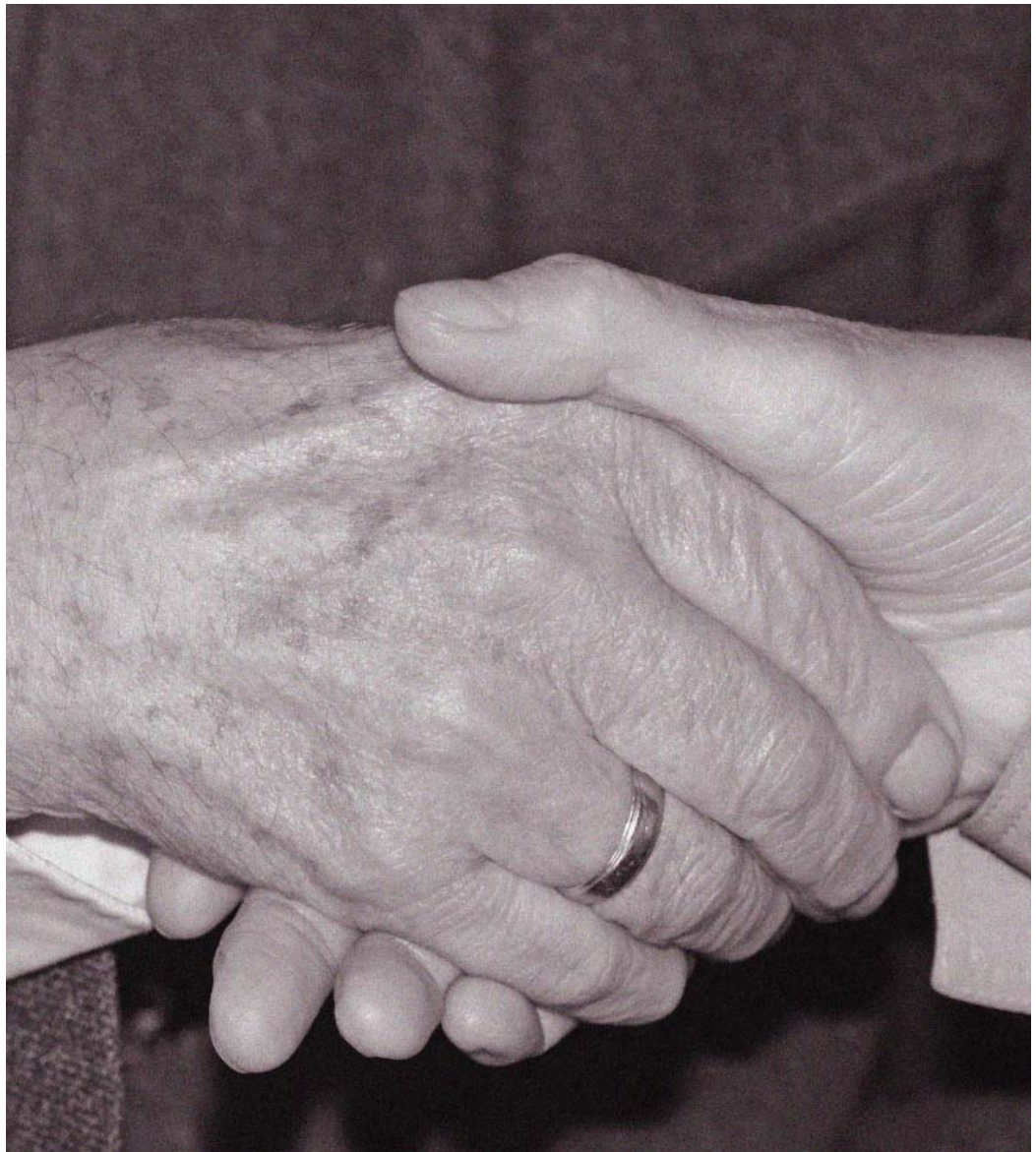
# Partizipative Altersplanung 2011

Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben  
im Alter in der Landeshauptstadt Stuttgart

Sozialamt

Referat Soziales, Jugend und Gesundheit

Landeshauptstadt Stuttgart



# Partizipative Altersplanung 2011

Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben  
im Alter in der Landeshauptstadt Stuttgart

Landeshauptstadt Stuttgart

Referat Soziales, Jugend und Gesundheit

Sozialamt



# Impressum

## Herausgeber

Landeshauptstadt Stuttgart

Sozialamt - Stabsstelle Sozialplanung, Sozialberichterstattung  
und Förderung der freien Wohlfahrtspflege

Eberhardstraße 33, 70173 Stuttgart

Telefon: 0711 216-6819

E-Mail: sozialplanung@stuttgart.de

## Lenkungsgruppe

Walter Tattermusch

Gabriele Reichhardt

Isolde Faller

Theresa Rütten

Klaus-Edelmann

Thomas Drautz

Alexander Gunsilius

## Projektleitung Stabsstelle Sozialplanung

Thomas Drautz

Alexander Gunsilius

## Expertengruppe aus dem Hilfesystem der Stuttgarter Altenhilfe

Dr. Karl-Heinz Bartel	Treffpunkt Senior
Wolfgang Bernlöhr	Der Paritätische Baden-Württemberg
Kenan Can	Interkultureller Pflegedienst
Dr. Angelika Daiker	Hospiz St. Martin
Irina Deitche	Palliativ-Netz Stuttgart
Petra Eberle-Dittus	Diakoniestation Stuttgart
Margit Fink	Katholisches Stadtdekanat Stuttgart
Ruthild Gohla	Deutsches Rotes Kreuz Stuttgart e. V.
Kurt Greschner	Caritasverband für Stuttgart e.V.
Prof. Dr. Eckart Hammer	Evangelische Hochschule Ludwigsburg
Ingrid Hastedt	Wohlfahrtswerk Baden-Württemberg
Peter Hoffmann	Arbeiterwohlfahrt Stuttgart e. V.
Renate Krausnick-Horst	Stadtseniorenrat Stuttgart e. V.
Dr. Klaus Obert	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Dr. Christine Pfeffer	Hospiz Stuttgart
Bernhard Schneider	Eigenbetrieb Leben und Wohnen
Günther Schwarz	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Peter Steudler	Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH
Norbert Tobisch	Siedlungswerk GmbH
Richard Viziotis	Pflegedienst Stuttgart-West
Dr. Andrej Zeyfang	Bethesda Krankenhaus Stuttgart
Erhard Brändle	Landeshauptstadt Stuttgart
Ulrich Dilger	Landeshauptstadt Stuttgart
Thomas Drautz	Landeshauptstadt Stuttgart
Klaus-Dieter Edelmann	Landeshauptstadt Stuttgart
Jodok Erb	Landeshauptstadt Stuttgart
Iris Frank	Landeshauptstadt Stuttgart
Axel Fricke	Landeshauptstadt Stuttgart
Alexander Gunsilius	Landeshauptstadt Stuttgart
Dr. Ursula Matschke	Landeshauptstadt Stuttgart
Gari Pavkovic	Landeshauptstadt Stuttgart
Gabriele Reichhardt	Landeshauptstadt Stuttgart
Theresa Rütten	Landeshauptstadt Stuttgart
Rosel Tietze	Landeshauptstadt Stuttgart

### **Textbeiträge**

Dr. Karl-Heinz Bartel	Treffpunkt Senior
Irina Deitche	Palliativ-Netz Stuttgart
Dr. Katrin Gebicke	Palliativ-Netz Stuttgart
Ursula Kremer-Preiß	Kuratorium Deutsche Altershilfe
Prof. Dr. Herbert Schubert	Fachhochschule Köln
Günther Schwarz	Netzwerk Demenz
Thomas Drautz	Landeshauptstadt Stuttgart
Klaus-Dieter Edelmann	Landeshauptstadt Stuttgart
Jodok Erb	Landeshauptstadt Stuttgart
Isolde Faller	Landeshauptstadt Stuttgart
Alexander Gunsilius	Landeshauptstadt Stuttgart
Renate Metzger	Landeshauptstadt Stuttgart
Michael Monzer	Landeshauptstadt Stuttgart
Sabrina Pott	Landeshauptstadt Stuttgart
Jochen Rathkamp	Landeshauptstadt Stuttgart
Gabriele Reichhardt	Landeshauptstadt Stuttgart
Theresa Rütten	Landeshauptstadt Stuttgart
Silvia Schaal	Landeshauptstadt Stuttgart
Walter Tattermusch	Landeshauptstadt Stuttgart
Rosel Tietze	Landeshauptstadt Stuttgart

### **Redaktionelle Unterstützung**

Petra Raubenheimer-Fruck, Petra Martina Schäfer

### **Fotografie**

Isabel Fezer

### **Layout**

Margit Slavik

### **Druck**

Schwäbische Druckerei, Stuttgart

© Landeshauptstadt Stuttgart, Juli 2011

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen,  
dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers und des Titels.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1</b>	<b>Soziodemografische Entwicklung</b> 13
1.1	Soziodemografische Zusammensetzung der älteren Bevölkerung der Landeshauptstadt Stuttgart 13
1.1.1	Alterszusammensetzung der Bevölkerung ab 50 Jahren 15
1.1.2	Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Geschlecht 16
1.1.3	Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Paareigenschaft und Einpersonenhaushalte 17
1.1.4	Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund 18
1.1.5	Verteilung der Bevölkerung ab 50 Jahren in den Stadtbezirken 20
1.2	Prognose von Zahl und Anteil der Bevölkerung 30
1.2.1	Prognose von Zahl und Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahren 30
1.2.2	Prognose von Zahl und Anteil älterer Frauen 32
1.2.3	Prognose von Zahl und Anteil der älteren nicht deutschen Bevölkerung 33
1.2.4	Prognose der räumlichen Verteilung der älteren Bevölkerung 33
1.2.5	Zusammenfassung der Prognose bis 2025 35
1.3	Armut im Alter 36
1.3.1	Lage in der Landeshauptstadt Stuttgart 37
1.4	Bürgerumfrage 2009 in der Landeshauptstadt Stuttgart 43
1.4.1	Bedeutung der privaten Altersvorsorge 44
1.4.2	Wie sorgen die Stuttgarter Bürger privat für das Alter vor? 48
1.5	Handlungsempfehlungen 52
<b>2</b>	<b>Ziele und Strukturen einer Partizipativen Altersplanung</b> 53
2.1	Partizipative Altersplanung 53
2.2	Ziele einer Partizipativen Altersplanung 54
2.3	Strukturmodell einer Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart 55
2.4	Handlungsempfehlungen 57
<b>3</b>	<b>Vernetzung und Quartiersentwicklung</b> 59
3.1	Vernetzung und Quartiersentwicklung 59
3.1.1	Exkurs „Altersbilder“ 60
3.2	Fachtag Partizipative Altersplanung am 15. Oktober 2010 im Stuttgarter Rathaus 62
3.2.1	Vernetzungen – Quartier – Handlungsempfehlungen für die Partizipative Altersplanung 62
3.2.2.	Quartierskonzepte – eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe 65
3.3.	Handlungsempfehlungen 69
<b>4</b>	<b>Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter</b> 71
4.1	Allgemeine Daseinsvorsorge und Alltagsbewältigung 71
4.1.1	Bürgerservice Leben im Alter 71
4.1.2	Fachliche Standards und Leitsätze 71
4.1.3	Aufgaben und Funktion der Stadtteilbüros 72
4.1.4	Fachstellen „Stationäre Einrichtungen“ und „Wohnen und Kurzzeitpflege“ 73
4.1.5	Aktuelle Entwicklungen 74
4.1.5.1	Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII (Sozialhilfe) 75
4.1.5.2	Case Management (CM) 75
4.1.5.3	Menschen mit Migrationshintergrund 75

	Seite	
4.1.5.4	Sucht im Alter	77
4.1.5.5	Altenarbeit und Altenhilfe im Quartier	77
4.1.5.6	Pflegeweiterentwicklungsgesetz – Pflegestützpunkte – Pflegeberatung	78
4.1.6	Pflegeberatung	79
4.1.7	Ausblick	79
4.2	Gesellschaftliche Teilhabe und Angebote zur Lebensgestaltung	81
4.2.1	Teilhabe Älterer stärken	81
4.2.2	Begegnungsstätten	82
4.2.2.1	Darstellung der verschiedenen Arten der Begegnungsstätten	83
4.2.2.2	Leitbilder der Begegnungsstätten	84
4.2.2.3	Grundsätzliche Zielstellungen der Begegnungsstättenarbeit	84
4.2.2.4	Grundsätzliche Aufgabenstellungen der Begegnungsstätten	85
4.2.2.4.1	Begegnung und Bildung	85
4.2.2.4.2	Beratung und Vermittlung	85
4.2.2.4.3	Kooperation und Vernetzung	86
4.2.2.4.4	Öffentlichkeitsarbeit	86
4.2.2.4.5	Förderung von Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement	86
4.2.2.5	Zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten der Begegnungsstätten	86
4.2.2.5.1	Interkulturelle Öffnung der Begegnungsstätten für ältere Migrantinnen und Migranten	87
4.2.2.5.2	Öffnung der Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren mit geistiger oder mehrfacher Behinderung	87
4.2.2.5.3	Schnittstelle Begegnungsstätten und gerontopsychiatrische Beratungsdienste (GerBera)	89
4.2.2.5.4	Bürgerschaftliches Engagement in den Begegnungsstätten ausbauen	92
4.2.2.5.5	Schnittstelle Begegnungsstätten – Bürgerservice Leben im Alter	93
4.2.3	Altenerholung	93
4.2.3.1	Ziele	94
4.2.3.2	Zielgruppen	94
4.2.3.3	Schlussfolgerungen	95
4.2.4	Treffpunkt Senior	96
4.2.5	StadtSeniorenRat Stuttgart e. V.	98
4.2.5.1	Beratungs- und Beschwerdestelle des StadtSeniorenRates Stuttgart e. V	98
4.2.6	Generationendialog	99
4.2.7	Handlungsempfehlungen	103
4.3	Partizipation und bürgerschaftliches Engagement	104
4.3.1	Partizipation in der Bürgergesellschaft	105
4.3.2	Bürgerschaftliches Engagement in Stuttgart	106
4.3.3	Handlungsempfehlungen	110
4.4	Wohnen im Alter	111
4.4.1	Selbstbestimmtes Wohnen im Alter	111
4.4.1.1	Befunde zum demografischen und sozialen Wandel	111
4.4.2	Anstoß eines Paradigmenwechsels beim Wohnen im Alter	112
4.4.2.1	Erster Ansatz: Entwicklung neuer selbstbestimmter Wohnformen	113
4.4.2.1.1	Betreutes Seniorenwohnen	113
4.4.2.1.2	Selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen	114
4.4.2.1.3	Ambulante betreute Seniorenwohngruppen	116
4.4.2.2	Zweiter Ansatz: Stärkung des selbstbestimmten Wohnens in der vertrauten Häuslichkeit	118

	Seite
4.4.2.2.1 Wohnberatung und Wohnungsanpassung	118
4.4.2.2.2 Wohnortnahe Dienstleistungen	118
4.4.2.2.3 Kommunale Beratung, Vermittlung und Koordination	119
4.4.2.2.4 Betreutes Wohnen zu Hause	119
4.4.2.2.5 Unterstützungsangebote der Wohnungswirtschaft	120
4.4.2.2.6 Wohnen mit Hilfe	120
4.4.2.2.7 Virtuelle Wohnprojekte	121
4.4.2.3 Dritter Ansatz: Selbstbestimmtes Wohnen im Quartier	122
4.4.3 Handlungsempfehlungen	124
4.5 Gesundheit	125
4.5.1 Lebenserwartung	125
4.5.1.1 Die Lebenserwartung der Stuttgarter Bürger	125
4.5.1.2 Die Lebenserwartung im bundesweiten Vergleich	127
4.5.2 Pflegebedürftigkeit	127
4.5.2.1 Pflegebedürftigkeit in der Landeshauptstadt Stuttgart	128
4.5.2.2 Differenzierung der Pflegebedürftigkeit	129
4.5.2.3 Zukunftsprognosen zur Pflegebedürftigkeit	132
4.5.3 Gesunde Lebenserwartung unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit	133
4.5.3.1 Die gesunde Lebenserwartung in der Landeshauptstadt Stuttgart	134
4.5.3.2 Beeinflussbarkeit der gesunden Lebenserwartung	134
4.5.3.3 Limitation	134
4.5.4 Bürgerumfrage 2009 zum Gesundheitszustand	135
4.5.4.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit	135
4.5.4.2 Chronische Erkrankungen	138
4.5.4.3 Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Krankheit	139
4.5.4.4 Zusammenhänge von Gesundheit und sozioökonomischem Hintergrund	141
4.5.5 Fazit	143
4.5.6 Handlungsempfehlungen	143
4.6 Pflege	145
4.6.1 Hintergrund	145
4.6.2 Pflegebedürftigkeit in der Landeshauptstadt Stuttgart	145
4.6.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen	148
4.6.4 Potenziale einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur	150
4.6.5 Pflegende Angehörige	153
4.6.6 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Pflege	159
4.6.7 Palliative Care und Palliativ-Netz Stuttgart	160
4.6.7.1 Palliativ-Netz Stuttgart	161
4.6.8 Kernpunkte und Zielbestimmungen einer sozialraum-orientierten Pflegeinfrastruktur	163
4.6.8.1 Systematische Sozialraumorientierung und Quartiersbezug	164
4.6.8.2 Professionelle Hilfeinstanzen – Weiterentwicklung hinsichtlich Ambulantisierung, Differenzierung und Flexibilisierung	165
4.6.8.2.1 Stationäre Pflege	165
4.6.8.2.2 Ambulante Dienste	166
4.6.8.2.3 Tagespflege	167
4.6.8.3 Integrierte Beratung und Case Management	168
4.6.8.4 Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen	169



	Seite
4.6.8.5. Individualisierung der Finanzierung zur Unterstützung des Care und Case Managements	169
4.6.8.6. Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements und Vernetzung von Hilfeinstanzen	170
4.6.9 Handlungsempfehlungen	171
4.7 Gerontopsychiatrische Versorgung und Demenz	173
4.7.1 Prävalenz Gerontopsychiatrischer Erkrankungen und Demenz	173
4.7.2 Gerontopsychiatrische Beratungsdienste (GerBera)	177
4.7.3 Vernetzung verschiedener Ebenen und Quartiersentwicklung	181
4.7.4 Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven	181
4.7.4.1 Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit	182
4.7.4.2 Informationen vernetzen	182
4.7.4.3 Vernetzung und Schnittstellen	182
4.7.4.4 Früherkennung und Aufklärung	183
4.7.4.5 Inklusion	183
4.7.4.6 Sozialräumlicher Bezug	184
4.7.5 Angebotsspektrum und spezielle Entwicklungsbedarfe	184
4.7.5.1 Angebote für Demenzkranke	185
4.7.5.1.1 Beratung	185
4.7.5.1.2 Niederschwellige Betreuung	185
4.7.5.1.3 Medizinische und psychiatrische Versorgung	185
4.7.5.1.4 Therapeutische Angebote	186
4.7.5.1.5 Ambulante Pflege	186
4.7.5.1.6 Tagespflege	187
4.7.5.1.7 Stationäre Pflege	187
4.7.5.1.8 Angebote für jüngere demenzkranke Menschen	188
4.7.5.2 Angebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Migranten	188
4.7.5.2.1 Kulturelle Normen und Gewohnheiten	188
4.7.5.2.2 Verlust deutscher Sprachkenntnisse	189
4.7.5.2.3 Entwurzelungsthematik	189
4.7.5.2.4 Fehlende Kenntnisse und Tabuisierung	190
4.7.5.2.5 Moderne Ansätze	190
4.7.5.3 Angebote für ältere Menschen mit Depression	190
4.7.5.4 Angebotsbezogene Entwicklungsperspektiven in der ambulanten Unterstützung für alle Zielgruppen gerontopsychiatrisch Erkrankter	191
4.7.6 Handlungsempfehlungen	193
5 Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung	195
5.1 Gesellschaftliche Teilhabe	195
5.1.1 Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander	195
5.1.2 Vorbereitung auf den Ruhestand	197
5.1.3 Tagesstruktur und Öffnung von Begegnungsstätten	197
5.1.4 Wohnen	199
5.1.5 Fazit	200
5.2 Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz	201
5.3 Handlungsempfehlungen	202

	Seite	
6	Anhang	203
6.1	Bürgerservice Leben im Alter	203
6.2	Altenerholung	204
6.3	Begegnungsstätten	205
6.4	Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte	207
6.5	Gesprächsgruppen für pflegende und trauernde Angehörige	209
6.6	Mobile Soziale Dienste	210
6.7	Pflegedienste	211
6.8	Tagespflege	215
6.9	Pflegeheime	216
6.10	Betreute Seniorenwohnungen	219
6.11	Städtische Förderung für Angebote und Einrichtungen älterer Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart	223
6.11.2	Treffpunkt Senior (vgl. Kapitel 4.2.4)	223
6.11.3	Altenerholung (vgl. Kapitel 4.2.3)	223
6.11.4	Förderbereich Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit	223
6.11.4.1	Besuchsdienste für isoliert lebende ältere Menschen mit psychischen Schwierigkeiten	224
6.11.4.2	Gesprächskreise für pflegende und hinterbliebene Angehörige	225
6.11.4.3	Betreuungsgruppen für an Alzheimer erkrankte oder verwirrte ältere Menschen	225
6.11.4.4	Hol- und Bringdienste	226
6.11.5	Förderbereich Palliative Care	226
6.11.5.1	Ambulantes Hospiz	226
6.11.5.2	Sterbebegleitung / Sitzwachen	227
6.11.6.	Stationäre Mittagstische	231
6.11.7	Organisierte Nachbarschaftshilfe und Mobile Soziale Dienste	232
6.11.7.1	Gemeinsames Profil der organisierten Nachbarschaftshilfe und der Mobilien Sozialen Dienste	233
6.11.7.2	Förderrichtlinien	238
6.11.7.3	Perspektiven und Maßnahmen	239
6.12	Vernetzungen im Quartier - vier Handlungsebenen für die partizipative Altersplanung,	240
6.13	Quartierskonzepte - eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe	253
6.14	Wegweiser Demenz Stuttgart	281



Partizipation, Vernetzung und Quartierskonzepte sind in den letzten Jahren zu Schlüsselbegriffen in der kommunalen Altersplanung geworden. Die Weiterentwicklung der traditionellen Altenhilfeplanung zu einer Partizipativen Altersplanung bedeutet, dass sich der Blick weniger auf Defizite richtet und dafür mehr die Potentiale und Möglichkeiten der älteren Bürger<sup>1</sup> in ihrem Wohnumfeld in den Mittelpunkt gestellt werden.

Die zukünftigen Herausforderungen aufgrund des demografischen und gesellschaftlichen Wandels sind im Rahmen der bisherigen Strukturen nicht mehr zu bewältigen. Deshalb ist es notwendig, neue Vernetzungs- und Quartierskonzepte auf der Basis partizipativer Planungsbündnisse zu entwickeln. An diesen Bündnissen sind die Kommune, soziale Dienstleister, die Wohnungswirtschaft sowie die Bürger zu beteiligen. Die daraus entstehende praktische Netzwerkarbeit aktiviert gesellschaftliche Ressourcen und verhindert Fehlentwicklungen. Aus diesen Gründen wurde im Rahmen der Beratungen des Doppelhaushalts 2010/2011 vom Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart beschlossen, dass der Altenhilfeplan 2005 - 2010 im Sinne einer Partizipativen Altersplanung fortgeschrieben wird.

Eine Partizipative Altersplanung unterstützt und fördert folgende Rahmenzielsetzung:

- In der Landeshauptstadt Stuttgart ist es den Bürgern möglich, aktiv und selbstbestimmt, bedürfnisorientiert und auf der Basis einer Vielfalt von Angeboten und Möglichkeiten abgesichert älter zu werden.

Aus der Rahmenzielsetzung lassen sich weitere Ziele ableiten:

- Eine Partizipative Altersplanung initiiert kontinuierliche Planungsprozesse und begleitet dialogorientiert die Entscheidungsfindung auf strategischer, operativer und regionenbezogener Ebene. Eine systematische Einbeziehung der unterschiedlichen Akteure bildet die Grundlage.
- Die kommunale Partizipative Altersplanung wirkt moderierend und aktivierend in den Planungsprozessen.
- Eine Partizipative Altersplanung verbindet die Kompetenz sozialer Organisationen, des bürgerschaftlichen Engagements und der kommunalen Institutionen. Über die dadurch entstehenden geteilten Verantwortungsbereiche können die Herausforderungen des demografischen Wandels besser und innovativer gestaltet werden.
- Eine Partizipative Altersplanung berücksichtigt die differenzierten Altersbilder einer modernen Gesellschaft.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Altenplan vorwiegend die männliche Form verwendet. Bei speziellen Aussagen und Auswertungen nach Geschlecht werden die weibliche und die männliche Form ausgewiesen.

Im Hinblick auf die Situation älterer arbeitsloser Menschen und dem Thema „Altersarmut“ wurde die soziodemografische Betrachtung für Menschen ab dem 50. Lebensjahr vorgenommen. Da die private Altersvorsorge immer mehr an Bedeutung gewinnt, wurden die Ergebnisse der Bürgerumfrage, bei der sich die Sozialverwaltung erstmalig mit zwei Fragen zu diesem Thema 2009 beteiligte, ausgewertet.

Der vorliegende Altenplan zeigt der Politik, den Bürgern, der freien Wohlfahrtspflege und der kommunalen Sozialplanung die Gestaltungsaufgaben auf, die der gesellschaftliche Wandel in den kommenden Jahren einer modernen Stadtgesellschaft abverlangt.

In den Kapiteln

- Soziodemografische Entwicklung (Kapitel 1),
- Ziele und Strukturen einer Partizipativen Altersplanung (Kapitel 2),
- Vernetzung und Quartiersentwicklung (Kapitel 3),
- Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter (Kapitel 4) und
- Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (Kapitel 5)

werden Handlungsempfehlungen benannt.

Die begonnenen Prozesse sollen in den kommenden Jahren im Sinne einer Partizipativen Altersplanung fort- und umgesetzt werden. Dieser Altenplan gibt die entscheidenden Impulse für die Weiterentwicklung und neue Ausrichtung.

# 1 Soziodemografische Entwicklung

## 1.1 Soziodemografische Zusammensetzung der älteren Bevölkerung der Landeshauptstadt Stuttgart

Die Analyse der gegenwärtigen und die Prognose der künftigen Stuttgarter Altersstruktur ist die Grundlage der Altersplanung. Auf dieser Grundlage können Politik und Sozialplanung auf einen sich verändernden Bedarf rechtzeitig reagieren.

Auf der Basis dieser Überlegungen wird im Folgenden eine Aufschlüsselung der Alterskategorien von 50 Jahren bis über 85 Jahren in Fünfjahresschritten und nach bestimmten demografischen und sozialen Merkmalen vorgenommen<sup>1</sup>.

Von „alten“ Menschen sprechen Statistik und Altenplanung erst ab dem 75. Lebensjahr, „Hochbetagte“ oder „Hochaltrige“ werden Menschen ab dem 85. Lebensjahr genannt.

Die statistischen Daten der Bevölkerungsentwicklung belegen, dass sich die Zahl und der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung verändert haben (vgl. Alter werden in Stuttgart: Strukturen, Entwicklungen, Perspektiven (Altenhilfeplanung 2005 - 2010)). Einer sinkenden Anzahl jüngerer Menschen steht eine Zunahme der älteren Bevölkerung gegenüber.

Im allgemeinen Sprachgebrauch ist mit Altersstruktur fast immer die Altersverteilung der Bevölkerung gemeint. Die grafische Darstellung dieser Verteilung wird auch als Alterspyramide oder Bevölkerungspyramide bezeichnet. Alle Bevölkerungspyramiden machen den Altersaufbau zu einem bestimmten Zeitpunkt sichtbar. Historische Ereignisse haben ihre Spuren im Altersaufbau der Bevölkerung hinterlassen. So sind die schwächeren Besetzungszahlen bei den älteren Männern im Vergleich zu den Frauen (die Asymmetrie der Alterspyramide im obersten Abschnitt) nicht nur auf die höhere weibliche Lebenserwartung zurückzuführen. Kriegsfolgen, Veränderungen des generativen Verhaltens, der medizinische Fortschritt und Wanderungsbewegungen, insbesondere Zuwanderungen aus dem Ausland, haben Auswirkungen auf die Alterspyramide. Die Einschnitte in der Bevölkerungspyramide bei den 63-Jährigen sind z. B. eine Folge von kurzfristigen Geburtenausfällen gegen Ende des Zweiten Weltkrieges.

Die „Baby-Boom-Generation“ (Jahrgänge 1955 - 1965) befindet sich bald im „älteren Erwerbsalter“ und wird zur Alterung der Beschäftigtenstruktur beitragen. Das Geburtentief der siebziger Jahre führte auch zu einem weiteren Einschnitt im Altersaufbau bei den heute 18- bis 22-Jährigen. Während die Geburtenzahlen in den achtziger Jahren relativ konstant blieben, kam es in den neunziger Jahren abermals zu einem Geburtenrückgang, der die Basis der aktuellen Bevölkerungspyramide deutlich verschmälerte.

---

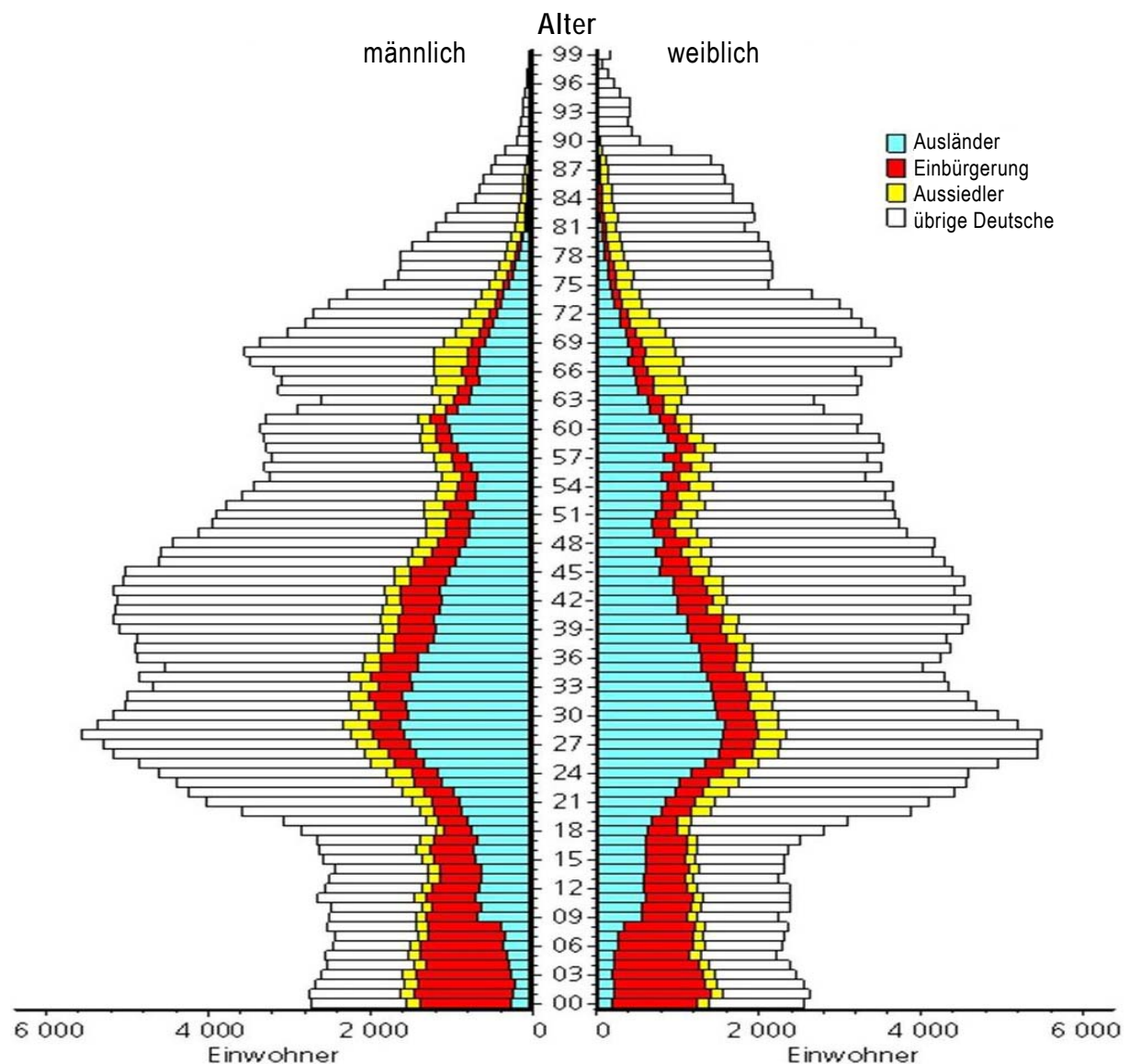
<sup>1</sup> Im Altenhilfeplan der Landeshauptstadt Stuttgart (2005-2010) wurde das 55. Lebensjahr als untere Altersgrenze angesetzt. In dieser Fortschreibung wird, mit dem Ziel einer nachhaltigen Planung, die Altersgrenze auf das 50. Lebensjahr gesenkt.

Die Alterspyramide der Landeshauptstadt Stuttgart (vgl. Abb. 1) im Jahr 2009 zeigt ein Bild, bei dem die Generation, die in ca. 30 Jahren in das Rentenalter tritt, die stärksten Jahrgänge stellt. Die Geburtenjahrgänge der derzeitigen Kindergeneration sind zudem zahlenmäßig weitaus schwächer, als die der Generation, die demnächst in das Rentenalter tritt.

Allgemein zeigt die Alterspyramide einen von zahlreichen äußeren Ereignissen überformten Altersaufbau. Deutlich werden der Frauenüberschuss im Rentenalter, die Geburtenausfälle nach den Weltkriegen sowie weltweiten Krisen und die Sekundärberge und -täler geburtensarker und geburtenschwacher Jahrgänge im Generationenabstand.

Am Fuß der Pyramide ist die Relation zwischen den Anteilen eingebürgerter und deutscher Kinder auffallend. Der Anteil der Kinder mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist seit der Einführung des neuen Staatsangehörigkeitsrechts zum 01.01.2000 stark rückläufig.

Abbildung 1: Alterspyramide Landeshauptstadt Stuttgart (31.12.2009)



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Ausgehend von der Alterspyramide der Landeshauptstadt Stuttgart (vgl. Abb. 1) wird im Folgenden die Zusammensetzung der Bevölkerung (31.12.2009) ab einem Lebensalter von 50 Jahren aufgezeigt.

### 1.1.1 Alterszusammensetzung der Bevölkerung ab 50 Jahren

Zum Stichtag 31.12.2009 sind in der Landeshauptstadt Stuttgart 212.007 Personen 50 Jahre und älter, das entspricht einem Anteil von 36 % der Einwohner von 592.966 Einwohnern insgesamt (vgl. Tabelle 1). Der Anteil der Einwohner ab 60 Jahren liegt über 20 % (23,8 %), das bedeutet, dass fast jeder vierte Einwohner Stuttgarts bereits nahe dem oder im Rentenalter ist. Dieser Anteil hat sich im Verhältnis zum letzten Altenhilfeplan nicht verändert. Von der Bevölkerung, die 50 Jahre und älter ist, ist die größte Altersgruppe die der 50- bis unter 55-Jährigen (mit 17 %).

Tabelle 1: Alterszusammensetzung der Bevölkerung ab 50 Jahren

Altersgruppen	Anzahl	in % ab 50 Jahren	in % der Gesamtbevölkerung
unter 50 Jahren	380.959	0	64,2
50 bis unter 55 Jahren	37.498	17,7	6,3
55 bis unter 60 Jahren	33.378	15,7	5,6
60 bis unter 65 Jahren	30.131	14,2	5,1
65 bis unter 70 Jahren	32.678	15,4	5,5
70 bis unter 75 Jahren	30.172	14,2	5,1
75 bis unter 80 Jahren	19.492	9,2	3,3
80 bis unter 85 Jahren	14.733	6,9	2,5
85 Jahre und älter	13.925	6,6	2,3
gesamt ab 50 Jahren	212.007	100,0	35,8
gesamt	592.966		100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009



### 1.1.2 Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Geschlecht

Insgesamt leben zum Stichtag 31.12.2009 in der Landeshauptstadt Stuttgart 115.318 Frauen und 96.689 Männer ab 50 Jahren.

Tabelle 2 vergleicht die Anzahl und den Anteil der Frauen ab 50 Jahren mit dem der gleichaltrigen Männer. Bei den jüngeren Altersgruppen von 50 bis unter 70 Jahren ist das Geschlechterverhältnis noch relativ ausgeglichen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch der Frauenanteil aufgrund der höheren Lebenserwartung und dem Frauenüberhang in den Generationen, die vom Zweiten Weltkrieg betroffen waren. Das zeigt sich vor allem am Geschlechterverhältnis der „Hochbetagten“ ab 85 Jahren. Hier liegt der Frauenanteil bei über 75 %. Der Anteil an Frauen bei den 80- bis unter 85-Jährigen hat im Vergleich zum letzten Altenhilfeplan des Sozialamtes (2005 bis 2010) von 71,9 % um fast 9 % abgenommen. Das bedeutet, dass der Effekt des Frauenüberhangs durch den Zweiten Weltkrieg allmählich abnimmt.

Tabelle 2: Verhältnis Frauen / Männer der Bevölkerung ab 50 Jahren

Altersgruppen ab 50 Jahren	Männer	Frauen	Frauenanteil in %
50 bis unter 55 Jahren	19.026	18.472	49,3
55 bis unter 60 Jahren	16.064	17.314	51,9
60 bis unter 65 Jahren	14.877	15.254	50,6
65 bis unter 70 Jahren	15.723	16.955	51,9
70 bis unter 75 Jahren	13.795	16.377	54,3
75 bis unter 80 Jahren	8.450	11.042	56,6
80 bis unter 85 Jahren	5.397	9.336	63,4
85 Jahre und älter	3.357	10.568	75,9
<b>insgesamt ab 50 Jahren</b>	<b>96.689</b>	<b>115.318</b>	<b>54,4</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

### 1.1.3 Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Paareigenschaft und Einpersonenhaushalte

Von den Haushalten mit einem Haushaltsvorstand ab 50 Jahren leben im Jahr 2009 mehr als die Hälfte ohne Partner (vgl. Tabelle 3). Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Haushalte, in denen Personen ohne Partner leben, kontinuierlich zu. Dieser Anteil liegt bei den Einwohnern ab 85 Jahren bei rund 80 %.

Tabelle 3: Paareigenschaft ab 50 Jahren

Haushalte ab 50 Jahren	Haushalte mit Partner	Haushalte ohne Partner	ohne Partner in %
50 bis unter 55 Jahren	11.090	12.446	52,9
55 bis unter 60 Jahren	9.847	10.906	52,6
60 bis unter 65 Jahren	9.943	9.350	48,5
65 bis unter 70 Jahren	10.850	10.534	49,3
70 bis unter 75 Jahren	9.874	10.226	50,9
75 bis unter 80 Jahren	6.071	7.437	55,1
80 bis unter 85 Jahren	3.605	6.715	65,1
85 Jahre und älter	1.776	7.139	80,1
<b>insgesamt ab 50 Jahren</b>	<b>63.056</b>	<b>74.753</b>	<b>54,2</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Wenn dazu die Einpersonenhaushalte betrachtet werden (vgl. Tabelle 4) wird deutlich, dass fast die Hälfte (46 %) der älteren Bevölkerung ab 50 Jahren in einem Einpersonenhaushalt lebt. Die Anzahl der Einpersonenhaushalte nimmt mit steigendem Alter stetig zu. So sind 42 % der Haushalte in der Altersgruppe der 50- bis unter 55-Jährigen Einpersonenhaushalte. In der Altersgruppe ab 85 Jahren sind es hingegen 67 %.

Tabelle 4: Einpersonenhaushalte in der älteren Bevölkerung

Altersgruppen ab 50 Jahren	Einpersonenhaushalte	
	Anzahl	in % an allen Haushalten
50 bis unter 55 Jahren	9.918	42,1
55 bis unter 60 Jahren	9.139	44,0
60 bis unter 65 Jahren	8.076	41,9
65 bis unter 70 Jahren	9.209	43,1
70 bis unter 75 Jahren	8.838	44,0
75 bis unter 80 Jahren	6.309	46,7
80 bis unter 85 Jahren	5.698	55,2
85 Jahre und älter	5.984	67,1
<b>insgesamt</b>	<b>63.171</b>	<b>45,8</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Der Anteil der Haushalte, die ohne Partner leben (vgl. Tabelle 3), ist wesentlich größer als der Anteil der Einpersonenhaushalte (vgl. Tabelle 4). Es ist davon auszugehen, dass rund 10 % der Haushaltsvorstände ohne Partner, aber nicht alleine leben. Mit steigendem Alter wächst der Bedarf, mit jemandem zusammenzuwohnen, der einen im Alltag unterstützen kann.

#### 1.1.4 Zusammensetzung der älteren Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund

Im Jahr 2009 haben in der Landeshauptstadt Stuttgart insgesamt 21 % der Einwohner keine deutsche Staatsangehörigkeit. Bei der Bevölkerung ab 50 Jahren beträgt der Anteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit 17 %. Der Anteil der nicht deutschen Einwohner ist in Bezug zur Gesamtbevölkerung höher als bei den Einwohnern ab 50 Jahren. Den größten Anteil der nicht deutschen Bevölkerung ab 50 Jahren bilden die Kroaten, gefolgt von den Türken, Italienern und Griechen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Nicht deutsche Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit	Anzahl	in % der Gesamtbevölkerung	Anzahl ab 50 Jahren	in % der älteren Bevölkerung ab 50 Jahren
deutsch	467.851	78,9	175.903	83,0
griechisch	13.070	2,2	4.760	2,2
italienisch	13.348	2,3	4.589	2,2
übrige EU-Staaten	23.044	3,9	6.047	2,9
kroatisch	12.191	2,1	5.695	2,7
serbisch	9.306	1,6	3.434	1,6
türkisch	21.158	3,6	4.994	2,4
sonstige Staaten	32.998	5,6	6.585	3,1
gesamt	592.966	100,0	212.007	100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Ausgehend von allen Einwohnern in der Landeshauptstadt Stuttgart haben zum 31.12.2009 (in der Gesamtbevölkerung) fast 40 % einen Migrationshintergrund<sup>2</sup>. Bei der Bevölkerung ab 50 Jahren sind es hingegen nur 30 %. Der Anteil der eingebürgerten Einwohner ist in der Gesamtbevölkerung mit 11 % wesentlich höher als bei der Bevölkerung ab 50 Jahren mit 5 %. Der Anteil der Aussiedler ist jedoch bei den Einwohnern ab 50 Jahren mit 8 % höher als in der Gesamtbevölkerung (6 %).

Tabelle 6: Einwohner mit Migrationshintergrund

Hintergrund	Anzahl	in % der Gesamtbevölkerung	Anzahl ab 50 Jahren	in % der Bevölkerung ab 50 Jahren
nicht deutsch	125.115	21,1	36.104	17,0
Einbürgerung	67.571	11,4	10.960	5,2
Aussiedler	37.687	6,4	17.283	8,2
deutsch ohne Migrationshintergrund	362.593	61,1	147.660	69,6
gesamt	592.966	100,0	212.007	100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Wenn dazu das Herkunftsland der Einwohner mit Migrationshintergrund betrachtet wird, ist festzustellen, dass der größte Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung aus der Türkei stammt, bei der Bevölkerung ab 50 Jahren aber zu gleichen Anteilen aus Kroatien und der Türkei (vgl. Tabelle 7).

Dies sind für die Sozialplanung wichtige Anhaltspunkte, um passgenaue Hilfen für ältere Migranten entwickeln zu können.

Tabelle 7: Bezugsland der Einwohner mit Migrationshintergrund ab 50 Jahre

Bezugsland	Anzahl	in % der Gesamtbevölkerung	Anzahl ab 50 Jahren	in % der älteren Bevölkerung ab 50 Jahren
deutsch	362.593	61,1	147.660	69,6
griechisch	15.701	2,6	5.031	2,4
italienisch	16.998	2,9	5.115	2,4
übrige EU-Staaten	44.068	7,4	17.541	8,3
kroatisch	15.080	2,5	6.128	2,9
serbisch	13.935	2,4	4.896	2,3
türkisch	35.479	6,0	6.325	3,0
sonstige Staaten	89.112	15,0	19.311	9,1
gesamt	592.966	100,0	212.007	100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

<sup>2</sup> Als Personen mit Migrationshintergrund werden „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ bezeichnet.

### 1.1.5 Verteilung der Bevölkerung ab 50 Jahren in den Stadtbezirken

Die Analyse der Verteilung der älteren Bevölkerung auf die Stadtbezirke ist grundlegend für eine gezielte Altersplanung. Die Anzahl und der Anteil der älteren Bevölkerung in den Stadtbezirken werden in Tabelle 8 dargestellt, die Anzahl und der Anteil der Teilaltersgruppen in den Stadtbezirken stellt Tabelle 9 dar.

Von den 592.966 Einwohnern, die in der Landeshauptstadt Stuttgart am 31.12.2009 leben, sind 36 % älter als 50 Jahre (vgl. Tabelle 1). Vergleicht man die prozentuale Verteilung der Gesamtbevölkerung über das Stadtgebiet mit der Verteilung der Einwohner, die 50 Jahre und älter sind, lassen sich keine großen Abweichungen erkennen (vgl. Tabelle 8). Obwohl die Stadtbezirke Bad Cannstatt und Ost sehr hohe absolute Zahlen bei den Einwohnern ab 50 Jahren vorweisen, bedeutet dies nicht, dass deren Anteil überdurchschnittlich hoch ist. In diesen stark besiedelten Stadtgebieten liegt sogar ein leicht unterdurchschnittlicher Anteil der Einwohner ab 50 Jahren vor.

Einen sehr hohen prozentualen Anteil von Menschen ab 50 Jahren haben die Stuttgarter Stadtbezirke Sillenbuch, Botnang, Mühlhausen, Degerloch und Möhringen. Dort sind jeweils über 40 % der Einwohner 50 Jahre und älter. In den Innenstadtbezirken Mitte, Süd und West wohnen prozentual die wenigsten Einwohner ab 50 Jahren (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Anzahl und Anteil der älteren Bevölkerung in den Stadtbezirken

Stadtbezirke	Einwohner insgesamt		Einwohner ab 50 Jahren insgesamt		
	Anzahl	in %	Anzahl	in % je Stadtbezirk	in % der Gesamtstadt
Mitte	22.680	3,8	6.530	28,8	3,1
Nord	26.222	4,4	8.972	34,2	4,2
Ost	47.727	8,0	16.389	34,3	7,7
Süd	44.227	7,5	14.053	31,8	6,6
West	51.746	8,7	15.984	30,9	7,5
Bad Cannstatt	67.859	11,4	22.843	33,7	10,8
Birkach	6.727	1,1	2.681	39,9	1,3
Botnang	13.408	2,3	5.793	43,2	2,7
Degerloch	16.698	2,8	6.945	41,6	3,3
Feuerbach	28.049	4,7	10.428	37,2	4,9
Hedelfingen	9.362	1,6	3.552	37,9	1,7
Möhringen	30.358	5,1	12.198	40,2	5,8
Mühlhausen	25.979	4,4	11.188	43,1	5,3
Münster	6.411	1,1	2.444	38,1	1,2
Obertürkheim	8.447	1,4	3.039	36,0	1,4
Plieningen	13.035	2,2	4.739	36,4	2,2
Sillenbuch	24.161	4,1	10.515	43,5	5,0
Stammheim	12.135	2,0	4.614	38,0	2,2
Untertürkheim	16.490	2,8	6.009	36,4	2,8
Vaihingen	45.520	7,7	15.051	33,1	7,1
Wangen	8.670	1,5	3.174	36,6	1,5
Weilimdorf	31.487	5,3	11.966	38,0	5,6
Zuffenhausen	35.568	6,0	12.900	36,3	6,1
<b>Stuttgart insgesamt</b>	<b>592.966</b>	<b>100,0</b>	<b>212.007</b>	<b>35,8</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Karte 1: Anteil der älteren Bevölkerung ab 50 Jahren in den Stadtbezirken

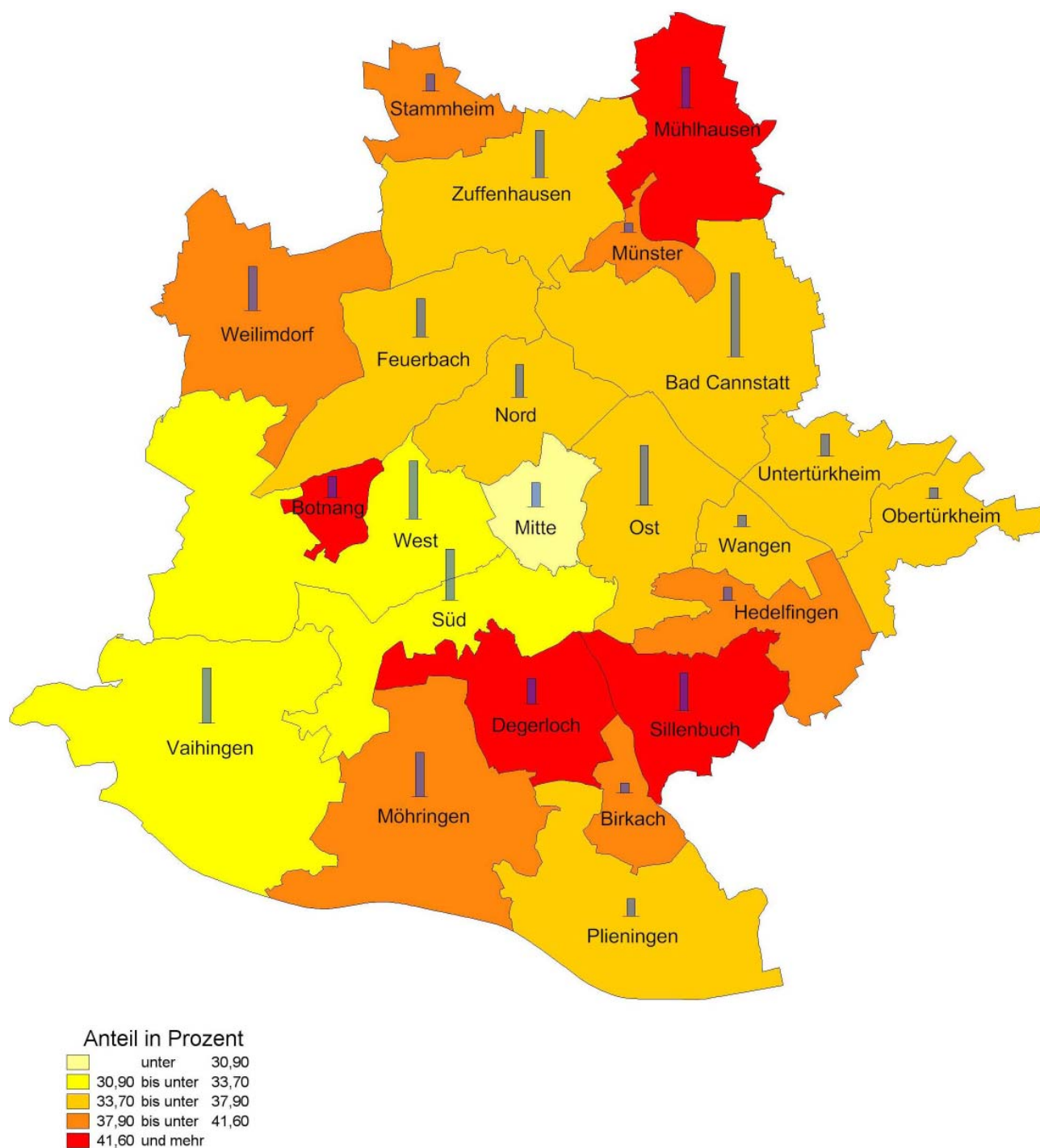


Tabelle 9: Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahren in den Stadtbezirken nach Altersgruppen

Stadtbezirke	50 bis unter 55	in % ab 50	55 bis unter 60	in % ab 50	60 bis unter 65	in % ab 50	65 bis unter 70	in % ab 50	70 bis unter 75	in % ab 50	75 bis unter 80	in % ab 50	80 bis unter 85	in % ab 50	85 und älter	in % ab 50
Mitte	1.304	20,0	1.262	19,3	1.066	16,3	995	15,2	771	11,8	460	7,0	349	5,3	323	4,9
Nord	1.599	17,8	1.462	16,3	1.295	14,4	1.350	15,0	1.175	13,1	787	8,8	651	7,3	653	7,3
Ost	3.081	18,8	2.636	16,1	2.436	14,9	2.477	15,1	2.172	13,3	1.444	8,8	1.064	6,5	1.079	6,6
Süd	2.696	19,2	2.409	17,1	2.247	16,0	2.163	15,4	1.835	13,1	1.069	7,6	777	5,5	857	6,1
West	2.915	18,2	2.620	16,4	2.421	15,1	2.419	15,1	2.043	12,8	1.340	8,4	1.052	6,6	1.174	7,3
Bad Cannstatt	4.255	18,6	3.895	17,1	3.495	15,3	3.420	15,0	3.126	13,7	2.081	9,1	1.392	6,1	1.179	5,2
Birkach	445	16,6	345	12,9	350	13,1	381	14,2	372	13,9	230	8,6	245	9,1	313	11,7
Botnang	790	13,6	753	13,0	767	13,2	1.020	17,6	973	16,8	555	9,6	497	8,6	438	7,6
Degerloch	1.114	16,0	987	14,2	817	11,8	1.181	17,0	1.044	15,0	658	9,5	521	7,5	623	9,0
Feuerbach	1.801	17,3	1.555	14,9	1.556	14,9	1.662	15,9	1.489	14,3	980	9,4	735	7,0	650	6,2
Hedelfingen	638	18,0	562	15,8	537	15,1	589	16,6	523	14,7	299	8,4	214	6,0	190	5,3
Möhringen	1.939	15,9	1.673	13,7	1.530	12,5	1.787	14,6	1.975	16,2	1.340	11,0	1.019	8,4	935	7,7
Mühlhausen	1.755	15,7	1.672	14,9	1.472	13,2	1.720	15,4	1.761	15,7	1.235	11,0	894	8,0	679	6,1
Münster	389	15,9	339	13,9	348	14,2	373	15,3	337	13,8	246	10,1	220	9,0	192	7,9
Obertürkheim	598	19,7	478	15,7	413	13,6	453	14,9	466	15,3	284	9,3	168	5,5	179	5,9
Plieningen	825	17,4	721	15,2	613	12,9	746	15,7	718	15,2	471	9,9	349	7,4	296	6,2
Sillenbuch	1.540	14,6	1.394	13,3	1.362	13,0	1.784	17,0	1.620	15,4	1.022	9,7	885	8,4	908	8,6
Stammheim	994	21,5	822	17,8	629	13,6	621	13,5	692	15,0	410	8,9	261	5,7	185	4,0
Untertürkheim	976	16,2	937	15,6	910	15,1	962	16,0	952	15,8	541	9,0	356	5,9	375	6,2
Vaihingen	2.672	17,8	2.342	15,6	1.941	12,9	2.419	16,1	2.192	14,6	1.429	9,5	1.056	7,0	1.000	6,6
Wangen	591	18,6	485	15,3	468	14,7	481	15,2	466	14,7	305	9,6	197	6,2	181	5,7
Weilimdorf	2.165	18,1	1.893	15,8	1.649	13,8	1.752	14,6	1.741	14,5	1.122	9,4	930	7,8	714	6,0
Zuffenhausen	2.416	18,7	2.136	16,6	1.809	14,0	1.923	14,9	1.729	13,4	1.184	9,2	901	7,0	802	6,2
Stuttgart insgesamt	37.498	17,7	33.378	15,7	30.131	14,2	32.678	15,4	30.172	14,2	19.492	9,2	14.733	6,9	13.925	6,6

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Im gesamten Stadtgebiet der Landeshauptstadt Stuttgart sind 4,9 % der Einwohner ab 50 Jahren hochaltrig (vgl. Tabelle 10). Das Wissen um die Verteilung der Hochaltrigen in den Stadtbezirken ist wichtig, da mit steigendem Alter die Hilfsbedürftigkeit und die Abhängigkeit von Einrichtungen mit sozialer Infrastruktur (u. a. mobile Pflegedienste, haushaltsnahe Dienstleistungen) zunehmen.

In den Innenstadtbezirken Ost und West (1.079 und 1.174 Einwohner ab 85 Jahren) sowie im Bezirk Bad Cannstatt (1.179 Einwohner ab 85 Jahren) leben absolut die meisten Hochaltrigen. Prozentual gesehen leben in den Stadtbezirken Birkach (11,7 %), Degerloch (9 %) und Sillenbuch (8,6 %) die meisten Hochaltrigen.

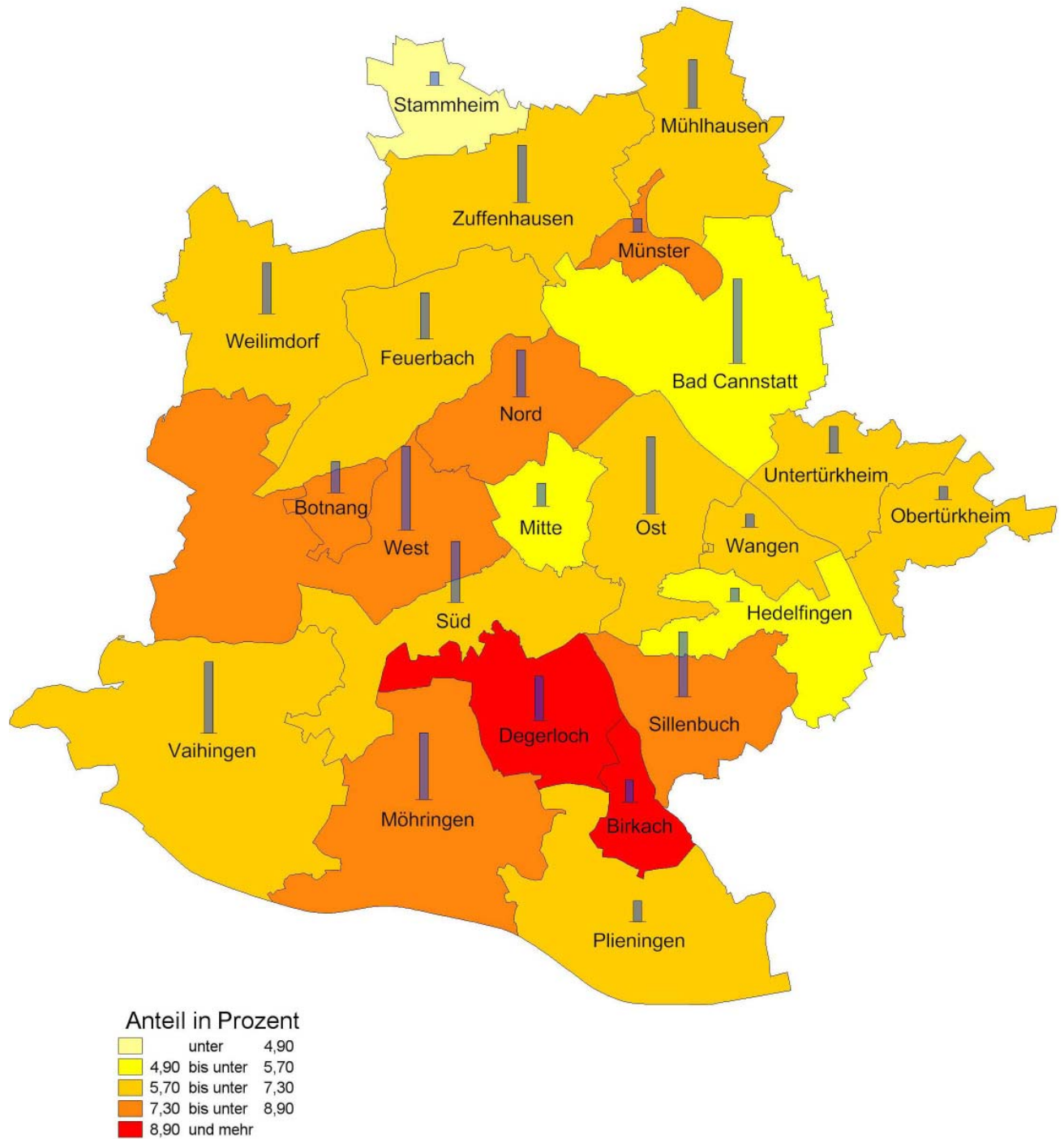
Tabelle 10: Hochbetagte und ihr Anteil an der Bevölkerung ab 50 Jahren

Stadtbezirke	Einwohner ab 50 Jahren Anzahl	Hochbetagte ab 85 Jahren	
		Anzahl	Anteil in %
Mitte	6.530	323	4,9
Nord	8.972	653	7,3
Ost	16.389	1.079	6,6
Süd	14.053	857	6,1
West	15.984	1.174	7,3
Bad Cannstatt	22.843	1.179	5,2
Birkach	2.681	313	11,7
Botnang	5.793	438	7,6
Degerloch	6.945	623	9,0
Feuerbach	10.428	650	6,2
Hedelfingen	3.552	190	5,3
Möhringen	12.198	935	7,7
Mühlhausen	11.188	679	6,1
Münster	2.444	192	7,9
Obertürkheim	3.039	179	5,9
Plieningen	4.739	296	6,2
Sillenbuch	10.515	908	8,6
Stammheim	4.614	185	4,0
Untertürkheim	6.009	375	6,2
Vaihingen	15.051	1.000	6,6
Wangen	3.174	181	5,7
Weilimdorf	11.966	714	6,0
Zuffenhausen	12.900	802	6,2
<b>Stuttgart insgesamt</b>	<b>212.007</b>	<b>13.925</b>	<b>4,9</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009



Karte 2: Hochbetagte und ihr Anteil an der Bevölkerung ab 50 Jahren



Fast die Hälfte (45,8 %) aller Haushalte mit einem Haushaltsvorstand ab 50 Jahren sind Einpersonenhaushalte. In den Innenstadtbezirken Ost und West sowie im Stadtbezirk Bad Cannstatt finden sich absolut die meisten Einpersonenhaushalte (vgl. Tabelle 11). Prozentual befinden sich die meisten Einpersonenhaushalte in den Innenstadtbezirken Mitte, Nord, Ost, Süd und West. Hier liegen die Werte zwischen 47,0 % und 60,3 %. Der Gesamtanteil der Einwohner an Menschen ab 50 Jahren ist in diesen Gebieten im Vergleich zu den anderen Stadtgebieten eher leicht unterdurchschnittlich und liegt zwischen 28,8 % und 34,3 % der Einwohner (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 11: Einpersonenhaushalte an den Haushalten mit Haushaltsvorstand ab 50 Jahren

Stadtbezirke	Haushaltsvorstand ab 50 Jahren		
	Haushalte insgesamt	Einpersonenhaushalte	% der gesamten Haushalte
Mitte	4.644	2.801	60,3
Nord	5.821	2.738	47,0
Ost	11.161	5.732	51,4
Süd	9.434	4.837	51,3
West	10.772	5.823	54,1
Bad Cannstatt	14.896	6.646	44,6
Birkach	1.532	646	42,2
Botnang	3.718	1.589	42,7
Degerloch	4.419	2.010	45,5
Feuerbach	6.800	3.006	44,2
Hedelfingen	2.271	919	40,5
Möhringen	7.826	3.427	43,8
Mühlhausen	6.860	2.732	39,8
Münster	1.527	698	45,7
Obertürkheim	1.909	779	40,8
Plieningen	3.106	1.349	43,4
Sillenbuch	6.479	2.812	43,4
Stammheim	2.876	1.075	37,4
Untertürkheim	3.921	1.704	43,5
Vaihingen	9.684	4.058	41,9
Wangen	2.105	978	46,5
Weilimdorf	7.698	3.096	40,2
Zuffenhausen	8.350	3.716	44,5
<b>Stuttgart insgesamt</b>	<b>137.809</b>	<b>63.171</b>	<b>45,8</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

In den Stadtbezirken Bad Cannstatt, Ost und West leben absolut die meisten Alleinstehenden ab 50 Jahren (vgl. Tabelle 12). Prozentual gesehen leben die meisten Alleinstehenden ab 50 Jahren in den zwei Innenstadtgebieten Mitte und West. Hier ist fast die Hälfte (Mitte 47,9 %, West 46,5 %) aller Einwohner alleinstehend. Im gesamten Stadtgebiet sind fast 40 % der Einwohner alleinstehend.

Der Gesamtanteil der alleinstehenden Frauen im Stadtgebiet beträgt 67,0 %. In den Stadtgebieten Birkach, Degerloch, Möhringen, Sillenbuch und Weilimdorf beträgt der Anteil der alleinstehenden Frauen über 70 %. In Stuttgart-Mitte ist der Anteil der alleinstehenden Frauen mit 59,3 % am geringsten.

Tabelle 12: Anzahl und Anteil Alleinstehender ab 50 Jahren und Anteil der Frauen

Stadtbezirke	Einwohner ab 50 Jahren	Alleinstehende ab 50 Jahren		davon Frauen	
	Anzahl	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Mitte	6.530	3.131	47,9	1.857	59,3
Nord	8.972	3.569	39,8	2.361	66,2
Ost	16.389	7.097	43,3	4.670	65,8
Süd	14.053	6.070	43,2	3.861	63,6
West	15.984	7.434	46,5	4.889	65,8
Bad Cannstatt	22.843	8.726	38,2	5.690	65,2
Birkach	2.681	1.091	40,7	781	71,6
Botnang	5.793	2.115	36,5	1.479	69,9
Degerloch	6.945	2.775	40,0	1.973	71,1
Feuerbach	10.428	3.925	37,6	2.601	66,3
Hedelfingen	3.552	1.243	35,0	794	63,9
Möhringen	12.198	4.738	38,8	3.339	70,5
Mühlhausen	11.188	3.992	35,7	2.785	69,8
Münster	2.444	980	40,1	675	68,9
Obertürkheim	3.039	1.042	34,3	703	67,5
Plieningen	4.739	1.721	36,3	1.185	68,9
Sillenbuch	10.515	4.094	38,9	3.028	74,0
Stammheim	4.614	1.462	31,7	915	62,6
Untertürkheim	6.009	2.168	36,1	1.448	66,8
Vaihingen	15.051	5.390	35,8	3.731	69,2
Wangen	3.174	1.238	39,0	778	62,8
Weilimdorf	11.966	4.157	34,7	2.912	70,1
Zuffenhausen	12.900	4.944	38,3	3.189	64,5
<b>Stuttgart Insgesamt</b>	<b>212.007</b>	<b>83.102</b>	<b>39,2</b>	<b>55.644</b>	<b>67,0</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Die Stadtbezirke Wangen, Mitte, Bad Cannstatt und Süd haben die höchsten prozentualen Anteile der nicht deutschen Bevölkerung ab 50 Jahren. Die Höchstwerte schwanken zwischen 22,8 % und 26,7 %. In Bad Cannstatt ist nicht nur der prozentuale Anteil der nicht deutschen Bevölkerung ab 50 Jahre am größten, sondern hier leben auch mit 5.405 Einwohnern absolut die meisten nicht Deutschen ab 50 Jahren.

Im gesamten Stadtgebiet sind 17 % der Bevölkerung ab 50 Jahren nicht deutsch. Die Stadtbezirke Mitte, Bad Cannstatt und Wangen weisen nicht nur einen sehr hohen Anteil an Ausländern ab 50 Jahren auf, sondern haben zudem auch die größten prozentualen Anteile an nicht Deutschen in der gesamten Bevölkerung.

Tabelle 13: Anzahl und Anteil der nicht deutschen Bevölkerung in den Stadtbezirken

Stadtbezirke	Gesamtbevölkerung			Bevölkerung ab 50 Jahren		
	Einwohner Anzahl	nicht deutsch Anzahl	nicht deutsch in %	Einwohner Anzahl	nicht deutsch Anzahl	nicht deutsch in %
Mitte	22.680	6.218	27,4	6.530	1.714	26,2
Nord	26.222	5.563	21,2	8.972	1.594	17,8
Ost	47.727	12.176	25,5	16.389	3.695	22,5
Süd	44.227	10.180	23,0	14.053	3.203	22,8
West	51.746	10.281	19,9	15.984	3.111	19,5
Bad Cannstatt	67.859	18.791	27,7	22.843	5.405	23,7
Birkach	6.727	874	13,0	2.681	212	7,9
Botnang	13.408	1.746	13,0	5.793	494	8,5
Degerloch	16.698	2.001	12,0	6.945	613	8,8
Feuerbach	28.049	6.439	23,0	10.428	2.040	19,6
Hedelfingen	9.362	2.050	21,9	3.552	600	16,9
Möhringen	30.358	4.736	15,6	12.198	1.286	10,5
Mühlhausen	25.979	4.587	17,7	11.188	1.434	12,8
Münster	6.411	1.325	20,7	2.444	380	15,5
Obertürkheim	8.447	1.848	21,9	3.039	569	18,7
Plieningen	13.035	1.894	14,5	4.739	420	8,9
Sillenbuch	24.161	2.878	11,9	10.515	735	7,0
Stammheim	12.135	1.929	15,9	4.614	535	11,6
Untertürkheim	16.490	4.253	25,8	6.009	1.270	21,1
Vaihingen	45.520	7.838	17,2	15.051	1.550	10,3
Wangen	8.670	2.728	31,5	3.174	847	26,7
Weilimdorf	31.487	5.562	17,7	11.966	1.637	13,7
Zuffenhausen	35.568	9.218	25,9	12.900	2.760	21,4
Stuttgart insgesamt	592.966	125.115	21,1	212.007	36.104	17,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

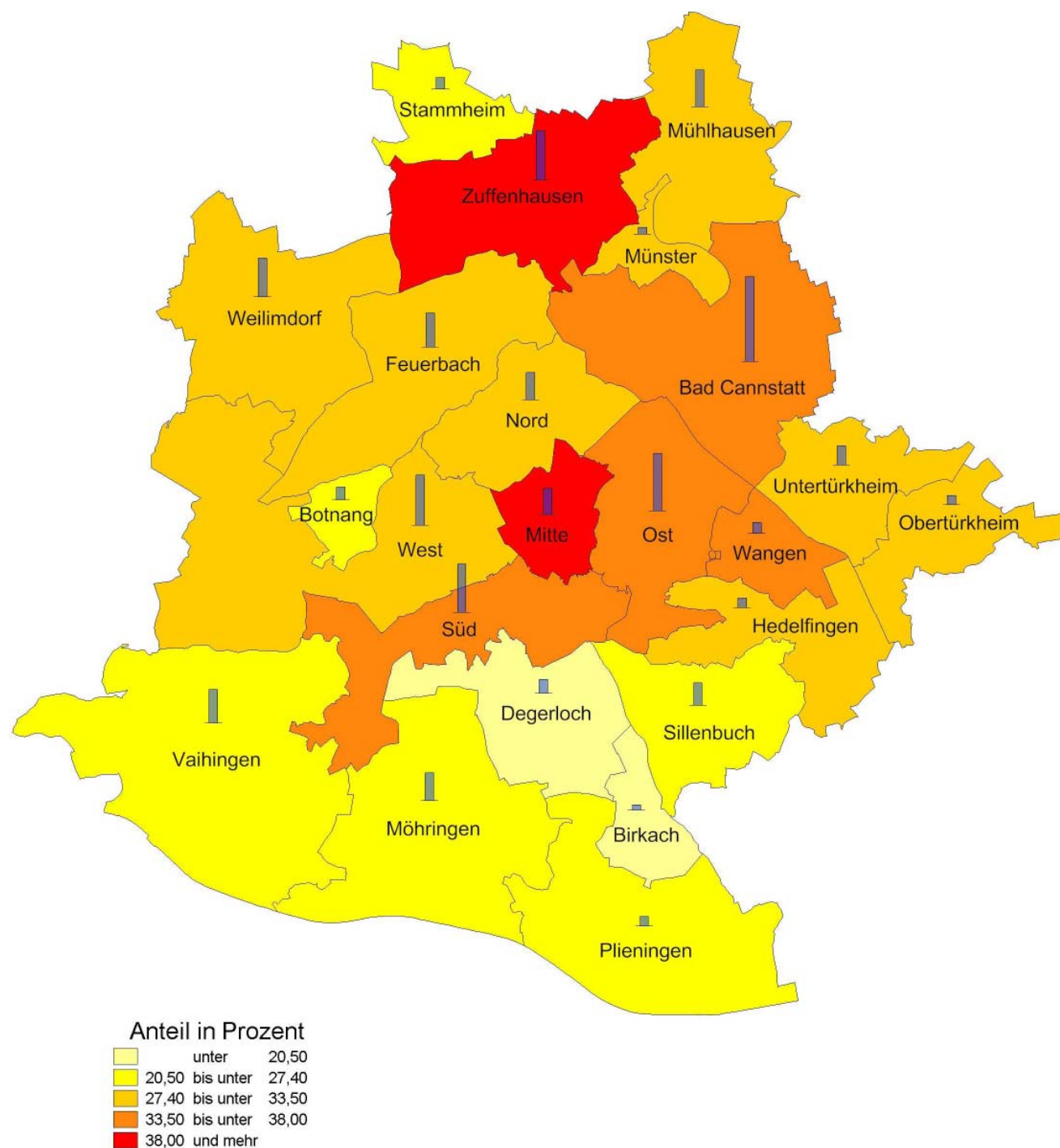
Die Stadtbezirke Zuffenhausen, Bad Cannstatt, Wangen und Mühlhausen haben den größten Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund in der Landeshauptstadt Stuttgart. In den Stadtbezirken Mitte, Zuffenhausen, Bad Cannstatt und Wangen leben prozentual die meisten Einwohner ab 50 Jahren mit Migrationshintergrund. In allen Stadtbezirken ist der Anteil der Migranten an der Bevölkerung ab 50 Jahren geringer als der Anteil in der Gesamtbevölkerung (vgl. Tabelle 14). Die meisten Menschen mit Migrationshintergrund ab 50 Jahren (8.458) wohnen im Stadtbezirk Bad Cannstatt. Der Anteil der im gesamten Stadtgebiet lebenden Menschen mit Migrationshintergrund ab 50 Jahren beträgt 30,4 %.

Tabelle 14: Einwohner mit Migrationshintergrund in den Stadtbezirken

Stadtbezirke	Gesamtbevölkerung			Bevölkerung ab 50 Jahren		
	Einwohner Anzahl	Migranten Anzahl	Migranten Anteil in %	Einwohner Anzahl	Migranten Anzahl	Migranten Anteil in %
Mitte	22.680	9.988	44,0	6.530	2.651	40,6
Nord	26.222	9.965	38,0	8.972	2.690	30,0
Ost	47.727	20.490	42,9	16.389	5.754	35,1
Süd	44.227	16.876	38,2	14.053	4.755	33,8
West	51.746	17.747	34,3	15.984	5.015	31,4
Bad Cannstatt	67.859	32.361	47,7	22.843	8.458	37,0
Birkach	6.727	1.905	28,3	2.681	531	19,8
Botnang	13.408	3.982	29,7	5.793	1.289	22,3
Degerloch	16.698	4.232	25,3	6.945	1.378	19,8
Feuerbach	28.049	11.264	40,2	10.428	3.382	32,4
Hedelfingen	9.362	3.559	38,0	3.552	974	27,4
Möhringen	30.358	9.535	31,4	12.198	2.740	22,5
Mühlhausen	25.979	11.575	44,6	11.188	3.710	33,2
Münster	6.411	2.403	37,5	2.444	670	27,4
Obertürkheim	8.447	3.160	37,4	3.039	873	28,7
Plieningen	13.035	3.733	28,6	4.739	972	20,5
Sillenbuch	24.161	7.081	29,3	10.515	2.256	21,5
Stammheim	12.135	4.239	34,9	4.614	1.143	24,8
Untertürkheim	16.490	6.840	41,5	6.009	1.887	31,4
Vaihingen	45.520	14.854	32,6	15.051	3.346	22,2
Wangen	8.670	4.089	47,2	3.174	1.113	35,1
Weilimdorf	31.487	13.073	41,5	11.966	3.845	32,1
Zuffenhausen	35.568	17.422	49,0	12.900	4.915	38,1
Stuttgart insgesamt	592.966	230.373	38,9	212.007	64.347	30,4

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Karte 3: Einwohner mit Migrationshintergrund in den Stadtbezirken ab 50 Jahren



## 1.2 Prognose von Zahl und Anteil der Bevölkerung

Die Einwohnerzahlen werden laut der Einwohnerprognose des Statistischen Amtes der Landeshauptstadt Stuttgart langsam, aber stetig ansteigen (2009 um 0,1 %, 2015 um 0,8 %, 2020 um 0,6 %, 2025 um 0,2 %). Für das Jahr 2025 wird im Vergleich zum Basisjahr 2008 ein Anstieg um 1.438 Einwohner erwartet. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg um 0,2 % (vgl. Tabelle 15).<sup>3</sup>

Da der Rückgang der Einwohner durch die Einführung der Zweitwohnungssteuer in der Prognose nicht berücksichtigt ist, hat diese Einwohnerprognose nur eine eingeschränkte Gültigkeit.

Tabelle 15: Einwohnerzahlenentwicklung bis 2025

Einwohner	Datenbasisjahr 2008	Prognose 2015	Prognose 2020	Prognose 2025
Stuttgart insgesamt	593.070	597.896	596.529	594.508
Veränderung zu 2008 absolut		4.826	3.459	1.438
Veränderung zu 2008 prozentual		0,8	0,6	0,2

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt zum 31.12.2008

### 1.2.1 Prognose von Zahl und Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahren

Bis zum Jahr 2025 wird ein prozentualer Anstieg in der Bevölkerung ab 50 Jahren von 5,3 % prognostiziert. Im Jahr 2025 gibt es demnach, bezogen auf das Basisjahr 2008, 11.142 Einwohner mehr, die 50 Jahre und älter sind.

Tabelle 16: Einwohnerzahlenentwicklung der Bevölkerung ab 50 Jahren bis 2025

Einwohner	Datenbasisjahr 2008	Prognose 2015	Prognose 2020	Prognose 2025
ab 50 Jahren	211.453	219.469	223.112	222.595
Veränderung zu 2008 absolut		8.016	11.659	11.142
Veränderung zu 2008 prozentual		3,8	5,5	5,3

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

Als Prognose steigt die Einwohnerzahl der Bevölkerung ab 50 Jahren kontinuierlich bis 2020 und stagniert dann.

So werden in den Jahren 2020 bis 2025 insgesamt 37,4 % der Gesamtbevölkerung in der Landeshauptstadt Stuttgart 50 Jahre und älter sein. Dies ist im Vergleich zum Datenbasisjahr 2008 ein Anstieg von 1,7 % (vgl. Tabelle 17).

<sup>3</sup> Die Entwicklung der Einwohnerzahl Stuttgarts im Jahr 2010 war geprägt von der bevorstehenden Einführung der Zweitwohnungssteuer zum 01.01.2011. In der Folge wurden Nebenwohnungen abgemeldet. Zwischen April und Dezember 2010 sank die Zahl der mit Nebenwohnung gemeldeten Einwohner von über 31.000 auf rund 11.000. In Folge dieser Entwicklung ging auch die Zahl der wohnberechtigten Einwohner von 592.915 zum Jahresanfang auf 577.353 zum Jahresende 2010 zurück. Damit war die Zahl der wohnberechtigten Einwohner so gering wie zuletzt in den 1950er-Jahren (vgl. Statistisches Amt, Monatsheft 2/2011).



Weitere detaillierte Auswertungen der verschiedenen Teilaltersgruppen im Hinblick auf die Prognosejahre 2015, 2020, 2025 zeigen die Tabellen 17 und 19. In Tabelle 18 sind die prozentualen Veränderungen der Teilaltersgruppen der Prognosejahre im Verhältnis zum Datenbasisjahr 2008 dargestellt.

Tabelle 17: Prognose der Einwohnerzahl der Teilaltersgruppen ab 50 Jahren bis 2025

Alter	Datenbasisjahr 2008		Prognose 2015		Prognose 2020		Prognose 2025	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
0 bis unter 50 Jahren	381.617	64,3	378.427	63,3	373.417	62,6	371.913	62,6
50 bis unter 55 Jahren	37.021	6,2	42.800	7,2	42.603	7,1	39.648	6,7
55 bis unter 60 Jahren	33.599	5,7	36.301	6,1	39.700	6,7	39.523	6,6
60 bis unter 65 Jahren	30.436	5,1	30.379	5,1	32.747	5,5	35.618	6,0
65 bis unter 70 Jahren	34.250	5,8	27.393	4,6	27.183	4,6	29.239	4,9
70 bis unter 75 Jahren	28.838	4,9	27.173	4,5	24.181	4,1	24.182	4,1
75 bis unter 80 Jahren	18.896	3,2	25.750	4,3	22.971	3,9	20.269	3,4
80 bis unter 85 Jahren	14.493	2,4	15.706	2,6	19.304	3,2	17.704	3,0
85 bis unter 90 Jahren	9.723	1,6	9.611	1,6	9.961	1,7	11.788	2,0
90 Jahre oder älter	4.197	0,7	4.357	0,7	4.462	0,7	4.625	0,8
ab 50 Jahren insgesamt	211.453	35,7	219.469	36,7	223.112	37,4	222.595	37,4
Stuttgart insgesamt	593.070	100,0	597.896	100,0	596.529	100,0	594.508	100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

Tabelle 18: Zahl und Anteil der Einwohner ab 50 Jahren in Teilaltersgruppen bis 2025 im Vergleich zu 2008

Alter	Basisjahr 2008	Prognose 2015	Veränderung zu 2008		Prognose 2020	Veränderung zu 2008		Prognose 2025	Veränderung zu 2008	
			absolut	in %		absolut	in %		absolut	in %
0 bis unter 50 Jahren	381.617	378.427	-3.190	-0,8	373.417	-8.200	-2,1	371.913	-9.704	-2,5
50 bis unter 55 Jahren	37.021	42.800	5.779	15,6	42.603	5.582	15,1	39.648	2.627	7,1
55 bis unter 60 Jahre	33.599	36.301	2.702	8,0	39.700	6.101	18,2	39.523	5.924	17,6
60 bis unter 65 Jahren	30.436	30.379	- 57	-0,2	32.747	2.311	7,6	35.618	5.182	17,0
65 bis unter 70 Jahre	34.250	27.393	-6.857	-20,0	27.183	-7.067	-20,6	29.239	-5.011	-14,6
70 bis unter 75 Jahren	28.838	27.173	-1.665	-5,8	24.181	-4.657	-16,1	24.182	-4.656	-16,1
75 bis unter 80 Jahren	18.896	25.750	6.854	36,3	22.971	4.075	21,6	20.269	1.373	7,3
80 bis unter 85 Jahren	14.493	15.706	1.213	8,4	19.304	4.811	33,2	17.704	3.211	22,2
85 bis unter 90 Jahren	9.723	9.611	-112	-1,2	9.961	238	2,4	11.788	2.065	21,2
90 Jahre oder älter	4.197	4.357	160	3,8	4.462	265	6,3	4.625	428	10,2
ab 50 Jahren insgesamt	211.453	219.469	8.016	3,8	223.112	11.659	5,5	222.595	11.142	5,3

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008



Tabelle 19: Entwicklung der Zahl und des Anteils der Einwohner ab 50 Jahren in zusammengefassten Altersgruppen bis 2025 im Vergleich zu 2008

Altersgruppen	Basisjahr 2008	Prognose 2015	Veränderung zu 2008		Prognose 2020	Veränderung zu 2008		Prognose 2025	Veränderung zu 2008	
	Anzahl	Anzahl	absolut	in %	Anzahl	absolut	in %	Anzahl	absolut	in %
50 bis unter 65 Jahren	101.056	109.480	8.424	8,3	115.050	13.994	13,8	114.789	13.733	13,6
65 bis unter 75 Jahren	63.088	54.565	-8.523	-13,5	51.364	-11.724	-18,6	53.421	-9.667	-15,3
75 bis unter 85 Jahren	33.389	41.456	8.067	24,2	42.275	8.886	26,6	37.973	4.584	13,7
85 Jahre und älter	13.920	13.968	48	0,3	14.423	503	3,6	16.413	2.493	17,9
<b>ab 50 Jahren insgesamt</b>	<b>211.453</b>	<b>219.469</b>	<b>8.016</b>	<b>3,8</b>	<b>223.112</b>	<b>11.659</b>	<b>5,5</b>	<b>222.595</b>	<b>11.142</b>	<b>5,3</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

### 1.2.2 Prognose von Zahl und Anteil älterer Frauen

Die Prognose macht deutlich, dass der Frauenanteil in der Bevölkerung ab 50 Jahren kontinuierlich abnehmen wird (vgl. Tabelle 20). Der Frauenanteil hat im Jahr 2008 54,6 % betragen und wird im Jahr 2025 52,8 % betragen. Dies ist ein Rückgang von 1,8 %. Ein besonders deutlicher Rückgang des Frauenanteils von 76,3 % auf 63,3 % um 13 % wird in der Altersgruppe der 85-Jährigen und älter erwartet.

Der Männeranteil in der Bevölkerung ab 50 Jahren wird bis 2025 stetig steigen. So werden 2025 absolut 9.084 Männer mehr in der Bevölkerung ab 50 Jahren vorhergesagt als 2008. Ein großer Anstieg des Männeranteils ist in der Altersgruppe der 85-Jährigen und älter zu erkennen. Absolut steigt der Männeranteil um fast die Hälfte an (von 3.299 Männern im Jahr 2008 auf 6.030 Männer im Jahr 2025).

Tabelle 20: Prognose des Frauenanteils in den Altersgruppen ab 50 Jahren bis 2025

Altersgruppen ab 50 Jahre	Datenbasis 2008			Prognose 2015			Prognose 2020			Prognose 2025		
	Männer	Frauen	Frauen in %	Männer	Frauen	Frauen in %	Männer	Frauen	Frauen in %	Männer	Frauen	Frauen in %
50 bis unter 55 Jahren	18.558	18.463	49,9	21.914	20.886	48,8	21.794	20.809	48,8	20.366	19.281	48,6
55 bis unter 60 Jahren	16.209	17.390	51,8	18.189	18.113	49,9	20.016	19.684	49,6	19.927	19.596	49,6
60 bis unter 65 Jahren	15.136	15.300	50,3	14.699	15.680	51,6	16.238	16.509	50,4	17.746	17.872	50,2
65 bis unter 70 Jahren	16.523	17.727	51,8	13.009	14.383	52,5	12.839	14.344	52,8	14.090	15.149	51,8
70 bis unter 75 Jahren	13.174	15.664	54,3	12.523	14.650	53,9	11.080	13.102	54,2	11.070	13.112	54,2
75 bis unter 80 Jahren	8.092	10.804	57,2	11.205	14.544	56,5	9.986	12.985	56,5	8.781	11.488	56,7
80 bis unter 85 Jahren	5.055	9.438	65,1	6.286	9.420	60,0	7.850	11.454	59,3	7.119	10.585	59,8
85 Jahre und älter	3.299	10.621	76,3	4.364	9.604	68,8	5.015	9.408	65,2	6.030	10.382	63,3
<b>insgesamt</b>	<b>96.046</b>	<b>115.407</b>	<b>54,6</b>	<b>102.189</b>	<b>117.280</b>	<b>53,4</b>	<b>104.817</b>	<b>118.294</b>	<b>53,0</b>	<b>105.130</b>	<b>117.466</b>	<b>52,8</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

### 1.2.3 Prognose von Zahl und Anteil der älteren nicht deutschen Bevölkerung

Der Ausländeranteil in der Bevölkerung ab 50 Jahren wird laut der Prognose von 17 % im Jahr 2008 auf 15,5 % im Jahr 2025 sinken. Absolut bedeutet dies einen Rückgang um 1.262 Einwohner ohne deutsche Staatsangehörigkeit in dieser Altersgruppe. Vergleicht man den prozentualen Anteil nicht Deutscher an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2025 mit dem prozentualen Anteil an der nicht deutschen Bevölkerung ab 50 Jahren im Jahr 2025, unterscheiden sich diese Anteile minimal. Es ist von einem prozentualen Anteil nicht Deutscher an der Gesamtbevölkerung von 16,6 % und an der Bevölkerung ab 50 Jahren von 15,5 % auszugehen.

Tabelle 21: Prognose der Anzahl und des Anteils der Ausländer insgesamt und der älteren Ausländer im Jahr 2025

Jahr	Einwohner insgesamt	Ausländer		Einwohner insgesamt ab 50 Jahren	Ausländer ab 50 Jahren	
		Anzahl	Anteil in %		Anzahl	Anteil in %
2008	593.070	126.121	21,3	211.453	35.859	17,0
2025	594.508	98.626	16,6	222.595	34.597	15,5

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

### 1.2.4 Prognose der räumlichen Verteilung der älteren Bevölkerung

Betrachtet man die Einwohner der einzelnen Stadtbezirke (vgl. Tabelle 22), leben im Jahr 2025 laut Prognose in den Innenstadtbezirken Mitte mit 29,3 % und Nord mit 31,4 % am wenigsten Einwohner ab 50 Jahren, im Stadtbezirk Sillenbuch hingegen mit 44,8 % am meisten.

In den Stadtbezirken Botnang, Degerloch, Birkach, Möhringen und Mühlhausen wird laut Prognose ein überdurchschnittlich hoher Anteil (über 40 %) an Einwohnern ab 50 Jahren leben. Das sind die Stadtbezirke, die zum 31.12.2009 die höchsten Anteile an älteren Menschen ab 50 Jahren aufweisen (vgl. Tabelle 8).

Für die Stadtbezirke Botnang und Mühlhausen wird ein leichtes Absinken des Anteils und für die Stadtbezirke Birkach, Degerloch, Möhringen und Sillenbuch ein leichter Anstieg des Anteils älterer Menschen ab 50 Jahren prognostiziert.

Vergleicht man die Anzahl der Einwohner ab 50 Jahren der Gesamtstadt, so werden laut Prognose die wenigsten Einwohner ab 50 Jahren in Birkach und Münster (mit je 1,2 %) leben. In Bad Cannstatt dagegen werden laut der Prognose mit 10,8 % die meisten Einwohner ab 50 Jahren leben.

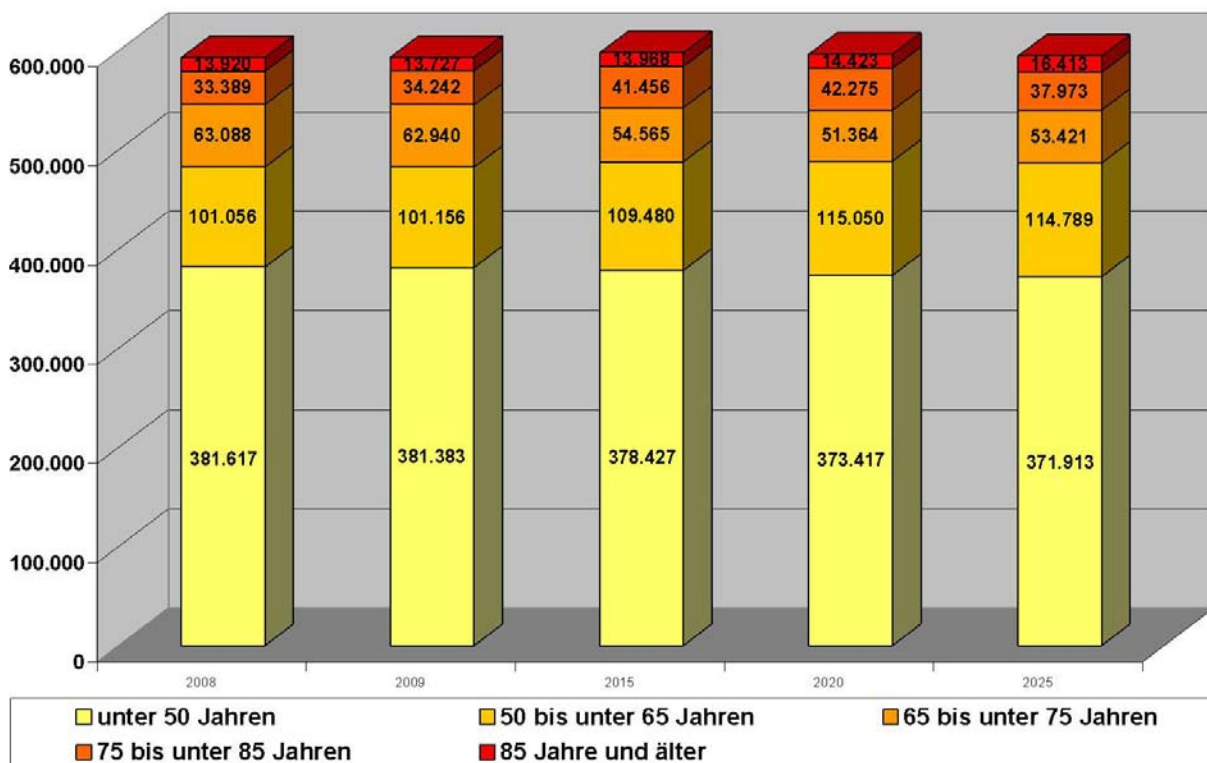
Tabelle 22: Voraussichtliche Anzahl der älteren Bevölkerung ab 50 Jahren und ihr Anteil in den Stadtbezirken im Jahr 2025

Stadtbezirke	Einwohner gesamt		Einwohner ab 50 Jahren		
	Anzahl	in % der Gesamtstadt	Anzahl	in % des Stadtbezirks	in % der Gesamtstadt
Mitte	27.551	4,6	8.077	29,3	3,6
Nord	38.622	6,5	12.115	31,4	5,4
Ost	45.269	7,6	16.477	36,4	7,4
Süd	40.303	6,8	14.247	35,3	6,4
West	48.582	8,2	17.189	35,4	7,7
Bad Cannstatt	65.957	11,1	23.990	36,4	10,8
Birkach	6.513	1,1	2.728	41,9	1,2
Botnang	12.812	2,2	5.442	42,5	2,4
Degerloch	16.325	2,7	6.954	42,6	3,1
Feuerbach	28.895	4,9	11.120	38,5	5,0
Hedelfingen	9.082	1,5	3.627	39,9	1,6
Möhringen	31.890	5,4	13.100	41,1	5,9
Mühlhausen	26.123	4,4	10.922	41,8	4,9
Münster	6.110	1,0	2.676	43,8	1,2
Obertürkheim	8.264	1,4	3.241	39,2	1,5
Plieningen	12.091	2,0	4.373	36,2	2,0
Sillenbuch	22.878	3,8	10.238	44,8	4,6
Stammheim	12.124	2,0	4.665	38,5	2,1
Untertürkheim	16.482	2,8	6.154	37,3	2,8
Vaihingen	44.365	7,5	16.461	37,1	7,4
Wangen	8.393	1,4	3.043	36,3	1,4
Weilimdorf	29.780	5,0	11.865	39,8	5,3
Zuffenhausen	36.098	6,1	13.892	38,5	6,2
<b>Stuttgart insgesamt</b>	<b>594.508</b>	<b>100,0</b>	<b>222.595</b>	<b>37,4</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose zum 31.12.2008

### 1.2.5 Zusammenfassung der Prognose bis 2025

Abbildung 2: Entwicklung der Stuttgarter Einwohnerzahlen von 2008 bis 2025 in Altersgruppen ab 50 Jahren



Betrachtet man die Entwicklung der Stuttgarter Einwohnerzahlen im Hinblick auf die Zusammenfassung der Prognose 2025, wird deutlich, dass die Anzahl der Einwohner unter 50 Jahren sowie die Anzahl der Einwohner von 65 bis unter 75 Jahren kontinuierlich abnehmen wird. Die Einwohnerzahlen der Altersgruppen der 50- bis unter 65-Jährigen, der 75- bis unter 85-Jährigen und der 85-Jährigen und älter dagegen steigen stetig an. Die Gruppe der 50- bis unter 65-Jährigen wird laut Prognose am meisten absolut ansteigen.

Im vorhergehenden Altenhilfeplan „Älter werden in Stuttgart: Strukturen, Entwicklungen, Perspektiven (Altenhilfeplanung 2005 - 2010)“ konnte der Anstieg der unterstützungsbedürftigen Hochbetagten durch die damalige Prognose nur vermutet, nicht nachgewiesen werden. Durch die Prognose bis 2025 zeichnet sich nun eindeutig ein Anstieg ab.

Diesem Anstieg ist im Bereich der kommunalen Altersplanung und der Gestaltung der Angebote und Dienste für Ältere zu begegnen.

### 1.3 Armut im Alter

Zahlreiche Wissenschaftler aus dem In- und Ausland verweisen in ihren Studien auf das steigende Risiko zunehmender Altersarmut in Deutschland. Seit Beginn der 1980er Jahre wird diskutiert, ob die gesetzliche Rente sicher ist. Private und betriebliche Altersvorsorgen gewinnen immer mehr an Bedeutung.

Einem Anfang 2009 veröffentlichten Gutachten der Hans-Böckler-Stiftung zufolge wird das Armutsrisiko künftiger Rentner unterschätzt.<sup>4</sup> Der Bundesregierung wird in einem weiteren Gutachten vorgehalten, dass sie sich in der Rentenpolitik auf zu optimistische Prognosen bezieht.<sup>5</sup>

Der Dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2008) definiert den Begriff der relativen Armut. Armutsgefährdet sind Menschen, deren verfügbares Einkommen unterhalb von 60 % des gesellschaftlichen Medianeinkommens liegt. Das Medianeinkommen in Deutschland lag 2008 bei 18.586 EUR pro Jahr.<sup>6</sup> Wer also als erwachsene Einzelperson weniger als 929 EUR im Monat zur Verfügung hat, gilt in Deutschland als armutsgefährdet.

Seit die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2003 in Kraft getreten und im Jahr 2005 in das SGB XII verankert wurde, ist die Anzahl der Rentnerinnen und Rentner, die diese Leistung empfangen, kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 2003 gab es bundesweit knapp 260.000 leistungsberechtigte Bezieher, Ende 2009 waren es bereits knapp 400.000. Aktuell sind in Deutschland 15 % der Menschen ab 65 Jahren armutsgefährdet. Dies entspricht beinahe dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren (15,8 %).<sup>7</sup>

Armut im Alter ist in der Regel verfestigte Armut. Aufgrund des fortgeschrittenen Lebensalters sind die Möglichkeiten begrenzt, diese Situation zu verändern. Langzeitarbeitslosigkeit, die Ausbreitung von Niedriglohnbeschäftigung, gebrochene Erwerbsbiografien, der demografische Wandel und die Absenkung des Rentenniveaus sind Ursachen, die in absehbarer Zeit dazu führen, dass die Anzahl der armutsfesten gesetzlichen Renten sinken wird.<sup>8</sup> Damit steigt das Risiko, auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) angewiesen zu sein.

Neben der gesetzlichen Rentenversicherung setzt der Staat verstärkt auf die Förderung privater Vorsorge. Gerade aber Menschen, die über ein geringes eigenes Einkommen verfügen oder von Arbeitslosigkeit betroffen sind, können aufgrund der aktuellen Ressourcenfrage dazu tendieren, die Vorsorge zu vernachlässigen.

Eine repräsentative Studie zur „Altersvorsorge in Deutschland 2010/2011“ zeigt, dass 20 % aller Berufstätigen aufgrund der Wirtschaftskrise Kürzungen oder Kündigungen von Vorsorgeverträgen vorgenommen haben. Am häufigsten sind hiervon private Renten- und Lebensversicherun-

<sup>4</sup> vgl. Böckler Impuls 17/2009: Konzepte gegen Altersarmut.

<sup>5</sup> vgl. Freie Universität Berlin 2005: Studie Altersvorsorge in Deutschland 2005 (AVID).

<sup>6</sup> vgl. Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik 12/2010, Leben in Europa 2009, S. 1104.

<sup>7</sup> vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2011 (<http://www.bpb.de/wissen/8SE20H.html>)

<sup>8</sup> vgl. Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023. Institut für Wirtschaftsforschung Halle. IWH-Diskussionspapiere. Nr. 8. Autoren: Ingmar Kumpmann, Michael Gühne, Herbert S. Buscher. April 2010. S. 6ff.

gen und privat abgeschlossene „Riester-Verträge“ betroffen. Insgesamt geben die Berufstätigen im Vergleich zum Jahr 2009 monatlich weniger für ihre Altersvorsorge aus, bei der Gruppe der unter 50-Jährigen sind dies rund 12 % weniger.<sup>9</sup>

Die Auswirkungen werden sich langfristig zeigen. Die Entwicklung der Altersarmut ist eine befürchtete Entwicklung der nächsten 10 bis 20 Jahre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gleichzeitig eine hohe Heterogenität der im Alter zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen besteht.

### 1.3.1 Lage in der Landeshauptstadt Stuttgart

Um eine Diskussion über die Entwicklung von Altersarmut in der Landeshauptstadt Stuttgart zu führen, ist ein Blick in die Zukunft notwendig. Es stehen jedoch keine Prognosedaten zur Verfügung. Dadurch ist es notwendig, sich der Situation über aktuelle Daten anzunähern.

Zurückgegriffen wird auf die Analysen des Sozialdatenatlasses des Sozialamtes der Landeshauptstadt Stuttgart (Stand 31.12.2009).<sup>10</sup>

Dabei werden die folgenden Indikatoren verwendet

- SGB II: ALG II – Empfänger ab 50 bis unter 65 Jahren<sup>11</sup>
- SGB XII: HLU und GSiAE - Empfänger ab 65 Jahren gesamt<sup>12</sup>
- SGB XII: HLU und GSiAE - Empfänger ab 65 Jahren nicht deutsch

und auf Stadtbezirksebene ausgewertet.

Die weit verbreitete Meinung, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) sei weitgehend eine Aufstockung von zu niedrigen Renten, trifft nicht immer zu. In Publikationen wird davon gesprochen<sup>13</sup>, dass mehr als 50 % aller Grundsicherungsbezieher keine gesetzliche Rente aufstocken. Stattdessen verfügen diese Bezieher über keine Rentenansprüche in der gesetzlichen Rentenversicherung.

<sup>9</sup> Institut für Demoskopie Allensbach / Postbank 2010: Altersvorsorge in Deutschland 2010/2011.

<sup>10</sup> Sozialdatenatlas. Darstellung und Analyse der sozialen Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart mit Daten aus dem Jahr 2009. Hrsg.: Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt 2011.

<sup>11</sup> Die Transferleistung Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wird im Folgenden als ALG II abgekürzt. Ältere Arbeitnehmer zählen zu den Problemgruppen bei der Vermittlung auf den Arbeitsmarkt. Auch die seit Mitte der 1970er Jahre kontinuierlich gewachsenen Quoten der Frühverrentung spiegeln das Arbeitsmarktrisiko älterer Arbeitnehmer wider. Durch lange Arbeitslosigkeitszeiten und Probleme beim Wiedereinstieg in das Erwerbsleben gerade bei Älteren entstehen Lücken in der Altersvorsorge und ein erhöhtes Risiko der Verarmung.

<sup>12</sup> In die Untersuchung sind die Personengruppen eingegangen, die entweder nach dem 3. Kapitel des Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) oder nach dem 4. Kapitel des SGB XII Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (GSiAE) erhalten.

<sup>13</sup> vgl. Ralf Kreikebohm. Armut im Alter. Ein Problem für die gesetzliche Rentenversicherung? In: Sozialrecht im Spannungsfeld von Politik und Praxis. Eine Gedenkschrift für Dieter Giese. Hg: Benedikt Siebenhaar und Volker Währendorf. S. 153.

Als erste Bevölkerungsgruppe werden die erwerbsfähigen Menschen im Alter von 50 bis unter 65 Jahren betrachtet (vgl. Tabelle 23), die ALG II beziehen.

Hier liegt der Anteil der Menschen, die auf die Transferleistung ALG II angewiesen sind, stadtweit bei 7,8 %. In den einzelnen Bezirken variieren die Anteile, beginnend bei 3,4 % (im Stadtbezirk Degerloch) bis hin zu Anteilen von mehr als 10 % in den Stadtbezirken Mitte, Bad Cannstatt und Zuffenhausen.<sup>14</sup>

Tabelle 23: (SGB II) ALG II Empfänger ab 50 bis unter 65 Jahren

Stadtbezirke	ALG II-Empfänger ab 50 Jahren	Einwohner 50 bis unter 65 Jahren	Anteil in %
Mitte	388	3.632	10,7
Nord	282	4.356	6,5
Ost	796	8.153	9,8
Süd	622	7.352	8,5
West	599	7.956	7,5
Bad Cannstatt	1.198	11.645	10,3
Birkach	60	1.140	5,3
Botnang	118	2.310	5,1
Degerloch	100	2.918	3,4
Feuerbach	342	4.912	7,0
Hedelfingen	117	1.737	6,7
Möhringen	279	5.142	5,4
Mühlhausen	431	4.899	8,8
Münster	89	1.076	8,3
Obertürkheim	120	1.489	8,1
Plieningen	106	2.159	4,9
Sillenbuch	216	4.296	5,0
Stammheim	146	2.445	6,0
Untertürkheim	190	2.823	6,7
Vaihingen	390	6.955	5,6
Wangen	147	1.544	9,5
Weilimdorf	483	5.707	8,5
Zuffenhausen	693	6.361	10,9
<b>Stuttgart gesamt</b>	<b>7.912</b>	<b>101.007</b>	<b>7,8</b>

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

<sup>14</sup> vgl. Sozialdatenatlas. Darstellung und Analyse der sozialen Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart mit Daten aus dem Jahr 2009. Hrsg.: Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt 2011. S. 90.

Der Anteil der Empfänger von Grundsicherung im Alter und Hilfe zum Lebensunterhalt ab 65 Jahren liegt in der Landeshauptstadt Stuttgart bei 3,6 % (vgl. Tabelle 24).

Die Anteile in den verschiedenen Stadtbezirken variieren von 1,9 % (im Stadtbezirk Degerloch) bis zu 6,9 % (im Stadtbezirk Mitte). Auch im Stadtbezirk Mühlhausen bezieht ein deutlich erhöhter Anteil (5,1 %) von älteren Menschen Transferleistungen nach dem SGB XII.<sup>15</sup> Damit ist das Risiko des Transferleistungsbezugs bei den Einwohnern der Landeshauptstadt Stuttgart ab 50 Jahren und unter 65 Jahren deutlich höher als bei den älteren Einwohnern ab 65 Jahren.

Wie in der Fachliteratur beschrieben, kann auch für die Landeshauptstadt Stuttgart davon ausgegangen werden, dass Armut im Alter ein wichtiges Thema in 10 bis 20 Jahren werden wird, wenn vermehrt Menschen mit brüchigen Erwerbsbiographien und hohen Zeiten von Arbeitslosigkeit in das Rentenalter kommen.

Tabelle 24: (SGB XII) HLU und GSIAE Empfänger gesamt ab 65 Jahren

Stadtbezirk	HLU- und GSIAE-Empfänger	Einwohner ab 65 Jahren	Anteil in %
Mitte	199	2.898	6,9
Nord	120	4.616	2,6
Ost	360	8.236	4,4
Süd	283	6.701	4,2
West	359	8.028	4,5
Bad Cannstatt	471	11.198	4,2
Birkach	45	1.541	2,9
Botnang	122	3.483	3,5
Degerloch	76	4.027	1,9
Feuerbach	197	5.516	3,6
Hedelfingen	47	1.815	2,6
Möhringen	171	7.056	2,4
Mühlhausen	318	6.289	5,1
Münster	33	1.368	2,4
Obertürkheim	34	1.550	2,2
Plieningen	85	2.580	3,3
Sillenbuch	162	6.219	2,6
Stammheim	69	2.169	3,2
Untertürkheim	91	3.186	2,9
Vaihingen	158	8.096	2,0
Wangen	44	1.630	2,7
Weilimdorf	208	6.259	3,3
Zuffenhausen	282	6.539	4,3
gesamt	3.934	111.000	3,6

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

<sup>15</sup> vgl. Sozialdatenatlas. Darstellung und Analyse der sozialen Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart mit Daten aus dem Jahr 2009. Hrsg.: Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt 2011. S. 114.



Beim Vergleich der verschiedenen Teilgruppen der älteren Bevölkerung fällt auf, dass der durchschnittliche Anteil beim Empfänger von Grundsicherung im Alter und Hilfe zum Lebensunterhalt bei nicht deutschen Einwohnern ab 65 Jahren, mit 12,8 %, deutlich größer ist als der Durchschnitt der Anteil der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren mit 3,6 % (vgl. Tabelle 25).

Die Spannweite der Werte ist hier zudem wesentlich größer als bei den anderen Indikatoren. Deshalb liegen zwischen den einzelnen Bezirken größere Unterschiede vor. Der Werteverlauf umfasst Werte dieser Bevölkerungsgruppe und dem genannten Transferleistungsbezug von 5,2 % im Stadtbezirk Degerloch bis zu 31,1 % im Stadtbezirk Mühlhausen. Auch im Stadtbezirk Birkach (25 %) und im Stadtbezirk Sillenbuch (25,5 %) liegen deutlich erhöhte Werte vor.<sup>16</sup>

Für diese Auswertungen konnten allerdings nur Personen ab 65 Jahren, die keine deutsche Staatsangehörigkeit haben, untersucht werden, da die SGB XII-Daten keinen Migrationshintergrund abbilden.

Ergänzende Datenquellen weisen für die Mehrheit der älteren Menschen mit Zuwanderungsgeschichte ein, im Vergleich zur deutschen Altersbevölkerung ohne Migrationshintergrund, durchschnittlich niedrigeres Alterseinkommen und ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko auf. Dazu zeigen sich erhebliche Disparitäten innerhalb der unterschiedlichen Gruppen der verschiedenen Nationalitäten.<sup>17</sup>

Auch zeigt eine weiterführende Analyse zum Thema Integration, dass Einwanderer der ersten Generation auch unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, Schul- und Berufsbildung signifikant über geringere Einkommen verfügen als Personen ohne Migrationshintergrund in vergleichbarer Stellung.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> vgl. Sozialdatenatlas. Darstellung und Analyse der sozialen Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart mit Daten aus dem Jahr 2009. Hrsg.: Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt 2011. S. 120.

<sup>17</sup> Aus: Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund verbessern. Empfehlungen des Deutschen Vereins. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Berlin. S. 4.

<sup>18</sup> Integration in Deutschland. Erster Integrationsindikatorenbericht. Erprobung des Indikatorensets und Bericht zum bundesweiten Integrationsmonitoring, erstellt für die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Erstellt vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, S. 72.

Tabelle 25: (SGB XII) HLU und GSIAE - Empfänger ab 65 Jahren nicht deutsch

Stadtbezirk	HLU- und GSIAE-Empfänger ab 65 Jahren nicht deutsch	Einwohner ab 65 Jahren nicht deutsch	Anteil in %
Mitte	104	602	17,3
Nord	42	555	7,6
Ost	134	1.277	10,5
Süd	87	1.140	7,6
West	129	1.116	11,6
Bad Cannstatt	204	1.732	11,8
Birkach	18	72	25,0
Botnang	45	213	21,1
Degerloch	11	211	5,2
Feuerbach	85	694	12,2
Hedelfingen	24	203	11,8
Möhringen	57	417	13,7
Mühlhausen	166	533	31,1
Münster	16	120	13,3
Obertürkheim	13	189	6,9
Plieningen	28	145	19,3
Sillenbuch	71	278	25,5
Stammheim	24	166	14,5
Untertürkheim	45	454	9,9
Vaihingen	43	491	8,8
Wangen	15	277	5,4
Weilimdorf	114	546	20,9
Zuffenhausen	95	864	11,0
gesamt	1.570	12.295	12,8

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

## Zusammenfassung

Die einzelnen Stadtbezirke sind bei den Transferleistungsberechtigten unterschiedlich stark betroffen. Gleichzeitig liegen auch bei den verschiedenen Teilgruppen (Einwohner ab 50 bis unter 65 Jahren, ab 65 Jahren und ab 65 Jahren mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit) unterschiedlich hohe Durchschnittswerte und unterschiedliche Verteilungsmuster innerhalb der verschiedenen Stadtbezirke vor.

Es kann jedoch bestätigt werden, dass Armut im Alter ein Problem der nächsten 10 bis 20 Jahre werden könnte.

Von den im Altenplan dargestellten Gruppen sind die älteren nicht deutschen Einwohner ab 65 Jahre (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung) am stärksten von Transferleistungsbezug betroffen. Dies ist auch bei der kommunalen Altersplanung zu berücksichtigen. Deshalb wird auf die Situation älterer Migranten in den folgenden Kapiteln besonders hingewiesen.

Da ein Armutsrisiko im Alter auch durch private Altersvorsorge reduziert werden kann, werden im Folgenden die Bedeutung einer privaten Altersvorsorge und die Ausprägung der Bereitschaft dazu dargestellt (Bürgerumfrage in der Landeshauptstadt Stuttgart 2009).

## 1.4 Bürgerumfrage 2009 in der Landeshauptstadt Stuttgart

Wie sieht die Einstellung zur privaten Altersvorsorge in der Landeshauptstadt Stuttgart aus und in welcher Form sorgen die Stuttgarter Bürger für ihr Alter finanziell vor? Um mehr über diese Bereiche zu erfahren, wurden die folgenden Fragen in den Fragekatalog der Bürgerumfrage 2009<sup>19</sup> aufgenommen:

<b>26 Wie wichtig halten Sie für sich eine private Altersvorsorge?</b> (bitte nur ein <input checked="" type="checkbox"/> )	
Sehr wichtig <input type="checkbox"/>	Wichtig <input type="checkbox"/>
Teils/teils <input type="checkbox"/>	Unwichtig <input type="checkbox"/>
Völlig unwichtig <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>
<b>27 Sorgen Sie privat für Ihre finanzielle Altersabsicherung vor?</b> (bitte alles Zutreffende <input checked="" type="checkbox"/> )	
Ja, und zwar durch...	Nein, ich lege nichts für meine Altersvorsorge zurück <input type="checkbox"/>
private Rentenversicherung nicht Riester-gefördert <input type="checkbox"/>	
private Rentenversicherung Riester-gefördert <input type="checkbox"/>	
Kapitallebensversicherung <input type="checkbox"/>	
Sparanlagen (z.B. Aktion, Aktienfonds, Wertpapiere, Festgeld, Sparbriefe) <input type="checkbox"/>	
selbstgenutztes Wohneigentum <input type="checkbox"/>	
sonstiges <input type="checkbox"/>	

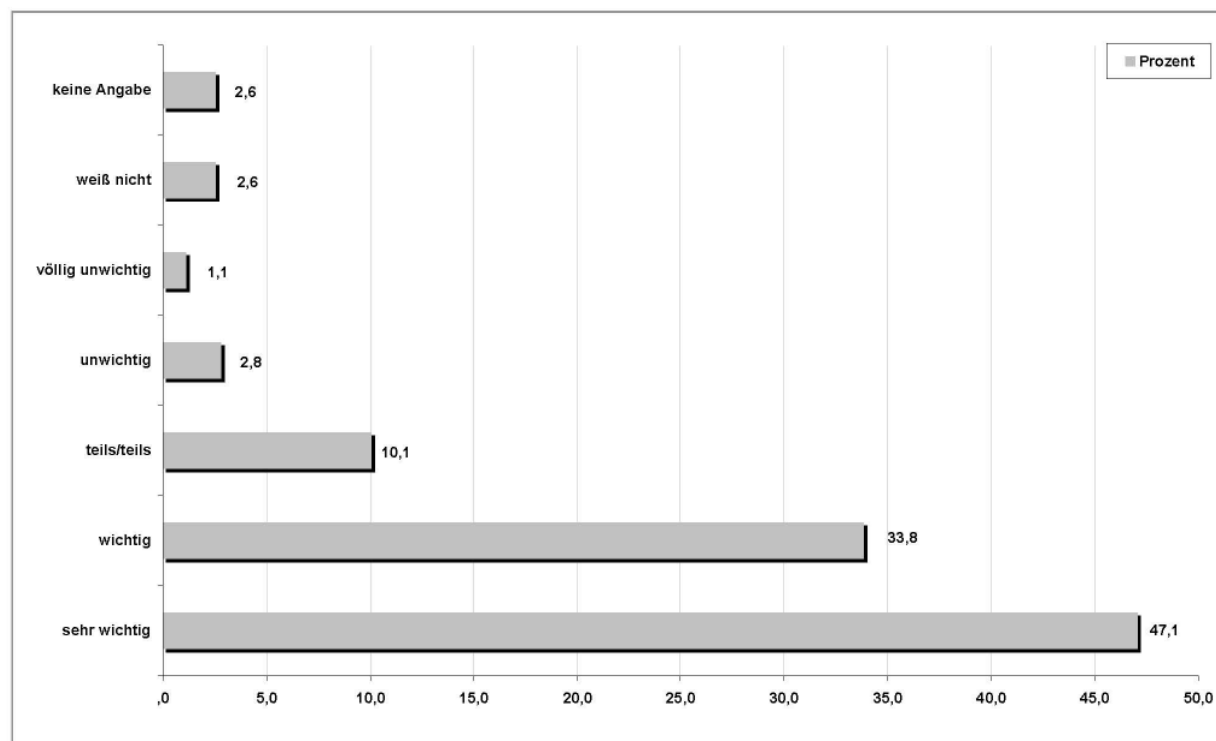
Die Auswertungen der Bürgerumfrage sind mit folgenden Einschränkungen verbunden: Es gibt aufgrund von Kommunikations- und Sprachproblemen einen geringeren Rücklauf von Befragten mit Migrationshintergrund. Bei schriftlichen Befragungen kommt hinzu, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der erwachsenen Bevölkerung mehr oder weniger lese- und schreibunkundig ist. Speziell bei schriftlichen Befragungen, wie bei der Bürgerumfrage, ergeben sich deshalb bildungsbezogene Verzerrungen. Deshalb sind die Auswertungen zu den Einstellungen und tatsächlichem Vorsorgeverhalten der nicht Deutschen und der Geringverdienenden nur als Tendenzaussage zu werten.

<sup>19</sup> Im Mai 2009 wurden ca. 9.000 Bürger über 18 Jahren gebeten, über ihr Leben in der Landeshauptstadt Stuttgart Auskunft zu geben. Die 8. Stuttgarter Bürgerumfrage befasste sich traditionell mit dem Standort Stuttgart, den größten Problemen aber auch der Zufriedenheit mit wichtigen Lebensbereichen. Zwei Fragen befassten sich auch mit der Altersvorsorge.

### 1.4.1 Bedeutung der privaten Altersvorsorge

Nahezu die Hälfte (47,1 %) der Befragten, halten eine private Altersvorsorge für sehr wichtig. Fasst man die beiden Kategorien sehr wichtig und wichtig zusammen, wird sogar eine Zustimmung von 80,9 % erzielt. Nur 3,9 % meinen, private Vorsorge sei unwichtig oder völlig unwichtig, 5,2 % machen keine Angabe oder haben keine Meinung. Insgesamt haben sich 94,8 % der Befragten in der Form mit dem Thema beschäftigt, dass sie eine Aussage dazu machen konnten (vgl. Abb. 3).

Abbildung 3: Bewertung der Bedeutung der privaten Altersvorsorge



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

## ■ Einfluss des Einkommens

Je höher das monatliche Haushalts-Netto-Einkommen ist, desto ausgeprägter ist die Bewertung der Wichtigkeit der privaten Vorsorge (vgl. Tabelle 26). 90,8 % der Befragten, die über ein monatliches Einkommen von 4.000 EUR und mehr verfügen, halten private Vorsorge für sehr wichtig oder wichtig, nur 2,2 % dieser Gruppe sagen, dies sei unwichtig oder sehr unwichtig. Bei einem Einkommen zwischen 3.000 und 4.000 EUR halten 86,9 % die private Vorsorge für sehr wichtig oder wichtig, nur 3,3 % dieser Gruppe halten diese für unwichtig oder sehr unwichtig. Wer zwischen 2.000 und 3.000 EUR monatliches Einkommen zur Verfügung hat, bewertet die private Vorsorge zu 86,1 % für sehr wichtig oder wichtig, nur zu 4 % für unwichtig oder sehr unwichtig. Bei einem Einkommen zwischen 1.000 und 2.000 EUR, halten 79,1 % die private Vorsorge für sehr wichtig oder wichtig, nur 5,8 % für unwichtig oder völlig unwichtig. Bei einem Einkommen von weniger als 1.000 EUR, halten 77,3 % die private Vorsorge für sehr wichtig oder wichtig, nur 8,1 % dieser Befragten halten diese für unwichtig oder sehr unwichtig.

Übergreifend wird die Bedeutung der privaten Vorsorge über alle Einkommensgruppen hinweg mit mindestens 77 % als wichtig oder sehr wichtig eingeschätzt.

Tabelle 26: Bewertung der privaten Altersvorsorge nach monatlichem Haushalts-Netto-Einkommen

Bewertung		bis unter 1000 EUR	1000 bis unter 2000 EUR	2000 bis unter 3000 EUR	3000 bis unter 4000 EUR	4000 EUR und mehr	gesamt
Sehr wichtig	Anzahl	103	267	400	324	427	1.521
	Anteil	41,7 %	40,6 %	48,1 %	53,3 %	59,8 %	49,8%
wichtig	Anzahl	88	253	316	204	221	1.082
	Anteil	35,6 %	38,5 %	38,0 %	33,6 %	31,0 %	35,4%
teils/teils	Anzahl	36	99	81	60	50	326
	Anteil	14,6 %	15,1 %	9,7 %	9,9 %	7,0 %	10,7%
unwichtig	Anzahl	15	25	29	15	11	95
	Anteil	6,1 %	3,8 %	3,5 %	2,5 %	1,5 %	3,1%
Völlig unwichtig	Anzahl	5	13	5	5	5	33
	Anteil	2,0 %	2,0 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %	1,1%

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

## ■ Einfluss des Alters

In fast allen Altersgruppen wird die Bedeutung der privaten Vorsorge sehr hoch eingeschätzt (vgl. Tabelle 27). Dass Vorsorge für das Alter sehr wichtig oder wichtig ist, meinen durchgängig über 83 % der an der Bürgerumfrage teilnehmenden Personen, unabhängig vom Alter. Bemerkenswert ist, dass die jüngste Altersgruppe, die 18- bis unter 25-Jährigen, mit 88,1 % die Wichtigkeit der privaten Vorsorge noch höher einschätzt, als die Altersgruppe zwischen 25 bis unter 35 Jahren mit 84,8 %. In die Kategorien, die private Vorsorge für völlig unwichtig oder unwichtig halten, fallen zwei Altersgruppen. Einmal die Gruppe der 55- bis unter 65-Jährigen mit 1,8 %. Dies ist die Gruppe, die ihr künftiges Einkommen im Alter gut einschätzen kann und die Notwendigkeit der Vorsorge realistisch bewertet. Zum anderen fällt darunter die Gruppe der Menschen ab 65 Jahren mit 7,1 %. Diese Aussage kann unter mehreren Aspekten bewertet werden. Die Einkommen in dieser Gruppe sind so hoch, dass kein weiterer Aufstockungsbedarf gesehen wird. Zudem verfügt ein großer Teil in dieser Altersgruppe bereits über Renten oder Pensionen und betreibt aufgrund des eigenen Alters keine zusätzliche Vorsorge mehr. In den anderen Altersgruppen liegt die Spannbreite der Kategorien völlig unwichtig oder unwichtig zwischen 2,9 und 3,8 %.

Tabelle 27: Bewertung der privaten Vorsorge in den Altersgruppen

Bewertung		18 bis unter 25 Jahren	25 bis unter 35 Jahren	35 bis unter 45 Jahren	45 bis unter 55 Jahren	55 bis unter 65 Jahren	ab 65 Jahren	gesamt
sehr wichtig	Anzahl	98	342	360	318	257	418	1.793
	Anteil	43,4 %	52,1 %	50,5 %	48,4 %	52,9 %	48,1 %	49,7%
wichtig	Anzahl	101	215	251	238	174	305	1284
	Anteil	44,7 %	32,8 %	35,2 %	36,2 %	35,8 %	35,1 %	35,6%
teils/teils	Anzahl	20	80	75	76	46	84	381
	Anteil	8,8 %	12,2 %	10,5 %	11,6 %	9,5 %	9,7 %	10,6%
unwichtig	Anzahl	2	16	20	18	5	46	107
	Anteil	0,9 %	2,4 %	2,8 %	2,7 %	1,0 %	5,3 %	3,0%
völlig unwichtig	Anzahl	5	3	7	7	4	16	42
	Anteil	2,2 %	0,5 %	1,0 %	1,1 %	0,8 %	1,8 %	1,2%

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

## ■ Einfluss der Art der Erwerbstätigkeit

Unabhängig von der derzeitigen Art der Erwerbstätigkeit schätzen alle Teilnehmer an der Bürgerumfrage die Wichtigkeit der privaten Vorsorge sehr hoch ein (vgl. Tabelle 28). Die Bewertung, dass Vorsorge sehr wichtig oder wichtig ist, zieht sich über alle Erwerbskategorien von 82,9 % bis 86,8 %. Nur für 2,8 % der Vollzeitbeschäftigten ist das Thema der Altersvorsorge völlig unwichtig oder unwichtig. Diese Aussagen geben bei den Teilzeitbeschäftigten 3,4 %, bei den geringfügig Beschäftigten 5,1 % und bei den nicht Erwerbstätigen 5,5 % der Befragten an.

Tabelle 28: Bewertung der privaten Vorsorge und Art der überwiegenden Erwerbstätigkeit

Bewertung		Vollzeit erwerbstätig	Teilzeit erwerbstätig	geringfügig erwerbstätig	nicht erwerbstätig	gesamt
sehr wichtig	Anzahl	863	150	46	719	1.778
	Anteil	52,8 %	47,0 %	46,5 %	47,2 %	49,7 %
wichtig	Anzahl	555	121	36	565	1.277
	Anteil	34,0 %	37,9 %	36,4 %	37,1 %	35,7 %
teils/teils	Anzahl	169	37	12	156	374
	Anteil	10,3 %	11,6 %	12,1 %	10,2 %	10,5 %
unwichtig	Anzahl	29	8	5	63	105
	Anteil	1,8 %	2,5 %	5,1 %	4,1 %	2,9 %
völlig unwichtig	Anzahl	17	3	0	21	41
	Anteil	1,0 %	0,9 %	0 %	1,4 %	1,1 %

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009



## ■ Bedeutung der Staatsangehörigkeit

Nur geringe Unterschiede lassen sich zwischen den Befragten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit aufzeigen (vgl. Tabelle 29). 50,6 % der deutschen Befragten halten eine private Altersvorsorge für sehr wichtig, bei nicht deutschen Befragten ist diese Meinung mit 42,9 % vertreten. Fasst man die Kategorien sehr wichtig und wichtig zusammen, so liegt der Anteil der deutschen Befragten nur noch um 4,2 % höher in der Bewertung. Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei der Einstellung gegenüber der privaten Altersvorsorge die Unterschiede zwischen Deutschen und nicht Deutschen gering sind.

Tabelle 29: Bedeutung private Altersvorsorge und Staatsangehörigkeit

Bewertung		Staatsangehörigkeit		gesamt
		deutsch	nicht deutsch	
sehr wichtig	Anzahl	1.615	173	1.788
	Anteil	50,6 %	42,2 %	49,6 %
wichtig	Anzahl	1.126	162	1.288
	Anteil	35,3 %	39,5%	35,7 %
teils/teils	Anzahl	320	60	380
	Anteil	10,0 %	14,6 %	10,5 %
unwichtig	Anzahl	97	9	106
	Anteil	3,0 %	2,2%	2,9%
völlig unwichtig	Anzahl	36	6	42
	Anteil	1,1 %	1,5 %	1,2 %
gesamt	Anteil	3253	431	3.684
	Anteil	100 %	100 %	100 %

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 01.12.2009

Bei der Stuttgarter Bürgerumfrage nehmen nicht deutsche Befragte aufgrund sprachlicher oder anderer Hürden nur unterrepräsentiert teil. Von den 3.684 Befragten waren nur 431 Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Dies entspricht nur einem Anteil von 11 %. Deshalb sind die Aussagen, die bei einer schriftlichen Befragung, wie der Bürgerumfrage, gewonnen werden, für diese Bevölkerungsgruppe nur eingeschränkt aussagekräftig.

### 1.4.2 Wie sorgen die Stuttgarter Bürger privat für das Alter vor?

Die Frage, ob die Befragten tatsächlich privat für das Alter vorsorgen, haben 84 % der Befragten bejaht, nur 15,6 % geben an, nichts für eine private Altersvorsorge zu tun (vgl. Tabelle 30).<sup>20</sup> Es ist sehr positiv zu bewerten, dass schon in jungen Jahren (18 Jahre bis unter 25 Jahre) über die Hälfte der Befragten (57,4 %) eine private Vorsorge betreibt. In der Altersgruppe von 25 bis unter 35 Jahren liegt diese Quote bei 80,1 %. Diese Quote steigt bis zur Altersgruppe von 55 bis zu 65 Jahren, auf den höchsten Wert von 89,5 % an.

<sup>20</sup> Die Auswertung berücksichtigt keine geschlechtsspezifischen Unterscheidungen, da die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sehr gering ausfallen.

Besonders groß ist die Kluft zwischen dem Bewusstsein für eine Vorsorge und der tatsächlichen Vorsorge bei den jungen Menschen. 88,1 % der 18- bis unter 25-Jährigen erkennen die Bedeutung, aber nur 57,4 % dieser Altersgruppe setzen die Vorsorge um. Das kann darin liegen, dass viele Personen dieser Altersgruppe noch nicht im Berufsleben stehen und über ein nur geringes Einkommen verfügen. Es ist auch möglich, dass diese jungen Erwachsenen davon ausgehen, noch Zeit für die Vorsorge, ggf. bis zum Eintritt in das Rentenalter, zu haben.

Tabelle 30: Keine private Vorsorge betreiben nach Altersgruppen

Vorsorge		18 bis unter 25 Jahren	25 bis unter 35 Jahren	35 bis unter 45 Jahren	45 bis unter 55 Jahren	55 bis unter 65 Jahren	ab 65 Jahren	gesamt
private Vorsorge	Anzahl	136	530	625	588	451	770	3.100
	Anteil	57,4 %	80,1 %	85,6 %	87,8 %	89,5 %	86,9 %	84,0 %
keine private Vorsorge	Anzahl	101	132	105	82	53	116	589
	Anteil	42,6 %	19,9 %	14,4 %	12,2 %	10,5 %	13,1 %	16,0 %

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Bei den Befragten der Bürgerumfrage 2009 nennen 38 % Sparanlagen als die Art der getroffenen Altersvorsorge. Darauf folgen in abnehmender Häufigkeit das selbstgenutzte Wohneigentum (35,9 %) und Lebensversicherungen (27,9 %). An vierter Stelle werden private Rentenversicherungen, die nicht Riester-gefördert sind, und erst an fünfter Stelle private Riester-geförderte Rentenversicherungen (18,2 %) genannt. Fasst man allerdings die privaten Rentenversicherungen (Riester- und nicht Riester-gefördert) zusammen, ist die private Rentenversicherung mit 1.651 Nennungen am häufigsten genannt (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31: Art der getroffenen privaten Altersvorsorge<sup>21</sup>

Art der Altersversorgung	Anzahl der Nennungen	Anteil in %
Sparanlagen	1.460	38,0
selbstgenutztes Wohneigentum	1.377	35,9
Lebensversicherung	1.069	27,9
private Rentenversicherung nicht Riester-gefördert	954	24,9
private Rentenversicherung Riester-gefördert	697	18,2
vermietetes Wohneigentum	605	15,8
andere Vorsorgemöglichkeiten	636	16,6
keine private Altersvorsorge	597	15,6
keine Angabe	116	3,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

<sup>21</sup> Es waren Mehrfachnennungen möglich.

## ■ Einfluss des Einkommens

Je höher das monatliche Einkommen ist, desto eher treffen die befragten Personen private Vorsorge (vgl. Tabelle 32). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Einkommensgruppen sind sehr groß. Wer weniger als 1.000 EUR verdient, sorgt nur in 46,9 % aller Fälle für das Alter vor, mehr als die Hälfte (53,1 %) tut dies nicht. Dagegen hatten 77,3 % dieser Gruppe diese Vorsorge als sehr wichtig oder wichtig bezeichnet (vgl. Tabelle 26). In der Einkommensgruppe zwischen 1.000 und 2.000 EUR monatlich steigt die Zahl derer, die Vorsorge betreiben, deutlich auf 77,3 % an. 79,1 % hatten zuvor die sehr wichtige oder wichtige Bedeutung der Vorsorge genannt (vgl. Tabelle 26). Ab dieser Einkommensgruppe wird also das Wissen um die Notwendigkeit privater Vorsorge in konkretes Handeln umgesetzt. Die Quote derer, die nicht vorsorgen, liegt bei 22,7 %. In der Einkommensgruppe zwischen 2.000 und 3.000 EUR monatlich sorgen 86,6 % privat vor. Das sind sogar geringfügig mehr als diejenigen, die auf die Frage nach der Bedeutung der Vorsorge mit sehr wichtig oder wichtig geantwortet haben. 94,3 % in der Einkommensgruppe zwischen 3.000 und 4.000 EUR und 93,6 % mit mehr als 4.000 EUR Netto-Haushaltseinkommen im Monat sorgen privat für das Alter vor. Die Vorsorgequoten sind in den höchsten Einkommensgruppen also sogar höher als die Bewertung deren Wichtigkeit.

Tabelle 32: Keine private Vorsorge betreiben nach Netto-Haushaltseinkommen

Vorsorge		bis unter 1.000 EUR	1.000 bis unter 2.000 EUR	2.000 bis unter 3.000 EUR	3.000 bis unter 4.000 EUR	4.000 EUR und mehr	gesamt
private Vorsorge	Anzahl	123	666	801	613	688	2.891
	Anteil	46,9 %	77,3 %	86,6 %	94,3 %	93,6 %	84,2 %
keine private Vorsorge	Anzahl	139	196	124	37	47	543
	Anteil	53,1 %	22,7 %	13,4 %	5,7 %	6,4 %	15,8 %

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Es bleibt die Frage, warum in der niederen Einkommensgruppe (bis unter 1.000 EUR) die Bedeutung der privaten Vorsorge zwar eindeutig erkannt wird, aber keine Schritte zur konkreten Umsetzung erfolgen. Die Antwort liegt eigentlich auf der Hand: Es kann davon ausgegangen werden, dass in der unteren Einkommensgruppe wenig oder keine finanziellen Ressourcen übrig bleiben, die in die Vorsorge investiert werden könnten. Bei geringem Einkommen werden jedoch auch weniger Rentenpunkte erworben. Diese relative Einkommensarmut kann später eine Grundlage für Altersarmut sein.

## ■ Bedeutung der Staatsangehörigkeit

Bei der Frage zur Einstellung der Bedeutung der privaten Altersvorsorge war der Unterschied zwischen den deutschen und den nicht deutschen Befragten sehr gering. Aber bei der Frage, ob diejenigen, die die Wichtigkeit erkannt haben, dies umsetzen, treten deutliche Unterschiede zwischen den zwei Gruppen auf. Während nur 13,5 % der deutschen Befragten nichts für ihre Altersvorsorge zurücklegen, sind es bei den nicht Deutschen 34,3 %. 86,5 % der Deutschen und 65,7 % der nicht Deutschen geben dagegen an, Geld für das Alter zurückzulegen (vgl. Tabelle 33). Man kann daraus folgern, dass bei den nicht deutschen Befragten eine Mehrheit die Notwendigkeit einer privaten Altersvorsorge sieht, ein beachtlicher Anteil dies aufgrund der finanziellen Ressourcen jedoch nicht umsetzen kann.

Dabei kann die Gefahr von Altersarmut größer werden, als bei anderen Gruppen, die private Vorsorge treffen können.

Tabelle 33: Keine private Altersvorsorge und Staatsangehörigkeit

Vorsorge		Staatsangehörigkeit		gesamt
		deutsch	nicht deutsch	
private Vorsorge	Anzahl	2.814	283	3.097
	Anteil	86,5 %	65,7 %	84,1 %
keine private Vorsorge	Anzahl	439	148	587
	Anteil	13,5 %	34,3 %	15,9 %

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt / Sozialamt eigene Berechnung zum 31.12.2009

Diese Auswertungen bestätigen, dass ältere Migranten besonders von Altersarmut betroffen sein können und unterstreichen die Notwendigkeit, deren soziale Situation in den folgenden Kapiteln besonders zu berücksichtigen (vgl. auch Kapitel 1.3).

## 1.5 Handlungsempfehlungen

In Zukunft werden die Zahl der älteren Menschen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zunehmen (vgl. Kapitel 1.2). Um mögliche Auswirkungen für die Landeshauptstadt Stuttgart aufzuzeigen und zu beurteilen, ist ein Überblick über die Lebensumstände der heute und in absehbarer Zukunft älteren Menschen notwendig. Altersarmut wird in der Landeshauptstadt Stuttgart voraussichtlich in 10 bis 20 Jahren ein Thema werden (vgl. Kapitel 1.3). Es ist notwendig, mit einer kommunalen Altersplanung neue Konzepte und den Zugang zu Unterstützungssystemen in den Sozialräumen zu entwickeln.

### Alterssurvey

Eine tiefer gehende Analyse der Lebenssituation und der finanziellen Situation des betroffenen Personenkreises kann über die Durchführung eines Alterssurveys erfolgen. Bei einem Alterssurvey handelt es sich um eine repräsentative postalische Befragung von 4.000 Einwohnern der Landeshauptstadt Stuttgart ab einem Alter von 50 Jahren, wohnhaft in privaten Haushalten. Mit einem Alterssurvey können die Gesundheits- und Lebenssituationen älterer Menschen über einen Lebenslagen- und Lebensweltansatz erhoben werden. Damit sollen in der Landeshauptstadt Stuttgart der Politik und der Sozialverwaltung spezifische Hinweise für langfristige und nachhaltige Alters- und Gesundheitsplanungen gegeben werden. Die Sozialverwaltung sieht für die wichtige und notwendige Durchführung eines Alterssurveys einen zusätzlichen finanziellen Bedarf, der im Rahmen der Beratungen für den Doppelhaushalt 2012/2013 gedeckt werden sollte.

### Bürgerumfrage

Die Bürgerumfrage der Landeshauptstadt Stuttgart bietet die Option, sozialplanerisch relevante Themen in einem reduzierten Umfang abzufragen. Da die Zahl der Befragten gering ist, sind dabei keine kleinräumliche Auswertung und keine Verknüpfung verschiedener soziodemografischer Merkmale möglich. In der Bürgerumfrage 2011 ist auf Anregung der Sozialplanung die Frage enthalten, inwieweit die Bürger meinen, zusätzlich zu ihrer Rente arbeiten zu müssen oder, ob sie dies bereits tun. Damit kann abgebildet werden, ob die gesetzliche Rente und die private Vorsorge zum Lebensunterhalt im Alter in der Landeshauptstadt Stuttgart ausreichen.

## 2 Ziele und Strukturen einer Partizipativen Altersplanung

### 2.1 Partizipative Altersplanung

Partizipation, Vernetzung und Quartiersentwicklung wurden in den letzten Jahren zu den Schlüsselbegriffen in der kommunalen Altersplanung. Die Herausforderungen aufgrund des demografischen und gesellschaftlichen Wandels machen es notwendig, dass sich die traditionelle kommunale Altenhilfeplanung weiterentwickelt zu einer Partizipativen Altersplanung, die auf Vernetzung und kleinräumige Quartiersentwicklung setzt.

Gerade in einem so vielfältigen, querschnittsorientierten und in ständiger Entwicklung begriffenen Bereich wie der kommunalen Altersplanung bedarf es hoher Transparenz. Viele unterschiedliche Interessen müssen zusammengeführt und dialogorientiert so gesteuert werden, dass sie sich nicht wechselseitig blockieren, sondern zu konstruktiven Entwicklungen führen.

In diesem Zusammenhang gewinnt der Aspekt der Partizipation grundlegend an Bedeutung. Dabei geht es nicht nur darum, die Senioren einzuladen, stärker mitzusprechen, sondern auch die Mitwirkung aller weiteren Beteiligten zu sichern. Nur durch das kooperative Einbeziehen eines breiten Spektrums von Akteuren, die für das Themenfeld Alter relevant sind, lassen sich die Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Bereich wesentlich verbessern.

Die Strategie der Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart im Hinblick auf die notwendige Weiterentwicklung der eher traditionellen Altenhilfeplanung hin zu einer zeitgemäßen kommunalen Altersplanung bezieht sich auf den Aufbau bzw. die Stärkung einer verbindlichen und verlässlichen Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung, Wohnungswirtschaft, freier Wohlfahrtspflege und anderen sozialen Dienstleistern und den Vertretungen der älteren Bürger auf der Basis einer breit angelegten Partizipationsstruktur.

Im Folgenden sollen die Ziele und Strukturen einer Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart näher beschrieben werden.

## 2.2 Ziele einer Partizipativen Altersplanung

Partizipative Altersplanung als Weiterentwicklung der traditionellen Altenhilfeplanung bedeutet, dass sich der Blick weniger auf Defizite richtet und dafür mehr die Potentiale und Möglichkeiten der älteren Bürger in ihrem Wohnumfeld in den Mittelpunkt stellt.

Darüber hinaus ist Partizipative Altersplanung sowohl ein kommunikativer als auch ein vernetzender Prozess, der auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit setzt, auf der Grundlage partizipativer Planungsbedürfnisse Fehlentwicklungen verhindert sowie durch die Stärkung von Selbstbestimmung, Selbsthilfepotenzialen, Solidarität und partnerschaftlicher Kooperation gesellschaftliche Ressourcen aktiviert (vgl. Hartmut Stelter, Partizipative Altersplanung - für heute und morgen, Frankfurt 2007, S. 8 f).

Schließlich verbessert Partizipative Altersplanung die Chancen für den Aufbau von stabilen Netzwerken und die Initiierung von nachhaltigen, auf Kooperation und Integration ausgerichteten Quartiersentwicklungen.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich die Kernziele einer Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart folgendermaßen zusammenfassen:

- Eine Partizipative Altersplanung initiiert kontinuierliche Planungsprozesse und begleitet dialogorientiert die Entscheidungsfindung auf strategischer, operativer und regionenbezogener Ebene. Eine systematische Einbeziehung der unterschiedlichen Akteure bildet hierfür die Grundlage.
- Die kommunale Partizipative Altersplanung wirkt moderierend und aktivierend in den Planungsprozessen.
- Eine Partizipative Altersplanung verbindet die Kompetenzen sozialer Organisationen, des bürgerschaftlichen Engagements und der kommunalen Institutionen. Über dadurch entstehende geteilte Verantwortungsbereiche können Herausforderungen des demografischen Wandels innovativer gestaltet werden.
- Eine Partizipative Altersplanung berücksichtigt die differenzierten Altersbilder einer modernen Gesellschaft.

## 2.3 Strukturmodell einer Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart

Ein Kernziel der Partizipativen Altersplanung besteht in der Initiierung kontinuierlicher Planungsprozesse unter systematischer Einbeziehung der verschiedenen im Seniorenbereich tätigen Akteure und die konsensorientierte Begleitung der jeweiligen Entscheidungsfindung auf der strategischen, der operativen und der regionenbezogenen Ebene.

Um dieses Ziel zu erreichen, möchte die Sozialverwaltung in den kommenden Jahren in der Landeshauptstadt Stuttgart ein neues Strukturmodell im Hinblick auf den Seniorenbereich einführen.

Mit Hilfe dieses Strukturmodells (vgl. Abb. 1) soll auf der Basis einer umfassenden Partizipation eine dialogorientierte Steuerung und eine intensive Vernetzung im Bereich der kommunalen Altersplanung erreicht werden. Dies beinhaltet, dass ein geregelter Austausch zwischen der strategischen, der operativen und der regionenbezogenen Ebene stattfindet.

Grundlage hierfür ist die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Partizipative Altersplanung (entsprechend § 4 SGB XII). Dieses Gremium soll die Aufgabe wahrnehmen, auf der strategischen Ebene die zentralen Leitlinien für den Seniorenbereich in der Landeshauptstadt Stuttgart zu entwickeln, fortzuschreiben und der Politik gegenüber zu vertreten.

Auf der operativen Ebene sieht das neue Strukturmodell als zweite Maßnahme die Schaffung eines auf die Landeshauptstadt Stuttgart bezogenen Runden Tisches „Leben im Alter“ vor.

Aufgabe dieses Runden Tisches ist die Umsetzung der von der Arbeitsgemeinschaft nach § 4 SGB XII (vgl. Abb. 1) formulierten Zielvorstellungen und Leitlinien in konkrete bedarfs- und bedürfnisorientierte Strukturen, Planungen, Angebote und Leistungen für die Seniorinnen und Senioren in der Landeshauptstadt Stuttgart. Die in diesem Zusammenhang notwendigen weiteren Entwicklungen und Maßnahmen werden am Runden Tisch auf der Basis des Konsensprinzips mit allen Beteiligten abgestimmt, bei Bedarf neu ausgehandelt und auf der Grundlage fachlicher Interessen koordiniert. Hierzu kann der Runde Tisch - falls dies notwendig ist - zeitlich befristete aufgabenbezogene Arbeitsgruppen einrichten. Der Runde Tisch soll themenbezogen mindestens einmal jährlich tagen. Die Geschäftsführung übernimmt die Sozialplanung des Sozialamtes. Eingeladen zum Runden Tisch sind die jeweils auf der operativen Ebene Themenverantwortlichen.

Das neue Steuerungsmodell für den Seniorenbereich bezieht auch derzeit schon bestehende Strukturen ein und sieht eine enge Verknüpfung der verschiedenen Elemente vor.

Bei dem dritten Strukturelement für eine Partizipative Altersplanung handelt es sich um die schon vorhandenen stadtbezirks- bzw. regionenbezogenen Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“, die vom städtischen Bürgerservice Leben im Alter geleitet und verantwortet werden.



In diesen Gremien tauschen sich die regionalen Akteure aus dem Seniorenbereich aus, diskutieren eventuelle Versorgungslücken und entwickeln regionenspezifische Lösungsansätze. Darüber hinaus haben die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften die Funktion von Sensoren im Hinblick auf sich verändernde Bedarfslagen und sind so wichtige Kooperationspartner für die Arbeit des Runden Tisches.

Die Sozialverwaltung regt an, im Rahmen der Umsetzung des neuen Strukturmodells auch zu prüfen, wie die Arbeit der regionenbezogenen Arbeitsgemeinschaften gestärkt, aufgewertet und verbindlicher gestaltet werden könnte.

Das neue Strukturmodell macht im Hinblick auf die vorhandenen Strukturen auch deutlich, dass es in der Landeshauptstadt Stuttgart im Seniorenbereich eine Vielzahl von Institutionen, Arbeitsgruppen, Netzwerken, Beiräten und Foren gibt, die zwar mit der kommunalen Altersplanung zusammenarbeiten, deren Potenziale aber noch stärker zur Geltung gebracht und eingesetzt werden können.

Die Sozialverwaltung plädiert deshalb auf dem Hintergrund des neuen Strukturmodells einer Partizipativen Altersplanung dafür, die bestehenden Netzwerke, Foren und Fachbeiräte an der Nahtstelle zwischen dem auf die Landeshauptstadt Stuttgart bezogenen Runden Tisch und den regionenbezogenen Arbeitsgemeinschaften mit diesen beiden Gremien stärker zu verknüpfen.

Das neue Strukturmodell sieht auf allen Ebenen die partizipative Einbeziehung der organisierten Vertretung der Seniorinnen und Senioren vor. Darüber hinaus ist auch der Aufbau einer lebendigen und dauerhaften Kommunikation mit allen Bürgern eine wichtige Aufgabe.

Deshalb erscheint auch die Durchführung von Bürgerforen notwendig. Diese von den Bezirksämtern im Rahmen des demografischen Stadtbezirksansatzes der Landeshauptstadt Stuttgart schon in einigen Stadtbezirken veranstalteten Zukunftskonferenzen sollten langfristig in allen Stadtbezirken durchgeführt werden, damit die Ergebnisse sowohl in die Politik als auch z. B. in die regionenbezogenen Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“ einfließen können.

Der Erfolg des vorgeschlagenen Strukturmodells hängt wesentlich davon ab, inwieweit es gelingt, zwischen der strategischen, der operativen und der regionenbezogenen Ebene eine verbindliche Kooperation sowie einen kontinuierlichen Dialog in Gang zu setzen und dauerhaft zu institutionalisieren. Dies setzt die Bereitschaft aller Beteiligten zu einer konstruktiven Zusammenarbeit voraus.

Abb. 1: Strukturmodell Altenhilfe 2011



## 2.4 Handlungsempfehlungen

- Umsetzung des von der Sozialverwaltung vorgeschlagenen neuen Strukturmodells zur Entwicklung einer Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart.
- Durchführung einer Fachveranstaltung im Hinblick auf die Implementierung des neuen Strukturmodells „Partizipative Altersplanung“. Hierfür werden Ressourcen in Höhe von 5.000 EUR benötigt (Doppelhaushalt 2012/2013).



## 3 Vernetzung und Quartiersentwicklung

### 3.1 Vernetzung und Quartiersentwicklung

Vernetzung und Quartiersentwicklung sind Schlagworte, die in den vergangenen Jahren immer mehr in den Blickpunkt gerückt sind, vor allem, wenn komplexe Problemlagen in einem sozialen Nahraum zu bewältigen sind. Erfahrungen haben gezeigt, dass traditionelle Organisationsmuster schnell an ihre Grenzen stoßen, sobald abgestimmte Handlungsschritte der beteiligten Akteure auf Institutionsebene erforderlich sind, um den primären Hilfeprozess am Klientel erfolgreich zu erfüllen.

Seit den 1990er Jahren haben sich die Leitbilder der Organisationsentwicklung in der kommunalen Daseinsvorsorge verändert und weiterentwickelt.

In der kommunalen Daseinsvorsorge sind z. B. die folgenden Aspekte festzustellen:

- a) Neuorganisation des Planungs- und Handlungssystems (Sozialraumorganisation als „Reengineering“ der Kommunalverwaltung aus der Anforderungsperspektive der Bürger als Adressaten / Kunden),
- b) Qualitätsmanagement in den einzelnen Infrastruktureinrichtungen bis hin zur
- c) Vernetzung von Infrastrukturen verschiedener Fachbereiche in definierten Raumeinheiten, um die notwendigen Kompetenzen unter dem Postulat der Adressaten- und Qualitätsorientierung strategisch und operativ zu bündeln (vgl. Herbert Schubert (Hrsg.), Netzwerkmanagement, Wiesbaden 2008).

Die Neuorganisation des Planungs- und Handlungssystems, man könnte auch von einer Neuorientierung sprechen, in der kommunalen Daseinsvorsorge setzt auf Partizipation der Bürger, damit die Bedarfslagen im Sozialraum oder im Quartier erfüllt werden. Partizipation selber ereignet sich nicht als isolierter Vorgang, sondern in einem Verknüpfungsmechanismus der Akteure vor Ort.

Netzwerke der Sozialwirtschaft greifen aktiv den Partizipationsgedanken auf und leisten einen unverzichtbaren Beitrag hin zu einer agierenden kommunalen Daseinsvorsorge, die das Postulat Sozialraumorientierung in kooperativer Form umsetzt.

Die Herausforderungen des demografischen Wandels benötigen Organisations- und Kooperationsmodelle, die einen agierenden Charakter aufweisen. Nur dadurch besteht die Chance, dass der demografische Wandel gestaltet und nicht als gegeben hingenommen wird. Vernetzung und Quartiersentwicklung sind deshalb mehr als Schlagworte, sondern können konkrete Lösungen und Antworten für die Landeshauptstadt Stuttgart bereitstellen.

Vernetzung und Quartiersentwicklung bedingen sich gegenseitig und stehen in einem engen Kontext. Sie bieten Vorteile, die sich auf den primären Hilfeprozess auswirken:

- Die Bündelung der Stärken der einzelnen Netzwerkteilnehmer,
- der gegenseitige Informations- und Wissensaustausch,
- die Erhöhung der Flexibilität der Netzwerkteilnehmer,
- die Qualität der erbrachten Leistung steigt in aller Regel,
- die Abstimmung der einzelnen Hilfeleistungen wird möglich,
- die Partizipation aller Akteure wird ermöglicht,
- die Anforderungsperspektive der Bürger wird berücksichtigt,
- die Planungsperspektive der kommunalen Daseinsvorsorge wird erweitert, d. h. ein weiter gefasstes Verständnis der Lebens- und Problemlagen älterer Bürger im Quartier wird erreicht,
- die Netzwerke und Quartiersentwicklungskonzepte besitzen einen agierenden Charakter,
- die Kompetenzen und Potenziale der Bürger vor Ort werden genutzt,
- eine segmentierte Angebotsstruktur wird aufgehoben,
- die Netzwerkarbeit ist sowohl Methode als auch Steuerungsinstrument.

In der Landeshauptstadt Stuttgart wurde ein ausdifferenziertes Hilfe- und Unterstützungssystem für ältere Menschen entwickelt, das eine ganzheitliche Fallbearbeitung nur dann erlaubt, wenn eine Vernetzung auch auf institutioneller Basis erfolgt.

### 3.1.1 Exkurs „Altersbilder“

Mediale Wirklichkeitskonstruktionen beschwören seit geraumer Zeit ein Bild des demografischen Alters, das Alter und Krankheit sowie ein geringes Veränderungspotenzial gleichsetzt.

Ein einseitiges Altersbild, das diese Sichtweise befördert, diskriminiert und stigmatisiert ältere Menschen und leistet der Ausgrenzung einer ganzen Bevölkerungsgruppe Vorschub. Ältere Menschen sind keine Bürde für die Gesellschaft.

Eine mögliche Stigmatisierung älterer Menschen hat folgende Auswirkungen:

- Die gesellschaftliche Teilhabe wird verweigert oder erschwert,
- das Alter wird nur als Kostenfaktor betrachtet, was zur Folge haben kann, dass z. B. medizinische, rehabilitative, pflegerische und soziale Maßnahmen nicht gewährt werden bzw. nicht den fachlichen Ansprüchen genügen,
- einer selbstverantwortlichen Lebensführung werden Grenzen gesetzt,
- die Potenziale des Alters bleiben ungenutzt.

Ebenso wenig sollte ein Altersbild kommuniziert werden, das ausschließlich ein aktives Altern zum Vorbildcharakter hochstilisiert. Leider vollzieht sich der öffentliche Diskurs über Altersbilder nicht zwischen den angeführten Polen, sondern oft zugespitzt an den Polen entlang.

Der 6. Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland „Altersbilder in der Gesellschaft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Juni 2010 stellt klar, dass negative Altersbilder nicht einfach durch positive ersetzt werden sollen. In dem Bericht wird auch kein Plädoyer für ein bestimmtes Altersbild transportiert. Die Sachverständigenkommission sieht ein wichtiges Ziel darin, dass im öffentlichen Raum sehr viel differenzierter als bislang über die Stärken wie auch über die Grenzen im Alter gesprochen wird. Die Reflexion von Altersbildern auf gesellschaftlich-kultureller und auf individueller Ebene trägt dazu bei, das Älterwerden und das Alter differenzierter zu betrachten. Dies ist die entscheidende Grundlage dafür, dass in Zukunft sehr viel differenziertere Altersbilder kommuniziert werden, als dies gegenwärtig der Fall ist. Ältere Menschen sollten nicht nur im Hinblick auf Grenzen, sondern auch im Hinblick auf Stärken adressiert und angesprochen und damit für gesellschaftliches Engagement gewonnen werden.

In den Formulierungen der Sachverständigenkommission kommt deutlich zum Ausdruck, dass das Altersbild der Vielfalt und Verschiedenheit der Lebenssituationen älterer Menschen entspricht.

Netzwerkarbeit und Quartiersentwicklungskonzepte können erfolgreich entwickelt werden, wenn einseitig ausgerichtete Altersbilder ihre Gültigkeit verlieren. Es mag in vielen Fällen gut gemeint sein, wenn im Umgang mit dem Alter eine Sichtweise auf Hilfebedürftigkeit Vorrang erhält, allerdings entspricht dies nicht dem Spektrum des Alters.

„Die fürsorgliche Sicht auf das Alter muss durch eine an den Stärken und Gestaltungsspielräumen des Alters orientierte Sichtweise ergänzt werden“ (vgl. 6. Altenbericht, BMFSFJ, Berlin 2010).

Gerade im Hinblick auf die Entwicklung von Quartiersentwicklungskonzepten wäre eine Sichtweise, in der das Hilfebedürftige dominiert, wenig hilfreich, denn dadurch wären noch keine gestalterischen Potenziale erschlossen. Unsere Gesellschaft kann nicht auf den produktiven Beitrag und das Erfahrungswissen älterer Menschen verzichten.

Wir benötigen einen realistischen Blick auf die Themen des Alters vor Ort, denn nur so lassen sich auch realistische Lösungen und Konzepte auf lokaler Ebene verwirklichen.

## 3.2 Fachtag Partizipative Altersplanung am 15. Oktober 2010 im Stuttgarter Rathaus

Am 15. Oktober 2010 fand im Rathaus der Landeshauptstadt Stuttgart ein Fachtag unter der Überschrift Partizipative Altersplanung statt. Die Tagung hat zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung und Vertiefung mit den Themen Partizipation, Vernetzung, Quartierskonzepte und Steuerung beigetragen. Zielgruppe war die Politik und eine breite Fachöffentlichkeit. Vorträge und Workshops haben Impulse für die Fortschreibung des Altenplans 2011 geliefert. Professor Herbert Schubert von der Fachhochschule Köln sowie Ursula Kremer-Preiß vom Kuratorium Deutsche Altershilfe präsentierten ihre Vorstellungen von „Vernetzungen im Quartier“ und „Quartierskonzepten“ im Rahmen von Vorträgen und Workshops.

Nachfolgend werden die Vorträge und die Workshop-Ergebnisse von Herrn Professor Schubert (vgl. 6.12) und von Frau Kremer-Preiß (vgl. 6.13) kurz zusammengefasst.

### 3.2.1 Vernetzungen – Quartier – Handlungsempfehlungen für die Partizipative Altersplanung (Herr Professor Herbert Schubert, Fachhochschule Köln)

Auf Grund der demografischen Ausgangssituation, der Selbstdefinition des Alters zwischen Disengagement versus Aktivität und den Perspektiven des Freiwilligensurveys 2009 ergeben sich Konsequenzen für eine Partizipative Altersplanung:

- Es erfolgt eine Erweiterung der Chancen zur Aktivierung und Vernetzung älterer Menschen,
- reduzierte Lebensformen, mit denen sich die älteren Menschen vor Überforderung schützen, werden anerkannt,
- die Infrastrukturplanung im Bereich der Altenhilfe muss offen bleiben für alle Formen der selbst gewählten privaten Lebensführung im Alter,
- der Sozialraum ist als Bezugsrahmen der Alten- und Pflegepolitik anzusehen: Örtliche Lösungen für die Priorisierung von ambulanter vor stationärer Betreuung sowie von Prävention und Rehabilitation vor Pflege,
- eine Stärkung der Ressourcen des Sozialraums und lokale Erweiterung der Selbsthilfe- und Selbstbestimmungskapazitäten von älteren Menschen wird erzielt.

Handlungsebenen für Vernetzungen im Quartier:

- Durch Netzwerkarbeit im Quartier wird eine institutionelle Zergliederung und Versäulung der Angebotsstruktur überwunden,
- eine Verbesserung der Infrastruktur durch „Netzwerkkooperation“ in den Dimensionen Adressaten-, Produkt-, Qualitäts- und Kompetenzorientierung wird erreicht.

Es ergeben sich 4 Handlungsebenen für Vernetzungen im Rahmen einer kommunalen Partizipativen Altersplanung:

- Informelle Solidarwirtschaft - Zivile Sphäre der Selbsthilfe und helfenden Beziehungen; solidarische gemeinschaftliche Handlungsebenen der „Eigensorge“.
  - (1) Ältere Menschen und ihre Angehörigen und Nahestehenden,
  - (2) Freiwillige/Ehrenamtliche und Kontaktpartner im Quartier.
- Formelle Sozialwirtschaft - Institutionell gestaltetes System der Leistungsbeziehungen: Organisierte, rational bewirtschaftete Handlungsebenen des Versorgungsmanagement.
  - (3) Ressortübergreifende Kooperation von Trägern und Diensten,
  - (4) professionelle Helfernetze.

Es muss eine Ausrichtung der Vernetzung an „Prozessen“ stattfinden, d. h. die Lebensprozesse des Alltags älterer Menschen dienen als Orientierungsfokus für Vernetzungen im personalen und institutionellen Feld. Interinstitutionelle Netzwerke haben eine operative Ausrichtung an den „Primärprozessen“ (Hilfeprozesskette) zu leisten und daraus folgt erst eine strategische Ausrichtung an „Sekundärprozessen“ (z. B. Kooperationen auf institutioneller Ebene).

Damit eine lokale Verankerung von Netzwerken eintreten kann, muss ein instrumenteller Kreislauf der Planung in Gang gesetzt werden, der nachstehende Elemente / Phasen enthält.

#### Differenziertes Phasenmodell als instrumenteller Kreislauf nach Professor Herbert Schubert, Fachhochschule Köln:

##### I. Vorbereitungsphase

1. Sozialberichterstattung: Darstellung der Ausgangssituation,
2. Definition Primärprozess der Vernetzungssachse,
3. Identifizierung Stakeholder.

##### II. Konstituierungsphase

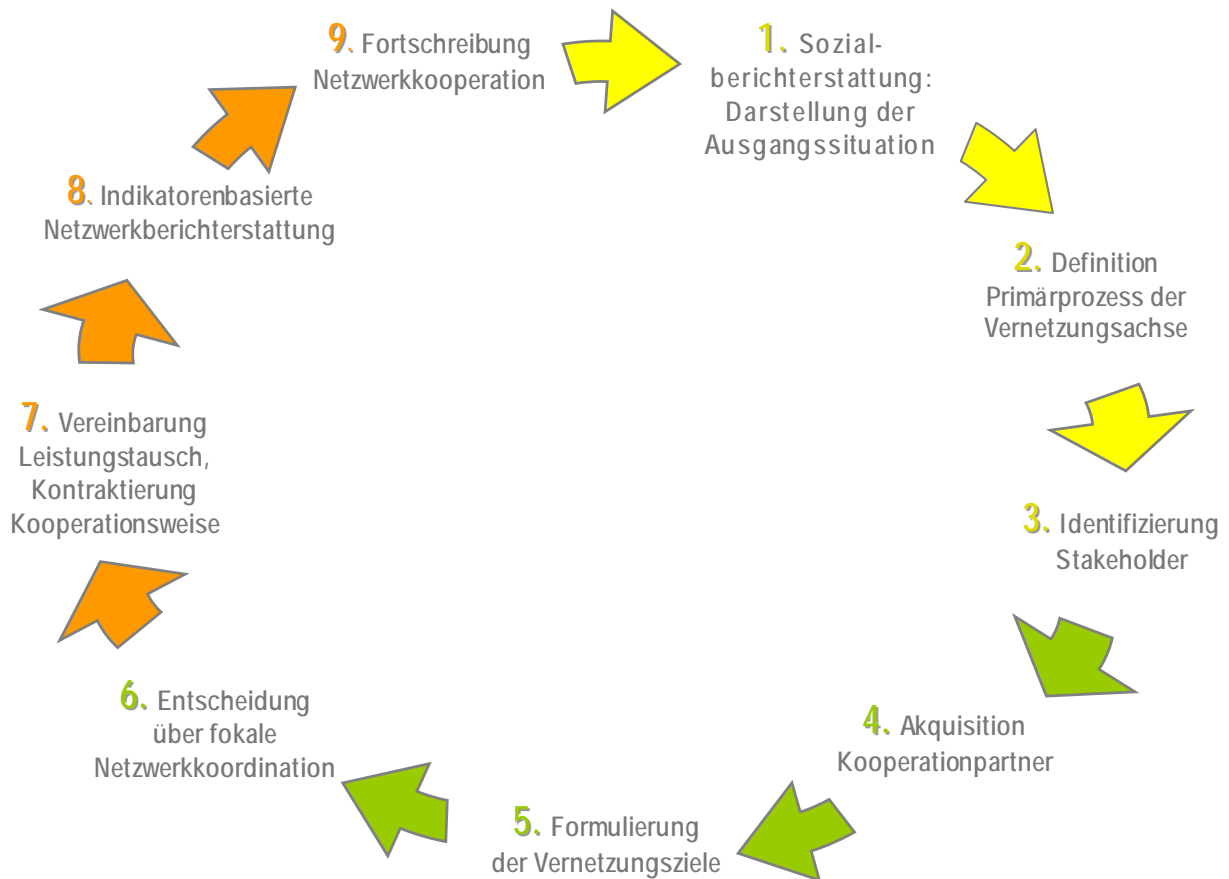
4. Akquisition Kooperationspartner,
5. Formulierung der Vernetzungsziele,
6. Entscheidung über fokale Netzwerkkoordination,
7. Vereinbarung Leistungstausch, Kontraktierung Kooperationsweise.

##### III. Evaluierungsphase

8. Indikatorenbasierte Netzwerkberichterstattung,
9. Fortschreibung Netzwerkkooperation.

Im Workshop „Entwicklungen und Koordination von Vernetzungen im Quartier“ wurden Arbeitsthesen für den Netzwerkaufbau erarbeitet:





1. Zielbestimmung: Was soll das zu entwickelnde Netzwerk bewirken? Eine Klärung, in welchem Rahmen Netzwerke agieren, muss hergestellt werden, z. B. „Quartiersdefinition“.
2. Identifizierung Stakeholder: Welche lokalen Akteure und Gruppen stellen Ansprüche an die zu erarbeitende Lösung und welche Schlüsselpersonen sind einzubeziehen?
3. Klärung Vorvernetzungen: Welche Beziehungen zwischen Akteuren bestehen bereits und wie können sie genutzt werden? Vorhandene Strukturen sollen durch Netzwerke gestärkt und nicht ersetzt werden. Kooperation, aber auch Konkurrenz bilden eine gemeinsame Basis.
4. Definition Ressourcentausch: Welche Ressourcen von Akteuren sollen miteinander in Beziehung gesetzt werden? Was tauschen die Akteure in der Vernetzung, was für einen Nutzen haben sie davon? Netzwerke bilden eine „Austauschsituation“.
5. Definition Prozesstyp: Welche Prozesse sollen miteinander „gekoppelt“ werden?
6. Aufbauorganisation: In welchen Formen soll das Anliegen bearbeitet und kommuniziert werden? Inwieweit wird auf stabile Grundstrukturen zurückgegriffen und inwieweit werden neue (temporär-flexible) Vernetzungskreise entwickelt?
7. Auswahl Steuerungs- bzw. Kooperationsmodus: Wie soll die Verflechtung der Akteure koordiniert werden? Auf welche Unterstützung greifen Sie dabei ggf. zurück? Oft existieren in einem Gemeinwesen viele Netzwerke und die Schnittstellen sind nicht ausreichend definiert, d. h. es entsteht ein „Netzwerkrauschen“. Fazit: Eine Netzwerkkoordination ist erforderlich.
8. Differenzierung Verantwortungsebenen: Wie wird die operative Vernetzung auf der strategischen und normativen Ebene der Stadt unterstützt?

9. Vergewisserung Rolle und Kompetenzen: Welche Rolle nimmt die koordinierende Person ein und welche Fähigkeiten werden dafür gebraucht?
10. Verankerung Netzwerkberichterstattung: Anhand welcher Indikatoren werden die Ergebnisse der Netzwerkarbeit gemessen? Eine Netzwerkberichterstattung ist Pflicht, die Vernetzung alleine garantiert noch keine Qualität.

### 3.2.2. Quartierskonzepte - eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe (Frau Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe)

Zukünftige Herausforderungen der Altenhilfe sind:

- Die demografische Alterung der Bevölkerung,
- der mit zunehmender Lebenserwartung steigende Bedarf an Pflege,
- die Zunahme alleinstehender Menschen und Verringerung des Potenzials helfender Angehöriger,
- Wandel der Wohnwünsche.

Quartierskonzepte können den Wandel der Wohnwünsche im Alter aufgreifen, die sich folgendermaßen manifestieren:

- So lange wie möglich selbstständig in der vertrauten Häuslichkeit wohnen,
- wachsender Bedarf an selbstbestimmten Wohnformen auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit,
- wachsende Zahl umzugsbereiter älterer Menschen, die selbstständige Wohnformen suchen,
- Wohnvorstellungen werden immer ausdifferenzierter.

Aus Sicht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) sind Strukturveränderungen in der Altenhilfe notwendig, die sich auf

- kleinräumige Organisation der altersgerechten Wohn- und Versorgungsstrukturen,
- einen Wechsel von der Versorgungs- zur Mitwirkungsgesellschaft und
- eine Vernetzung und Kooperation in den Wohnvierteln

beziehen.

Partizipation ermöglichen, kleinräumige Alltagsstrukturen sichern und Kooperation bzw. Vernetzung schaffen, bilden die strategischen Grundprinzipien einer quartiersbezogenen kommunalen Altersplanung.

Die zwei vorrangigen Ziele von Quartierskonzepten sind die Erhaltung des selbstständigen Wohnens im vertrauten Wohnumfeld und die Stärkung von Beteiligung sowie von Vernetzung aller Akteure im Quartier.

„Quartierskonzepte zielen darauf, einen sozialen Nahraum, mit dem sich die Bewohner identifizieren - ein Dorf, eine Gemeinde, einen Stadtteil, ein Kiez, ein Viertel - so zu gestalten, dass auch ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihrem vertrauten Wohnumfeld verbleiben können. Dafür versucht man, möglichst viele altersgerechte Wohnangebote sowie soziale Angebote und Unterstützungsangebote (Bausteine: Wohnen, Soziales und Pflege) kleinräumig in den Quartieren verfügbar zu machen“ (vgl. [http://www.kda.de/tl\\_files/kda/PDF-Dateien/2011\\_Folder\\_Quartier\\_web.pdf](http://www.kda.de/tl_files/kda/PDF-Dateien/2011_Folder_Quartier_web.pdf)).

Bausteine von Quartierskonzepten:



Der Baustein Wohnen bedeutet:

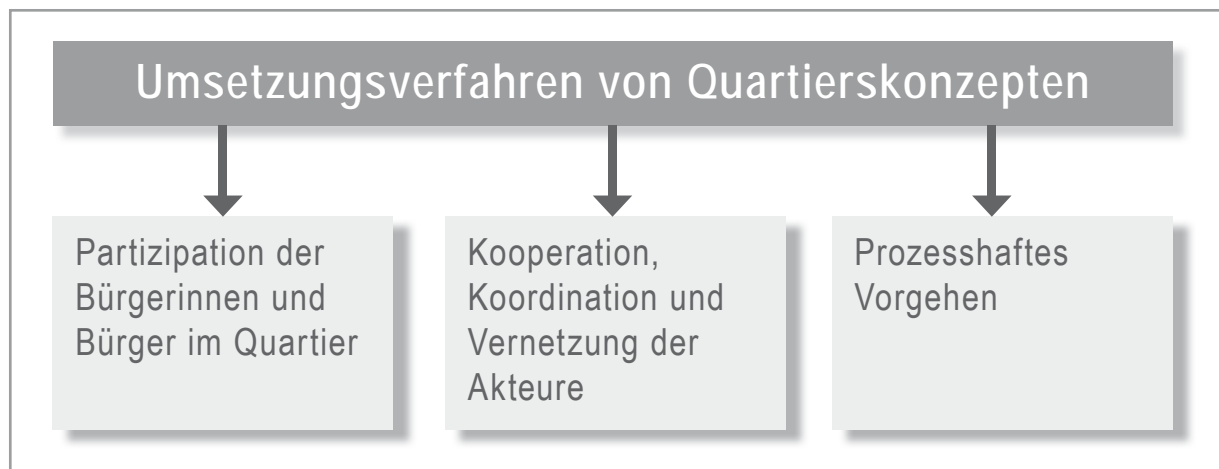
- Barrierefreier Wohnungsneubau,
- Wohnungsanpassung,
  - Integration alternativer Wohnformen,
  - Gemeinschaftliches Wohnen,
- Betreutes Wohnen,
- Wohnumfeld,
  - Barrierearme Anpassung,
  - Infrastruktursicherung.

Der Baustein Soziales beinhaltet:

- Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten,
- Sicherung von kleinräumig verfügbaren Beratungsleistungen,
- Sicherung niederschwelliger Dienstleistungen und Alltagshilfen, Hilfemix.

Der Baustein Pflege schließt ein:

- Integration kleinteiliger „Rund-um-die-Uhr“-Pflegeangebote,
- Stärkung häuslicher Pflegeangebote,
- Umstrukturierung der stationären Pflegeangebote.



Quartiersprojekte müssen sich entwickeln können und sind nicht von heute auf morgen zu implementieren:

- Die Angebotsbausteine (Wohnen, Soziales, Pflege) können nacheinander aufgebaut werden,
- die Verfahrenselemente (Kooperation und Mitwirkung) können Schritt für Schritt zum Einsatz kommen,
- der Beginn hängt ab von der Situation und den Akteuren im Quartier,
  - Akteure vor Ort ins Boot holen,
  - offen sein für weitere Akteure,
- mit Provisorien beginnen, z. B. Nachbarschaftstreff.

Im Workshop „Älterwerden im Quartier - praktische Umsetzung von Quartierskonzepten“ wurden vier zentrale Herausforderungen benannt:

- **Kleinräumige Planung und Umsetzung:  
Wie lassen sich Quartiere identifizieren?**

Je nach Größe der Stadtbezirke bzw. Stadtteile können Quartiere noch kleinteiligere Lebensräume umfassen. Ein wichtiger Punkt der Konstituierung von Quartieren ist das Vorhandensein der zum Leben notwendigen Angebote.

- **Rollenwandel der Akteure:  
Wer hat welche Funktion?**

Anbieter von Wohnungen oder Dienstleistungen werden zu Initiatoren und Begleitern von Personen und Entwicklungsprozessen. Dies geschieht nicht isoliert, sondern als Kooperationspartner in einem Netzwerk, das über professionelle Anbieter hinaus einen Hilfemix umfasst.

- **Einbeziehung der Quartiersbewohner:  
Welche Beteiligungsformen haben eine Chance auf Akzeptanz?**

Quartiersbegehungen, Werkstattgespräche, generationenübergreifende „Zukunftsoffensiven“ der Stadtbezirke, Bürgerforen und Quartierskonferenzen sollten als Mittel der Beteiligung geprüft und erprobt werden.

Wichtig: Die Ergebnisse solcher Zukunftswerkstätten müssen auch umgesetzt werden, da ansonsten die Motivation der Beteiligten sinkt und die Aktivierung von bürgerschaftlichem Engagement schwieriger wird.

- **Finanzierung des laufenden Quartiersmanagements:  
Wie könnte eine Finanzierung des Quartiersmanagements erfolgen?**

Denkbar ist die Ausweisung eines Quartiersbudgets durch die Kommune. In Frage kämen aber auch Quartierssolidaritätsbeiträge aus dem Bereich der Wohnungswirtschaft oder der sonstigen Infrastruktur (z. B. Restaurants, Geschäfte usw.) sowie Vereinsbeiträge, Spenden oder Finanzmittel aus Bürgerstiftungen. Auch die (bestehenden) Quartiersmanagementressourcen im Rahmen der „Soziale-Stadt“-Programme sollten verstärkt genutzt werden, da ohne einen Kümmerer viele Initiativen nicht weitergeführt werden können.

### 3.3. Handlungsempfehlungen

- Vernetzungen im Quartier und daraus entstehende Quartiersprojekte benötigen einen Verantwortlichen, der das Quartiersmanagement übernimmt.

Aufgaben sind:

- Sicherung der Beteiligung der Bürger,
  - Koordination der Arbeit der Akteure,
  - Anregung von Eigeninitiative,
  - Stärkung der sozialen Netze,
  - Sicherung der Transparenz.
- Modellprojekt: Identifizierung von drei Quartieren und Implementierung eines „Verantwortlichen“ für ein Quartiersmanagement, Finanzmittel pro Quartier in Höhe von 7.000 EUR (Doppelhaushalt 2012/2013).
  - Stärkung und Weiterentwicklung der inhaltlichen Arbeit der stadtbezirksbezogenen Arbeitsgemeinschaft, die vom Bürgerservice Leben im Alter durchgeführt und verantwortet wird.
  - Durchführung von Quartiersbegehungen, Bürgerbefragungen, Bürgerforen und Werkstattgesprächen.



## 4 Selbstbestimmtes und selbstständiges Leben im Alter

### 4.1 Allgemeine Daseinsvorsorge und Alltagsbewältigung

#### 4.1.1 Bürgerservice Leben im Alter

Der Bürgerservice Leben im Alter als Sachgebiet der Abteilung „Sozialarbeit und Betreuungsbehörde“ des Sozialamtes begleitet seit 1999 ältere Menschen und ihre Angehörigen in Stuttgart. Er ist der kommunale Fachdienst für Menschen, die Anliegen zu Versorgung und Pflege im Alter oder die allgemeine Fragen zu Altersthemen haben. Entstanden aus einem städtischen Modellprojekt 1988/1989, das damals zu dem bundesweit beachteten IAV-Stellen-Konzept des Landes Baden-Württemberg führte, vereint der Bürgerservice Leben im Alter heute mehr als zwanzig Jahre umfassende Erfahrung mit den unterschiedlichsten Aspekten des Themenfeldes Alter.

Einer der großen Vorteile des Bürgerservice Leben im Alter ist seine dezentrale Struktur. In allen Stuttgarter Stadtbezirken finden die Menschen in Wohnortnähe ein Stadtteilbüro des Bürgerservice Leben im Alter. Dort kümmern sich 27 Fachkräfte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, teilweise auch mit pflegerischer Ausbildung oder mit gerontologischer Zusatzausbildung, um die Anliegen der Menschen, die zu ihnen kommen und um Rat, Unterstützung und Begleitung nachsuchen. Wer nicht zu den wohnortnahen Kompetenzzentren gehen kann, wird zuhause aufgesucht.

Der Bürgerservice Leben im Alter ist den individuell geprägten und gestalteten Lebenswelten älterer Menschen durch seine Präsenz in den Stadtbezirken sehr nah und kann so neue altersbezogene Themen und Entwicklungen früh erkennen und darauf reagieren. Diese Flexibilität zum Nutzen der Menschen hat eine große Beratungsqualität mit sich gebracht und zu einer Anerkennung in der lokalen Fachwelt, besonders aber bei den betroffenen älteren Menschen und deren Angehörigen, geführt.

Die erfolgreiche Arbeit ist auch darauf zurückzuführen, dass die Leitziele, die sich der Bürgerservice Leben im Alter am Anfang seines Weges gegeben hatte, in den zurückliegenden Jahren bei allen Veränderungs- und Anpassungsnotwendigkeiten beibehalten wurden. Sie bilden die Grundlage der Arbeit.

#### 4.1.2 Fachliche Standards und Leitsätze

Nach wie vor geschieht die Arbeit nach fachlichen Standards, die in praxistaugliche Leitsätze übersetzt worden sind:

- Das Alter ist eine eigenständige Lebensphase mit vielen Differenzierungen. Entsprechend umfangreich sind die altersbedingten Hilfebedarfe und entsprechend vielfältig müssen erforderliche Hilfe- und Unterstützungsangebote differenziert sein.
- Alle Aktivitäten der Altenarbeit / Altenhilfe müssen die höchstmögliche Autonomie älterer Menschen beachten und ein größtmögliches Maß an Normalität in deren Alltag sichern.



- Konkrete Angebote und Leistungen der Altenarbeit / Altenhilfe müssen einerseits dem jeweils individuellen Bedürfnis des einzelnen älteren Menschen nach Unabhängigkeit, andererseits seinem Bedürfnis nach Sicherheit entsprechen.
- Auch bei Unterstützungs-, Versorgungs- und Pflegebedarf ist selbstbestimmtes Leben in selbstgewählten Wohnformen selbstverständlich.
- Die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben muss möglich sein.
- Kultur- und ethnien-spezifische Bedürfnisse werden geachtet.
- Niemand darf durch die Maschen des Versorgungsnetzes fallen.
- Beratungs- und Unterstützungsangebote haben Transparenz sicherzustellen und müssen die Wahlfreiheit unter Angeboten und Leistungsanbietern ermöglichen.
- Präventionsorientiertes Arbeiten hat Vorrang.

#### 4.1.3 Aufgaben und Funktion der Stadtteilbüros

Der Bürgerservice Leben im Alter ist die zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für ältere Menschen (mit und ohne Behinderungen) und deren Angehörigen in allen Fragen des Alters, besonders zur Unterstützung, Versorgung und Pflege im Alter in der Landeshauptstadt Stuttgart.

Nachfolgende Kernaufgaben des Dienstes werden unter der Maßgabe der o. g. Leitsätze ausgeführt:

- Bedarfsklärung im Einzelfall, strukturell und regional.
- Leistungerschließende Beratung.
- Vermittlung zu Anbietern von Leistungen des ambulanten, teilstationären und stationären Bereiches, zu den gerontopsychiatrischen Fachdiensten sowie zu allen versorgungssichernden Diensten und Institutionen.
- Beratung, Mitwirkung, Stellungnahmen und Gutachten bei Leistungen nach SGB XII für ältere Menschen sowie (teilweise) bei Leistungen nach SGB II.
- Beratung älterer Menschen und ihrer Angehörigen zu allen Fragen eines Umzugs in eine stationäre Einrichtung.
- Beratung, Unterstützung und Intervention bei Beseitigung drohender und eingetretener Selbst- oder Fremdgefährdung älterer Menschen.
- Beratung, Unterstützung, Mitwirkung und Intervention bei Beseitigung drohender und eingetretener Wohnungsverwahrlosung bzw. Wohnraumgefährdung älterer Menschen.
- Mitwirkung bei der Anregung gesetzlicher Betreuungen.
- Organisation, Sicherstellung, ggf. Übernahme persönlicher Hilfe, z. B. als Begleitung, Betreuung allein stehender älterer Menschen und deren Angehörigen.
- Netzwerkarbeit - einzelfall- und stadtteilbezogen.
- Koordination aller notwendigen Hilfen und Dienste.

- Weiterentwicklung der lokalen Unterstützungs- und Hilfeangebote.
- Geschäftsführung der lokalen Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“.
- Anregung, Mitwirkung und ggf. Organisation von Projekten zu Themen der Altenarbeit / Altenhilfe.

#### 4.1.4 Fachstellen „Stationäre Einrichtungen“ und „Wohnen und Kurzzeitpflege“

Neben den Stadtteilbüros oder Kompetenzzentren Altenarbeit / Altenhilfe in den Stadtbezirken verfügt der Bürgerservice Leben im Alter über die Fachstellen „Stationäre Einrichtungen“ und „Wohnen und Kurzzeitpflege“. Beide Fachstellen bieten ihren Service einerseits der Stuttgarter Bevölkerung an, andererseits unterstützen sie die Mitarbeiter der Stadtteilbüros in besonders schwierigen Einzelfällen.

Aufgaben der Fachstelle „Stationäre Einrichtungen“ sind

- die Beratung älterer Menschen und deren Angehörigen, für die außergewöhnliche Versorgungsbedarfe in stationären Einrichtungen der Altenhilfe organisiert werden müssen,
- die Organisation von passenden Wohnformen für Menschen mit einem Versorgungsbedarf im Bereich der sog. Pflegestufe 0 und
- die Beratung bei Beschwerden über die Versorgung in stationären Einrichtungen.

Weiter hat die Fachstelle die Aufgabe, die von ihr gegründete „Gemeinschaftsinitiative Stuttgarter Pflegeheime“ und die inzwischen umbenannte „Aktion Begegnung“, in der mittlerweile fast 30 Stuttgarter Heime bei der Gewinnung und Schulung ehrenamtlich Tätiger gut zusammenarbeiten, zu begleiten und zu unterstützen. Die Initiative führt jährlich einen Fachtag für interessierte Ehrenamtliche und Fachkräfte aus den Pflegeheimen durch, an dem mittlerweile fast 200 Menschen teilnehmen. Diese Aktivitäten zum bürgerschaftlichen Engagement sollen auch in den nächsten Jahren fortgesetzt werden.

Im Zusammenhang mit Beschwerdemeldungen wurde das Thema „Gewalt in der Pflege“ mit Unterstützung der Fachstelle vertiefend bearbeitet. Einer - unter städtischer Federführung - bestehenden Arbeitsgruppe gelang es, eine Notübernachtung bzw. einen Schutzraum für von Gewalt bedrohten Menschen mit Pflegebedarf zu organisieren, der seit September 2010 genutzt werden kann.

Das Aufgabenprofil der ehemaligen Fachstelle „Kurzzeitpflege“ musste den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden: Zum einen konnten bis Ende 2009 ca. 30 Kurzzeitpflegeplätze in Stuttgarter Heimen von der Fachstelle Kurzzeitpflege belegt werden. Dafür erhielten die Heime eine finanzielle Förderung. Diese entfiel ab 2010, da in den letzten Jahren das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen kontinuierlich gesteigert werden konnte.

Zum anderen gibt es vermehrt Anfragen zum betreuten Seniorenwohnen bzw. zu alternativen Wohnformen für Ältere. Mit der Übernahme des Projektes „Wohnen mit Hilfe“, das bis Ende 2009 vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Stuttgart e. V., organisiert worden war, kam dann noch ein weiteres Segment aus dem Bereich „Wohnen“ hinzu. Die Umbenennung der Fachstelle in „Wohnen und Kurzzeitpflege“ war daher nur folgerichtig.

Die aktuelle Aufgabe der Fachstelle „Wohnen und Kurzzeitpflege“ ist die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu allen Fragen der Kurzzeitpflege, die Vermittlung von Kurzzeitpflegeplätzen, Aufbau und Pflege einer Datenbank über Seniorenwohnungen mit Betreuung, Federführung sowie Organisation für das Projekt „Wohnen mit Hilfe“ und Sammlung von Informationen und Beratung zu allen Formen neuer Wohnprojekte für ältere Menschen.

#### 4.1.5 Aktuelle Entwicklungen

Der demografische Wandel hatte in den zurückliegenden 10 Jahren auch Auswirkungen auf die Arbeit und Arbeitsinhalte des Bürgerservice Leben im Alter: Die Anfragen nach Beratung und Unterstützung sind insgesamt um ca. 30 % gestiegen; es haben mehr Alleinstehende und Alleinlebende die Leistungen des Bürgerservice Leben im Alter in Anspruch genommen; die Zahl der Älteren, die langfristig die Begleitung durch die Mitarbeiter benötigten, ist gestiegen und der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund, die den Bürgerservice Leben im Alter aufgesucht haben, hat ebenfalls zugenommen.

Gleichzeitig wurden die Themen, mit denen die Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter konfrontiert sind, wesentlich komplexer und beziehen sich verstärkt auf Lebenslagen, die früher bei den älteren Klientinnen und Klienten noch nicht vorgekommen sind.

Vor allem stieg in den letzten zwei Jahren die Anzahl der Fälle, in denen alte Menschen durch betrügerische Telefonwerbung oder Glücksspielteilnahme in Verschuldung und existentielle Not gerieten. Hier sorgen, mangels eigener Möglichkeiten und Fähigkeiten der Betroffenen und mangels Unterstützung durch Angehörige, die Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter über den normalen im bürgerlichen Recht vorgesehenen und zeitlich sehr aufwändigen Weg für die Abwehr bzw. Niederschlagung der Forderung. Was dies für einen verwaltungstechnischen und zeitlichen Aufwand bedeuten kann, zeigt sich deutlich in einem Fall, in dem ein älterer Mann innerhalb eines halben Jahres über 120 Mahnschreiben von mehr als 25 Gläubigern (Inkassounternehmen) erhalten hatte.

Der zunehmenden Komplexität der Fälle entspricht eine immer größer und damit unübersichtlicher werdende Anzahl von Leistungsanbietern. Deren Einzelleistungen sind nicht selten derart gestückelt und mit jeweils unterschiedlichen Preisen versehen, dass sich selbst für Fachleute nachvollziehbare Gesamtpreise nur schwer ermitteln lassen.

In vielen Fällen braucht es zur Bedarfsdeckung unterschiedliche Fachdienste bzw. Leistungsanbieter. Die entsprechenden Anbieter zu finden, ist in der Landeshauptstadt Stuttgart grundsätzlich unproblematisch. Im sehr gut ausgebauten Stuttgarter Hilfenetz finden sich für die allermeisten Bedarfslagen passende Anbieter. Wegen der abnehmenden familialen Unterstützung und der wachsenden Zahl an alleinlebenden Menschen sind jedoch die entstehenden Pflegeverhältnisse sehr störanfällig. Bereits kleinste Irritationen können dann zum Zusammenbruch der Versorgung

führen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es für die Kontinuität eines stabilen Unterstützungs- und Pflegesettings eine Institution braucht, die (für eine begrenzte Zeit) Koordinationsfunktionen und die Gesamtverantwortung eines Falles übernimmt. Dafür eignet sich die Methode des Case Managements des Bürgerservice Leben im Alter.

#### 4.1.5.1 Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII (Sozialhilfe)

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, notwendigen und fachlich begründbaren Versorgung betroffener Menschen im Bereich der Hilfe zur Pflege wurde gemeinsam mit der Abteilung Sozialleistungen des Sozialamtes ein besonderes Verfahren entwickelt: Hierbei analysieren Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter nach einheitlichen Kriterien mittels eines gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) entwickelten, standardisierten Erhebungsbogens die Inhalte der MDK-Gutachten, „übersetzen“ diese in die vorgegebenen Leistungspakete und legen den Umfang der einzelfallbezogenen Leistungen fest. Diese Feststellung durch den Bürgerservice Leben im Alter ist Grundlage für den Bescheid der Sozialhilfe-Leistungsgewährung. Da sich die Pflegedienste inzwischen als Unternehmen auf dem Pflegemarkt bewegen, die älteren Menschen aber oftmals nicht mehr „marktfähig“ sind, übernimmt der Bürgerservice Leben im Alter an der Seite der Klientinnen und Klienten die Sicherstellung der Angebots- und Kostentransparenz und sichert eine wirtschaftliche Angebotsgestaltung.

Durch das neue Verfahren hat sich die Qualität der Arbeit sowohl bei der Leistungsgewährung der Sozialhilfe als auch beim Bürgerservice Leben im Alter deutlich verbessert.

#### 4.1.5.2 Case Management (CM)

Der Bürgerservice Leben im Alter hat frühzeitig den methodischen Ansatz des Case Managements übernommen und seine Mitarbeiter schulen lassen. Mittlerweile sind alle Fachkräfte in der Lage, komplexe Einzelfälle fach- und sachgerecht im Case-Management-Verfahren zu bearbeiten. Damit die Auswertung der CM-Fälle, aber auch die der „normalen“ Fälle, gut gelingen kann, wurde eine Software entwickelt, mit der die gesamte Arbeit des Bürgerservice Leben im Alter abgebildet und für Planungszwecke genutzt werden kann.

#### 4.1.5.3 Menschen mit Migrationshintergrund

Die Zahl der anfragenden Menschen mit Migrationshintergrund stieg in den zurückliegenden Jahren stetig und hatte Anfang 2009 einen Anteil von ca. 18 % aller eingehenden Anfragen erreicht. Auf diese Entwicklung hatte der Bürgerservice Leben im Alter u. a. durch kultur- und ethnien-spezifische Schulungen seiner Mitarbeiter reagiert. Daneben hat er im Rahmen des Projektes „MiMi - Mit Migranten für Migranten“, das vom Ethno-Medizinischen Zentrum e. V. (EMZ), Hannover, auch in der Landeshauptstadt Stuttgart durchgeführt wurde, an der Schulung der muttersprachlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mitgewirkt. Ziel des Projekts ist es, bei Menschen mit Migrationshintergrund die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und für präventive Maßnahmen zu stärken und so langfristig einen Beitrag zur Reduzierung von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen zu leisten, indem ihnen die gleichberechtigte Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten sowie der Zugang zu relevanten Gesundheitsinformationen ermöglicht bzw. erleichtert wird.

Außerdem wurde der Versuch unternommen, mit muttersprachlichen Fachkräften einzelne ethnische Gruppen gezielt zu erreichen. Wegen der Vielzahl der Gruppierungen stößt dieses Konzept jedoch an Grenzen. Nach einer ersten Einschätzung scheint die kultur- und ethniespezifische Qualifizierung der Mitarbeiter der Regeldienste die erfolgreichere Variante zu sein. Das zeigt auch der relativ hohe Anteil der Migrantinnen und Migranten an den Anfragenden beim Bürgerservice Leben im Alter insgesamt. Unterstützt wird diese Sichtweise auch durch die Feststellung, dass z. B. im Jahr 2008 lediglich in 16 Einzelfällen von den insgesamt 1.795 anfragenden Menschen mit Migrationshintergrund die Hinzuziehung von Dolmetschern notwendig war.

Was die Art der Anfragen und die Bearbeitung der Anliegen anging, so unterschieden sich diese in Qualität, Komplexität und Besonderheiten nicht von denen der deutschen Bevölkerung. Auch gab es keine unlösbaren Versorgungssituationen. Grund dafür mögen die überwiegend ambulanten Versorgungsbedarfe gewesen sein, für die mittlerweile ein auch für Menschen mit Migrationshintergrund ausreichendes Leistungsangebot vorhanden ist. So gibt es neben ambulanten Pflegediensten mit unterschiedlichem muttersprachlichem Personal auch Dienste, die sich auf nur eine ethnische Gruppe spezialisiert haben, z. B. für russisch sprechende Pflegebedürftige.

Damit ist die relativ geringe Nutzung der Regeldienste durch Menschen mit Migrationshintergrund, wie sie in der Fachliteratur immer wieder beschrieben wird, natürlich ebenso wenig widerlegt, wie der schlechtere Gesundheitsstatus der Migranten gegenüber der einheimischen Bevölkerung. Allerdings ist auch zu fragen, ob die an diese Feststellungen anknüpfende Forderung, es müssten mehr Migranten in den Einrichtungen der Altenhilfe „erscheinen“, nicht auf einer Fehlbewertung dieses Phänomens beruht. Unterscheidet man zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe, so finden sich Migranten längst bei den ambulanten Diensten. Für die stationären Hilfen (Pflegeheime) steht dies noch aus, was allerdings bei einem durchschnittlichen Eintrittsalter in ein Pflegeheim von ca. 83 Jahren auch gar nicht anders sein kann, selbst wenn man den eher prekären gesundheitlichen Zustand von Migranten und den evtl. früheren Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei dieser Gruppe mit bedenkt. Die am längsten hier lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, die sog. Gastarbeitergeneration, ist derzeit zwischen 65 und 75 Jahre alt.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist der Bürgerservice Leben im Alter mit seiner Strategie der schrittweisen kulturspezifischen Qualifizierung des Dienstes und der Mitarbeiter bisher auf dem richtigen Weg.

Für den Bereich der dementiellen Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund und einer angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung sind allerdings völlig neue Überlegungen anzustellen. Hier gibt es bisher keine gesicherten Erkenntnisse und Verfahren. Dieses Thema wird eine der großen Herausforderungen der nächsten Jahre sein. Hier stehen alle Beteiligten noch am Anfang. Gültige und wirkungsvolle Konzepte müssen erst noch erarbeitet werden. In Stuttgart kann und muss dies schwerpunktmäßig durch die Gerontopsychiatrischen Dienste geschehen.

#### 4.1.5.4 Sucht im Alter

Im Jahr 2010 sind knapp 3 % der Klientel der Suchtberatungsstellen in der Landeshauptstadt Stuttgart über 65 Jahre alt (vgl. GRDRs 242/2011 - Jahresbericht 2010 der ambulanten Suchthilfe in Stuttgart für die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sowie Suchtprävention<sup>1</sup>). Verschiedene Studien gehen davon aus, dass ca. 0,5 bis 3 % der über 65-Jährigen alkoholabhängig sind, bei ca. 7 bis 10 % der über 65-Jährigen wird eine Medikamentenabhängigkeit angenommen (vgl. [www.stmug.bayern.de/gesundheit](http://www.stmug.bayern.de/gesundheit) und [www.alzheimer-nrw.de](http://www.alzheimer-nrw.de)). Beim Bürgerservice Leben im Alter waren in den letzten drei Jahren bei ca. 5 % aller Beratungen Suchterkrankungen ein Thema.

Der Bürgerservice Leben im Alter ist in der Begleitung suchtkranker Menschen auf eine besondere Form der Zusammenarbeit und Kooperation mit den bestehenden Suchtberatungsstellen angewiesen: Zum einen bedarf es einer kontinuierlichen Unterstützung im Rahmen der Alltagsbewältigung durch den Bürgerservice Leben im Alter, zum anderen sind aber auch langfristige therapeutische Maßnahmen der Suchtberatungsstellen notwendig. Dabei ist es wichtig, dass ältere Menschen die Hilfe der Suchtberatung niederschwellig in Anspruch nehmen können und die Suchtberatungsstellen ihre „Gehstruktur“ (in die Häuslichkeit der älteren Menschen) ausbauen.

Der Bürgerservice Leben im Alter wird im Hinblick auf eine bessere Versorgung ihrer Klientel mit Suchtproblematiken noch im Laufe dieses Jahres auf die Suchtberatungsstellen zugehen mit dem Ziel, einen besseren Zugang älterer Menschen in die Suchtberatung zu erreichen.

#### 4.1.5.5 Altenarbeit und Altenhilfe im Quartier

Was in der Jugendhilfe seit Jahren Standard ist, nämlich die Arbeit unter Quartiersgesichtspunkten zu bewerten und zu gestalten, ist inzwischen auch in der Altenarbeit und Altenhilfe erreicht. Diese Entwicklung wurde durch eine intensive Auseinandersetzung und durch konzeptionelle Überlegungen innerhalb der Sozialverwaltung angestoßen und u. a. in Zusammenarbeit mit den Wohnbaugesellschaften diskutiert, die ihren Wohnungsbestand über Quartierskonzepte besonders für ältere Mieterinnen und Mieter, aber auch für Familien, attraktiver machen wollen. Mit generationenübergreifenden Konzepten sollen die Bedürfnisse beider Gruppen angemessen beantwortet werden.

Nachdem es vor drei Jahren Kontakte zwischen der Sozialverwaltung und Wohnungsunternehmen zu Quartierskonzepten gab, an denen auch der Bürgerservice Leben im Alter beteiligt war, versuchten sich einige Wohnbaugesellschaften mit eigenen Projekten in drei Stuttgarter Stadtteilen. Aktuell zeigt sich, dass geeignete Konzeptionen, die wesentlich von Bewohnern eines Quartiers auf ehrenamtlicher Basis getragen werden müssten, noch nicht gefunden sind. Der Bürgerservice Leben im Alter wird auch bei diesem Thema in Kooperation mit den Stuttgarter Akteuren, insbesondere den Wohnbauunternehmen, versuchen, die Entwicklung von quartiersbezogenen Konzepten voranzutreiben.

---

<sup>1</sup> Im Folgenden zitierte Gemeinderatsdrucksachen (GRDRs) beziehen sich immer auf den Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart.

#### 4.1.5.6 Pflegeweiterentwicklungsgesetz – Pflegestützpunkte – Pflegeberatung

Mitte 2008 trat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in Kraft. Es sieht u. a. die Einführung von Pflegestützpunkten vor. Inzwischen hat die „Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V.“ für die Landeshauptstadt Stuttgart zwei Pflegestützpunkte genehmigt. Diese sind organisatorisch beim Bürgerservice Leben im Alter angesiedelt. Die Aufgaben der beiden Pflegestützpunkte für die inneren und äußeren Stadtbezirke sind im Vertrag, den die Landeshauptstadt Stuttgart mit den Pflegekassen abgeschlossen hat, so beschrieben:

„Der Pflegestützpunkt bietet umfassende sowie unabhängige, träger- und anbieterübergreifende, wettbewerbsneutrale Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, insbesondere durch

- abschließende Einzelinformationen bzw. Beratung, wenn kein weiterer Hilfebedarf zu erkennen ist,
- Sondierungsgespräche zur Einschätzung des notwendigen Informations-, Beratungs- oder Hilfebedarfs,
- Beratungsgespräche über mögliche Hilfen und bei Bedarf Vermittlung / Kontaktaufnahme zu Leistungsanbietern.

Der Pflegestützpunkt ist auch Informationsplattform und dient zur Unterstützung der Beratung über regionale Angebote zur pflegerischen Versorgung.

Der Pflegestützpunkt koordiniert im Einzelfall alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote und gibt Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.

Der Pflegestützpunkt fördert die Kooperation aller Beteiligten und trägt zur Vernetzung eines abgestimmten, niederschweligen und wohnortnahen Angebotes für hilfeschuchende Menschen bei, das möglichst alle pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Angebote vor Ort umfasst.“

Die beiden neuen Pflegestützpunkte werden eine wichtige Rolle bei der weiteren Verbesserung und Entwicklung der Versorgungsstrukturen in Stuttgart nicht nur für ältere, sondern für alle pflegebedürftigen Menschen spielen.



#### 4.1.6 Pflegeberatung

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat nicht nur die Einrichtung von Pflegestützpunkten ermöglicht. Neu ist auch eine gesetzliche Verpflichtung zur Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und Pflegekassen auf Bundesebene Schulungsrichtlinien herausgegeben, um eine qualitativ hochwertige Beratung zu sichern. Die Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter haben sich nach den Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes zum Case Management und zu Pflegefachwissen schulen lassen. Somit können sie seit Mai 2010 ebenfalls qualifizierte Pflegeberatung nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz leisten.

#### 4.1.7 Ausblick

In den aktuellen Organisationsstrukturen, die sowohl für Kontinuität als auch für Flexibilität des Bürgerservice Leben im Alter stehen, lassen sich die Herausforderungen der nächsten Jahre, insbesondere die Stärkung eines sozialraumorientierten Arbeitsansatzes, bewältigen. Hierbei sind die dezentrale Struktur und damit die Ansiedlung des Dienstes in den Lebenswelten der älteren Menschen besonders hoch zu gewichten. Allerdings kann der Bürgerservice Leben im Alter die Aufgaben der Zukunft nicht alleine bewältigen. Er ist dazu auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit sämtlichen Akteuren, die Leistungen für ältere Menschen anbieten, angewiesen. Das breit gespannte Hilfenetz in Stuttgart bietet hierzu beste Voraussetzungen. Allerdings muss auch dieses Hilfenetz aufwändig gepflegt werden.

Damit die notwendige Zusammenarbeit auch dauerhaft sein kann, müssen sich alle Akteure in Zukunft für eine neue partizipative und gleichzeitig verbindliche Dialogkultur öffnen. Die auf lokaler Ebene bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“, die vom Bürgerservice Leben im Alter organisiert und moderiert werden, sind hierfür gut geeignet. In diesem Rahmen sollte es gelingen, mit den Altenhilfeakteuren eine gemeinsame Verantwortung für den lokalen Bereich des Stadtteils oder des Stadtbezirks zu erarbeiten und so bei der Weiterentwicklung und Qualifizierung der Angebotslandschaft eine gestaltende Rolle anzunehmen. In Kontakt und in Zusammenarbeit mit der Sozialplanung können so auch konstruktive Vorschläge an die Politik gegeben werden.

Wenn heute an Altenarbeit / Altenhilfe gedacht wird, dann geschieht dies vorrangig in den Kategorien von professioneller und sozialarbeiterischer Beratung und Begleitung, körperlicher Unterstützung, Hilfe und Pflege. Antworten auf die „demografische Herausforderung“ werden oft noch im Ausbau von klassischen Unterstützungssystemen, vorwiegend hauswirtschaftliche Alltagsunterstützung und Pflege betreffend, gesehen. Jedoch lassen sich längst nicht alle Bedarfe einer zukünftigen und zukunftsfähigen Altenhilfe mit einem Ausbau von professionellen Diensten befriedigen. Mit der zunehmenden Zahl alleinstehender älterer Menschen entsteht bei Auftreten eines Unterstützungsbedarfs ein neuer „Versorgungstyp“, eine neue „Versorgungsart“, angesiedelt in einem Bereich zwischen psychosozialer Begleitung und Pflege. Einsamkeit ist eine der Ausprägungen davon, Hilflosigkeit im Umgang mit der Schnelligkeit insgesamt und den Auswirkungen der modernen Technik, vorwiegend der elektronik-basierten Kommunikationstechniken, eine andere.



Der Personenkreis der Alleinlebenden und Alleinstehenden hat einerseits Kontakt- und Kommunikationsbedürfnisse, die häufig so umfassend wie unerfüllbar sind, andererseits unter seinen jeweils obwaltenden persönlichen Lebensbedingungen aber keine Chance, diese existenziellen Grundbedürfnisse mit den bestehenden Diensten befriedigt zu erhalten.

Gerade für die alltagsnahe Unterstützung und Begleitung älterer alleinstehender Menschen fehlen geeignete Angebote. Zwar gibt es seit vielen Jahren Besuchsdienste für unterschiedliche Zielgruppen, eine befriedigende Antwort auf die neu entstehenden Bedarfslagen sind diese Dienste aber nicht. Dies liegt u. a. daran, dass die Konzepte der meisten Dienste nicht weiterentwickelt worden sind und bereits der bloße Besuch als Lösung begriffen wird. Aber auch eine personelle und strukturell nicht ausreichende Ausstattung des Freiwilligenmanagements innerhalb der Dienste, Einrichtungen und Organisationen begrenzen häufig die Reichweite solcher Angebote. Daher sind in den nächsten Jahren Maßnahmen und die dazu notwendigen Strukturen zu entwickeln, um auf die bereits jetzt schon feststellbaren Bedürfnisse älterer, alleinstehender und in der Regel hochbetagter Menschen zu reagieren (vgl. Kapitel 4.3.3 – Partizipation und bürgerschaftliches Engagement).

## 4.2 Gesellschaftliche Teilhabe und Angebote zur Lebensgestaltung

### 4.2.1 Teilhabe Älterer stärken

Inwieweit die Teilhabe älterer Menschen in einem Gemeinwesen verwirklicht wird, hängt wesentlich von den Altersbildern der Gesellschaft ab:

Potenziale und Grenzen des Alters sind zum Teil direkt, zum Teil indirekt von Altersbildern beeinflusst. Dies gilt für die berufliche Leistungsfähigkeit wie für das bürgerschaftliche Engagement, für die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit wie für die Auseinandersetzung mit Krankheiten, Pflegebedürftigkeit oder Demenz (vgl. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. BMFSFJ, Berlin 2010).

Gerade im Hinblick auf den demografischen Wandel sollten ältere Menschen nicht nur unter „Defizitgesichtspunkten“ gesehen werden, vielmehr sollte eine kritische Reflexion über die Vielfältigkeit des Alterns erfolgen. Die Reflexion auf gesellschaftlicher Ebene sollte neben den Grenzen des Alters auch die Potenziale mit bedenken (vgl. Kapitel 3.1.1 Exkurs „Altersbilder“).

Ein „reduktionistisches Altersbild“ verhindert ein verantwortungsvolles Gesundheitsverhalten, bürgerschaftliches Engagement, Bildungschancen, Handlungsspielräume für ältere Menschen im politischen Raum und befördert Ängste vor Pflegebedürftigkeit bzw. Demenz. Nur indem die Potenziale des Alters mitbedacht werden, können gegenwärtige und zukünftige Unterstützungsbedarfe für ältere Menschen bewältigt werden. Alter ist nicht nur mehr als Lebensabschnitt zu begreifen, der einer besonderen Sorge und eines besonderen Schutzes bedarf.

Eine kritische Reflexion, die die Vielfältigkeit des Alters aufgreift, vermeidet negative und positive Diskriminierungen aufgrund des Alters.

Es muss vermieden werden, dass Benachteiligungen allein aufgrund des kalendarischen Lebensalters entstehen (negative Diskriminierung); aber auch Begünstigungen und Privilegien sollten nicht nach Lebensalter gewährt werden (positive Diskriminierung), sondern nach Kriterien, die die soziale Gesamtsituation von Personen berücksichtigt. Regulierungen in verschiedenen Bereichen sollten regelmäßig auf eine mögliche implizite negative oder positive Altersdiskriminierung hin geprüft werden (vgl. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. BMFSFJ, Berlin 2010).

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist, dass älteren Menschen Zugang zu Bildung verschafft wird. Vermittlung von Kompetenzen für ein eigen- und mitverantwortliches Leben kann über Bildung geleistet werden, das bedeutet, dass Bildung nicht nur als Recht, sondern auch als Pflicht angesehen wird und zwar bezogen auf alle Lebensalter.

Die altersspezifischen Angebote zur Lebensgestaltung in der Landeshauptstadt Stuttgart erhalten und fördern die Eigeninitiative zur weitest gehenden Selbstbestimmung älterer Menschen, damit sie die vielfältigen Angebote und Möglichkeiten von gesellschaftlichen Aktivitäten wahrnehmen können. In diesem Sinne richten sich die Angebote zur Lebensgestaltung an ältere Menschen,

- die sich nicht in einer sozialen Notlagen befinden. Die Angebote dienen der Befriedigung allgemeiner Bedürfnisse und der Wahrnehmung von Rechten,
- die in speziellen altersabhängigen, zum Teil aber vorübergehenden Problemlagen ergänzende Hilfen benötigen,
- die in ihrer spezifischen Lebenslage Einschränkungen und Behinderungen nicht aus eigener Kraft überwinden können.

Die Arbeit der Stuttgarter Begegnungsstätten, der Träger der Altenerholungsmaßnahmen, des Treffpunkts Senior, der Interessenvertretungsgruppen, der Vereine und der Kommune tragen hierzu wesentlich bei und schaffen ein differenziertes Angebot in der Landeshauptstadt Stuttgart.

#### 4.2.2 Begegnungsstätten

Die demografische Entwicklung wird weiterhin tiefgreifend das Zusammenleben der Gesellschaft auf kommunaler Ebene verändern, sodass neue Konzepte regionaler Sozialplanung gefragt sind. Vor allem die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft verlangt langfristige Anpassungsstrategien hinsichtlich der sozialen Sicherungssysteme.

Die Begegnungsstätten sind für Ältere in der Landeshauptstadt Stuttgart ein wichtiger „Pfeiler“ im Vor- und Umfeld von Pflege. Sie leisten einen wesentlichen präventiven Beitrag dazu, dass ältere Bürger länger unabhängig von pflegerischer Versorgung bleiben können. Zudem leisten die Stuttgarter Begegnungsstätten Hilfe zur Alltagsbewältigung und fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Der präventive Aspekt der Begegnungsstätten ist nicht zu unterschätzen, da zukünftig eine zunehmende Zahl Pflegebedürftiger auf mehr Pflegekräfte angewiesen sein wird und damit steigende finanzielle Ressourcen der Gesellschaft notwendig sind. Dem gegenüber geht die Zahl potenzieller familiärer und professioneller Kräfte in der Pflege und die Zahl der im Erwerbsleben stehenden Beitragszahler zurück.

Die Begegnungsstätten bieten in der Landeshauptstadt Stuttgart für ältere Menschen und deren Angehörige ein kleinräumiges, dezentral aufgebautes und nahezu flächendeckendes Netz an Angeboten mit Beratungs- und Versorgungsaspekten und Orte der Begegnung und Kommunikation an. Die Angebote der Begegnungsstätten berücksichtigen die zunehmende Singularisierung und die Hochaltrigkeit einer großen Zahl von Menschen.

Für eine wirksame Daseinsfürsorge einer steigenden Anzahl älter werdender Menschen sind die Begegnungsstätten in den Stadtbezirken unverzichtbar.

In der Landeshauptstadt Stuttgart entstanden in den Jahren 1970 bis 1980 die ersten Begegnungsstätten. Mit diesen Einrichtungen werden für ältere Menschen Treffpunkte und Räume vorgehalten, in denen deren Bedürfnisse nach Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben Rechnung getragen wird. In der Konzeption der Landeshauptstadt Stuttgart sind die Begegnungsstätten formal auf ein Publikum über 55 Jahre angelegt. Gemeinschaftliches und geselliges Leben unterstützt durch Angebote dieser Art hat eine besondere gesundheitsfördernde Bedeutung, da Einsamkeit und Isolation älterer Menschen entgegengewirkt wird.

In der Landeshauptstadt Stuttgart stehen älteren Menschen 34 Begegnungsstätten mit einem umfangreichen Programmangebot zur Verfügung. 7 Begegnungsstätten (21 %) sind direkt an ein Pflegeheim angeschlossen. In der Landeshauptstadt Stuttgart sind 28 Begegnungsstätten (82 %) hauptamtlich und 6 Begegnungsstätten (18 %) ehrenamtlich geführt (Stand: April 2011). Die einzelnen Begegnungsstätten weisen beträchtliche Unterschiede in der räumlichen und personellen Ausstattung auf und prägen die Möglichkeiten und Varianz des Angebots.

Im Jahr 2009 besuchten durchschnittlich 1.629 Personen pro Woche die Begegnungsstätten. Das ist im Vergleich zu 2008 ein Anstieg um 11,9 % (2008: 1.456 Besucher pro Woche). Im Jahr 2008 verzeichneten die Begegnungsstätten 468.719 Besuche, im Jahr 2009 stieg die Anzahl der Besuche auf 521.862 (+ 11,3 %). Als Besuch wird jede Teilnahme an einem Programmpunkt der Begegnungsstätte gezählt.

Das Spektrum der Angebote in den einzelnen Begegnungsstätten ist sehr weit gestreut und vielfältig. Dennoch können die Angebote in 7 verschiedene Gruppen gegliedert werden: Gesellige und kulturelle Veranstaltungen, Interessensgruppen und Kurse, Infoveranstaltungen, Veranstaltungen für Ältere und Jüngere, Angebote für Migrantinnen und Migranten, Angebote für psychisch Veränderte und Mittagstischangebote. Die Öffnungszeiten der Begegnungsstätten sind unterschiedlich.

Im Jahr 2009 hatten die Begegnungsstätten 33,34 Stunden an durchschnittlich 5,42 Tagen pro Woche geöffnet.

Im Zeitraum vom 2. Januar 2009 bis zum 13. Februar 2009 wurde eine Befragung zum Thema „Arbeit in den Begegnungsstätten“ in der Landeshauptstadt Stuttgart durchgeführt. Hohe Zufriedenheit und stabile Einbindung in das soziale Netz der Begegnungsstätten sind festzustellen. Die Ziele der offenen Altenhilfe werden erfüllt. Lediglich das Ziel des bürgerschaftlichen Engagements ist noch nicht ausreichend realisiert.

#### 4.2.2.1 Darstellung der verschiedenen Arten der Begegnungsstätten

Grundsätzlich werden zwei Typen von Begegnungsstätten unterschieden:

- Typ I – Begegnungsstätten mit dem Schwerpunkt „Begegnung und Bildung“, die ehrenamtlich geführt sind.
- Typ II – Begegnungsstätten mit dem Schwerpunkt „Hilfe zur Alltagsbewältigung“ sowie „Begegnung und Bildung“, die hauptamtlich durch eine Fachkraft geleitet wird.

Unter den Typ II fallen auch die heimangegliederten Begegnungsstätten, die nicht nur für die Bewohner der Einrichtung zur Verfügung stehen, sondern sich auch an die Bürger des jeweiligen Sozialraumes wenden und sich diesen öffnen.

Einige Begegnungsstätten (u. a. die Begegnungsstätten der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.) haben weitergehende Dienste wie Nachbarschaftshilfe, Betreutes Wohnen oder Essen auf Rädern angegliedert und verstehen sich auch als Servicezentren für weitergehende Angebote der offenen Altenhilfe.

#### 4.2.2.2 Leitbilder der Begegnungsstätten

- Die Begegnungsstätten treten für ein selbstbestimmtes Leben älterer Menschen in ihrem Quartier ein.
- Die Leistungsinhalte der Begegnungsstätten sind quartiersbezogen und gemeinwesen-orientiert.
- Der ältere Mensch und sein Umfeld stehen im Mittelpunkt, unabhängig von sozialem, ökonomischem und rechtlichem Status, Geschlecht, Herkunft, Hautfarbe, Religion, Bildung, Behinderung oder sexueller Orientierung.
- Bürgerschaftliches Engagement wird von den Begegnungsstätten gefördert und fortlaufend unterstützt.
- Die Begegnungsstätten leisten Vernetzungsarbeit mit anderen Angeboten der Altenhilfe und nehmen Partizipationsansätze auf.

#### 4.2.2.3 Grundsätzliche Zielstellungen der Begegnungsstättenarbeit

Die Grundsatzziele lauten: Mit der Arbeit in Begegnungsstätten der Landeshauptstadt Stuttgart soll eine Stabilisierung und / oder Verbesserung der physischen, psychischen oder sozialen Situation von Senioren bewirkt werden. Dies umfasst:

- Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen,
- Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter erhalten,
- soziale Isolation älterer Menschen vermeiden,
- Selbstwertgefühl älterer Menschen steigern,
- ehrenamtliches Engagement fördern und nutzen,
- Mitgestaltung und Partizipation älterer Menschen ermöglichen,
- Offenheit und Toleranz zwischen den Generationen und Kulturen fördern.

Die genannten Zielformulierungen beziehen sich auf die Zielgruppe älterer Menschen, daneben finden sich noch Ziele auf institutioneller Ebene:

- Stadtbezirksbezogene Ressourcen vernetzen und organisieren,
- stadtbezirksbezogene Lobbyarbeit für ältere Menschen übernehmen,
- Öffentlichkeit für die Belange älterer Menschen sensibilisieren.

#### 4.2.2.4 Grundsätzliche Aufgabenstellungen der Begegnungsstätten

##### 4.2.2.4.1 Begegnung und Bildung

Die Stuttgarter Begegnungsstätten wirken mit ihrem differenzierten Programmangebot sozialer Isolation älterer Menschen in unserem Gemeinwesen entgegen und fördern gleichzeitig die gesellschaftliche Teilhabe. Die Begegnungs- und Bildungsangebote erfüllen den Zweck, Kontakte untereinander zu ermöglichen und individuelle Fähigkeiten bzw. Kompetenzen zu erhalten und / oder zu fördern.

Bestandteile sind z. B.:

- Gesundheitsfördernde und bewegungsorientierte Angebote,
- Vorträge,
- Veranstaltungen zu gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Pflegeversicherung, Patientenverfügung usw.),
- selbstorganisierte Gruppenveranstaltungen,
- Veranstaltungen mit kulturellem Charakter.

##### 4.2.2.4.2 Beratung und Vermittlung

Die Beratung in den Begegnungsstätten erfolgt einzelfallbezogen und dient der Erschließung weitergehender Hilfemöglichkeiten für ältere Menschen. In diesem Zusammenhang leisten die Mitarbeiter in den Begegnungsstätten eine wichtige Wegweiserfunktion hinsichtlich der Vermittlung in Hilfen anderer sozialer Dienste. Durch rechtzeitige Information können noch vor dem Eintritt einer akuten Krisensituation Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Der regionale Bezug der Begegnungsstätten stellt sicher, dass über stadtteilbezogene Hilfeangebote informiert wird.

##### 4.2.2.4.3 Kooperation und Vernetzung

Die Begegnungsstätten kooperieren im Stadtbezirk trägerintern und trägerübergreifend mit anderen sozialen Diensten in der Altenhilfe. Gelingende Vernetzungsstrukturen bewirken auf der Einzelfallebene, dass die älteren Menschen die verschiedenen Angebote und Ressourcen im Stadtbezirk wunsch- und bedarfsentsprechend nutzen können.

Im Unterausschuss „Begegnungsstätten“ der LIGA der freien Wohlfahrtspflege finden jährliche Schnittstellengespräche mit den Trägern der GerBera-Dienste und der Altenerholung statt, damit ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch, die Abstimmung der Angebote sowie die Initiierung neuer Angebote und auf veränderte Bedarfe zugeschnittene Angebote erfolgen.

Die interkulturelle Öffnung und Orientierung der Begegnungsstätten gelingt bislang vor allem in Stadtbezirken mit einem hohen Migrantenanteil.

#### 4.2.2.4.4 Öffentlichkeitsarbeit

Durch ihre Öffentlichkeitsarbeit stellen die Träger der Begegnungsstätten die Transparenz ihres Angebots sicher und verdeutlichen die Leistungsfähigkeit. Die Begegnungsstätten nutzen verschiedene Medien gleichzeitig, um auf ihr Programmangebot hinzuweisen (Tageszeitungen, Internet, Amtsblatt, Stadtteilzeitung usw.).

#### 4.2.2.4.5 Förderung von Ehrenamt und bürgerschaftlichem Engagement

Ohne den Einsatz von Ehrenamtlichen könnte eine verlässliche und regelmäßige Arbeit in den Begegnungsstätten nicht verwirklicht werden. Dies umfasst sowohl die Programmarbeit als auch haushaltswirtschaftliche Tätigkeiten. Das Ehrenamt ist daher ein unersetzlicher „Pfeiler“ für jede Begegnungsstätte.

Deshalb wird dieses Thema auch von der Sozialverwaltung unterstützt und im Jahr 2011 in den LIGA-Unterausschuss „Begegnungsstätten“ eingebracht. In einem Workshop sollen Ideen, Kenntnisse, Schwierigkeiten und Erfahrungen bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen gesammelt und ausgewertet werden.

#### 4.2.2.5 Zukünftige Entwicklungsmöglichkeiten der Begegnungsstätten

Die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der vielfältige strukturelle Wandel, der sich durch die demografischen Veränderungen zukünftig abzeichnen wird, erfordert eine stärkere Vernetzung und Kooperation der Stuttgarter Begegnungsstätten mit den Angeboten innerhalb des Systems der Altenhilfe und auch mit den Komplementärsystemen (z. B. GerBera-Diensten).

Segmentierte Angebotsstrukturen werden durch Vernetzungsarbeit überwunden, d. h. ein weitgefasstes Verständnis der Lebens- und Problemlagen älterer Bürger wird im Stadtbezirk bewirkt.

Die Begegnungsstätten haben einen sozialräumlichen Bezug und können über eine konsequente Vernetzungsarbeit der lokalen Akteure erreichen, dass die Besucherinnen und Besucher bedarfsgerecht die Angebote und Ressourcen im Stadtbezirk nutzen.

Zusätzlich werden in folgenden Handlungsfeldern von den Begegnungsstätten Kooperationen und Vernetzungen auf- und ausgebaut.

#### 4.2.2.5.1 Interkulturelle Öffnung der Begegnungsstätten für ältere Migrantinnen und Migranten

Die interkulturelle Öffnung der Begegnungsstätten für ältere Migrantinnen und Migranten ist und bleibt eine Herausforderung in der täglichen Arbeit. Erfolgreich arbeiten Begegnungsstätten in Stadtbezirken mit einem hohen Migrantenanteil (z. B. in Ost, Mitte, Süd, Bad Cannstatt), bei denen der Besucheranteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund zwischen 20 % und 30 % beträgt. Besonders die Begegnungsstätten der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V. verzeichnen Erfolge mit der interkulturellen Öffnung ihrer Sozialdienste. Trotz allem ist zu konstatieren, dass noch erhebliche Anstrengungen unternommen werden müssen, damit die interkulturelle Öffnung der Begegnungsstätten zielführend im Sinne der Bedarfslagen älterer Migrantinnen und Migranten weiterentwickelt wird.

Durch eine enge Kooperation zwischen der Abteilung Integration des Referats Koordination und Planung des Oberbürgermeisters und der Sozialplanung des Sozialamts wird das Thema „Interkulturelle Öffnung der Begegnungsstätten“ aufgenommen, so dass in zwei Pilotbezirken (Ost und Zuffenhausen) eine Vernetzung der Moscheevereine und der Begegnungsstätten noch im Jahr 2011 angestrebt wird. Die Vernetzung soll konkret über die gemeinsame Entwicklung von Programmangeboten (muttersprachlichen Informationsveranstaltungen zu Pflege- und Krankenversicherung, Rentenfragen, Gesundheitskurse, Sprachkurse usw.) und der Bereitstellung von Räumlichkeiten erfolgen. Über den Arbeitskreis „Integration und Islam“, der durch die Abteilung Integration im Jahr 2010 ins Leben gerufen wurde, bestehen thematische und inhaltliche Verbindungen zwischen den Moscheevereinen und den Trägern von Begegnungsstätten, die im Jahr 2011 intensiviert und ausgebaut werden.

Alle Aktivitäten in diesem Zusammenhang zielen auch darauf ab, Schlüsselpersonen aus dem Kreis der älteren Migrantinnen und Migranten zu gewinnen, die Garanten für den Erfolg der Einbindung sind.

#### 4.2.2.5.2 Öffnung der Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

Bis zum Jahr 2015 wird sich bundesweit die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt waren und das 65. Lebensjahr vollendet haben, beinahe verdoppeln (ca. 15.000 ehemalige Beschäftigte von WfbM).

Die Landeshauptstadt Stuttgart hat auch das Ziel, den Seniorinnen und Senioren mit einer wesentlichen Behinderung bzw. den ehemaligen Beschäftigten von WfbM die Regelangebote des Sozialraums zu erschließen.

Durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) wurden ab dem Jahr 2009 „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ angestoßen. Das Sozialamt der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich mit der „Erschließung von Regelangeboten des Sozialraums für Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung“ beschäftigt. Beschrieben wurden die Voraussetzungen, unter denen die Beschäftigten der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) die Begegnungsstätten im Sozialraum nutzen können.



Begegnungsstätten sind ein wichtiges Angebot für ältere Menschen mit wesentlicher Behinderung, weil

- die Angebote regelmäßig stattfinden und eine tagesstrukturierende Funktion erfüllen,
- feste Programme dem Bedürfnis älterer Menschen mit Behinderung nach Sicherheit und Planbarkeit entsprechen,
- die Angebote soziale Kontakt- und Interaktionschancen eröffnen,
- die Angebote über weitere Dienstleistungen (Mittagstisch, Fahrdienste, Haushaltshilfen usw.) verfügen.

Auf Grund der im Projekt gewonnenen Erfahrungen der Begegnungsstätten in den Stadtbezirken Möhringen und Feuerbach leitet die wissenschaftliche Begleitung folgende Rahmenbedingungen für eine gelingende Integration ab:

- Regelmäßige / häufige Angebote,
- Vorgaben und Strukturen,
- Einbindung der Besucherinnen und Besucher in die Planung,
- keine zu hohen Anforderungen an die Konzentration,
- Begleitung durch Fachkräfte und Einbezug Ehrenamtlicher,
- regelmäßiger und dauerhafter Kontakt,
- angenehme Atmosphäre,
- kleine Gruppen (große Gruppen führen zu Untergruppen),
- Angebote ohne Leistung und Vergleich (Vermeidung von Wettbewerbssituationen),
- ausreichend Möglichkeiten zur Kommunikation,
- neue Erfahrungen für Alle (kein Wissensvorsprung),
- Angebote, bei denen es etwas zu entdecken gibt (Ausflüge),
- Gemeinsamkeiten bewusst machen (Schnittmenge),
- Öffentlichkeitsarbeit und Information / Sensibilisierung.

Für das weitere Vorgehen ist vorgesehen, dass die Ergebnisse des Projekts aufgenommen und in ein nachhaltiges Konzept überführt werden (vgl. GRDRs 938/2010 - Ergebnisse des KVJS-Projektes „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung nach ihrem Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen). Für inklusive Angebote geht in den Begegnungsstätten die Sozialverwaltung von einem Förderbedarf von 6.000 EUR je Gruppe und Jahr aus (vgl. Kapitel 5).

#### 4.2.2.5.3 Schnittstelle Begegnungsstätten und gerontopsychiatrische Beratungsdienste (GerBera)

Angesichts des demografischen Wandels stehen die Begegnungsstätten sowohl der zunehmenden Heterogenität, als auch dem zunehmend wachsenden Bedarf an Hilfen im Rahmen demenzieller und depressiver Erkrankungen älterer Menschen gegenüber.

Bedarfssituation für Angebote gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Stuttgarter Begegnungsstätten:

- Insgesamt wurden 2010 von den acht Stuttgarter GerBera-Diensten 1.589 ältere Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen beratend unterstützt; hierbei handelte es sich in 947 Fällen um längerfristige Beratungen und Begleitungen.
- Im Laufe des Jahres 2010 haben 15 % der langfristig betreuten GerBera-Klienten Angebote von Seniorenbegegnungsstätten in Anspruch genommen.
- Nach einer Kurzumfrage im Februar 2011 sehen die acht gerontopsychiatrischen Beratungsdienste allein mit Blick auf ihre Klienten einen quantitativen Bedarf von ca. 130 Klienten, die neu in Begegnungsstätten integriert werden sollten, davon benötigen ca. 90 Klienten einen Hol- und Bringdienst.

In Anbetracht dieser Entwicklung werden Angebote benötigt, die ältere Menschen in ihrer Lebensführung dort unterstützen, wo die große Mehrheit der Älteren lebt und leben möchte, nämlich in ihrem bisherigen Zuhause, sowohl räumlich als auch regional. Der eigene Haushalt als Zeichen erhaltener Selbstverantwortung und Selbstständigkeit vermittelt gerade Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen das dringend benötigte Empfinden der Sicherheit und Kontinuität. Zum Umfeld der eigenen Wohnung ist der Stadtteil oft eine über Jahrzehnte gewachsene Heimat geworden, in dem soziale Bezüge und Kontakte existieren, die vor Vereinsamung schützen.

Mit dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird die Stabilität der Lebenskompetenzen gestärkt und Brüche der räumlichen Identität werden vermieden. Die dezentralen stadtteilbezogenen Begegnungsstätten mit ihrer klassischen „Komm-Struktur“ als Gemeinschaft stiftende Anlaufstelle für den kulturellen und sozialen Austausch stellt für diejenigen, die die Begegnungsstätten regelmäßig besuchen, ein Stück Heimat dar. Viele der Besucherinnen und Besucher nutzen die Einrichtung schon seit Jahren als Treffpunkt im Stadtteil. Andere nehmen zunächst einzelne Programmangebote wahr. Mit zunehmendem Hilfebedarf und Fortschreiten der Erkrankung greifen gerade die Hochbetagten, oft auf Initiative der Angehörigen, auf die Dienstleistungsangebote der Einrichtung zurück.

Dieser explizite Stadtteilbezug der Begegnungsstätten ist hierbei von entscheidender Relevanz, da sich sowohl die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner als auch die Angebote bei den Menschen vor Ort befinden. Diese kleinräumige Verortung ist insbesondere für Menschen mit depressiven oder demenziellen Erkrankungen von Vorteil, denn gerade für sie sind weite und unbekannte Wege undenkbar.

Die differenzierte Angebotspalette der Begegnungsstätten orientiert sich an den vielfältigen Lebenslagen, Situationen und Ressourcen älterer Menschen und ist geprägt durch das jeweilige Einzugsgebiet und seine Bewohnerstruktur. Daraus ergeben sich sehr unterschiedliche Angebotsstrukturen und Schwerpunkte, die noch weiter ausgebaut werden können, um gezielter sowohl Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu unterstützen und zu fördern als auch deren Angehörige zu entlasten.

Den Begegnungsstätten sind die drei hierfür wichtigen Säulen gemein:

### Alltagsstrukturierung

In erster Linie schaffen die Begegnungsstätten durch verlässliche Öffnungszeiten, den täglichen Mittagstisch sowie durch die Programmangebote eine klare und regelmäßige Tagesstruktur. Gemeinsames Mittagessen bedeutet Teilhabe an einer Gemeinschaft und beugt Vereinsamung mit all ihren emotionalen, sozialen und gerontopsychiatrischen Folgen vor. Dies ist gerade für verwirrte ältere Menschen und psychisch Erkrankte wichtig (hier ist auch die soziale Kontrollfunktion durch die Mitarbeiter der Begegnungsstätten nicht zu unterschätzen).

### Hauswirtschaftliche Unterstützung

Gerontopsychiatrisch erkrankte ältere Menschen benötigen erfahrungsgemäß neben alltagsstrukturierenden, kontaktaktivierenden und einbindenden Momenten auch verstärkt hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen. Neben dem selbstständigeren Erleben der eigenen Häuslichkeit ist die Entlastung für Angehörige in diesem Bereich von hohem Stellenwert, da sich gerade in der Betreuung und Pflege die teilweise konflikthafter Beziehungen und die Überlastung / Überforderung der Angehörigen niederschlägt. Eine Entlastung und Stärkung im hauswirtschaftlichen Bereich entzerrt konfliktanfällige Familienbeziehungen, verringert die psychische Belastung und gleicht Defizite aus.

In der Nachbarschaftshilfe entstehen neben der praktischen Unterstützung soziale Beziehungen. Über den reinen hauswirtschaftlichen Nutzen hinaus stabilisiert ein verlässlicher, regelmäßiger sozialer Kontakt und wirkt den gerontopsychiatrischen Risiken für Demenz und Depression entgegen. Dies steigert die Lebensqualität und Lebensfähigkeit in der eigenen Wohnung und entlastet stark die Angehörigen.

### Soziale Einbindung geistige und psychische Aktivierung

Jenseits des strukturierenden Elements schaffen die Träger der Begegnungsstätten mit einem niederschweligen kulturellen Programmangebot Möglichkeiten der Ansprache, des Kontaktes und der Aktivierung. Im offenen Kulturangebot am Nachmittag bedeutet das durch Musik, Tanz, Diavorträge, Filme, Spielnachmittage, jahreszeitliche Feste und vielem mehr Anregung, Unterhaltung und Einbindung in Gemeinschaft. Möglichkeiten der Kommunikation und des gemeinsamen Erlebens wirken der klassischen Symptomatik bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie Vereinsamung, Ausgrenzung und Kontakthemmnissen entgegen. Ergänzt werden diese durch spezielle Programm- und Kursangebote zur körperlichen und geistigen Aktivierung: Gymnastik, Gleichgewichtstraining, Yoga, Gedächtnistraining, Sprach- und Computerkurse und kreative Angebote, z. B. Mal- und Handarbeitsgruppen. Jenseits ihrer aktivierenden und sozial integrativen Funktionen steigern diese Angebote die Lebensqualität und Lebensfreude und beugen Vereinsamung vor.

Zeitliche, emotionale und inhaltliche Entlastung durch die Teilnahme an verlässlichen und sicheren Angebotsstrukturen kann die Schärfe in familiären Beziehungsentwicklungen nehmen und pflegende Angehörige ganz pragmatisch zeitlich entlasten.

Je tiefergehend die Fokussierung auf die Integration und Betreuung demenziell und depressiv erkrankter älterer Menschen ist, umso personalintensiver wird sie. Explizit hierfür müssten speziell geschulte sozialpädagogische Fachkräfte eingesetzt werden, denn der Schwerpunkt, sowohl des spezielleren als auch des integrativen Angebots, liegt auf einer kontinuierlichen persönlichen Betreuung.

Um einen älteren Menschen mit depressiver oder demenzieller Erkrankung in die Angebotsstruktur eines Begegnungszentrums einzubinden, sind einige Schritte vorzusetzen. In enger Zusammenarbeit mit GerBera und / oder den Angehörigen sollte durch Hausbesuche der Kontakt aufgebaut werden, denn körperliche und psychische Erkrankungen machen ein aktives Zugehen des Betroffenen in die Angebote einer fremden Einrichtung meist unmöglich.

In bestimmten Fällen werden auch weitere Einzelgespräche als Einstiegshilfe wichtig sein, um die Schwellenängste zu überwinden.

Es wird zeitweise nötig sein, die Älteren mit einem Hol- und Bringdienst zu den Angeboten abzuholen, nach Möglichkeit, zu Beginn zumindest, ebenfalls von der bereits bekannten Fachkraft.

Die soziale Einbindung und die verstärkte Fokussierung auf die Bedürfnisse Älterer mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen erfordern demnach personalintensive Präsenz und Betreuung vor, während und nach der jeweiligen Programmgestaltung. Dazu ist auch die fachlich enge Zusammenarbeit mit GerBera, Pflegediensten und Angehörigen notwendig.

Ausgewählte und geeignete Begegnungsstätten könnten in regional kooperierenden Verbänden mit einer stets präsenten und betreuenden Fachkraft und einer konzeptionell darauf ausgerichteten Programmergänzung, sowohl mit speziellen Angeboten für demenziell und depressiv erkrankte Menschen, als auch durch offene Angebote mit einem integrativen Charakter, auf den Bedarf reagieren. Hierfür könnte in einem Modellprojekt mit drei bis vier Begegnungsstätten und sozialräumlich zugeordneten GerBera-Diensten ein Konzept erarbeitet werden.

Voraussetzung ist eine explizit eingesetzte und geschulte sozialpädagogische Fachkraft, die im Vorfeld kooperiert, in Brückenfunktion die Kontakte herstellt und bei der Angebotsgestaltung ansprechbar und präsent ist. Dadurch wäre ein regelmäßiger Kontakt garantiert.

Die zusätzliche sozialpädagogische Fachkraft könnte die Vernetzung zu den Mitarbeitern in den jeweiligen Begegnungszentren und den Mitarbeitern von GerBera gestalten, so dass sowohl langfristig eine kontinuierliche Anbindung ans Haus, als auch eine tragende Beziehung zu den jeweiligen Mitarbeitern vor Ort entstehen kann, denn auch das klassische Angebot in den Begegnungsstätten wird angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme an depressiven und demenziellen Erkrankungen an Bedeutung gewinnen.

Außerdem käme ihr die Aufgabe zu, Besucher in die Gruppe zu integrieren, ihre sozialen Fähigkeiten zu fördern, Kommunikationshilfe in einer bestehenden Gruppe zu sein und eventuellen Schwierigkeiten in der Gruppendynamik entgegenzuwirken. Auch der Auf- bzw. Ausbau von speziell am Bedarf gerontopsychiatrisch erkrankter Besucher orientierter Angebote sollte Aufgabe sein.

Für die Verlässlichkeit und Kontinuität einer derart ausgebauten Angebotsstruktur ist eine entsprechende Personalausstattung der Begegnungsstätten Voraussetzung.

Vertreterinnen und Vertreter der Begegnungsstätten und der GerBera-Dienste entwickeln im Jahr 2011 für die Inklusion von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in Begegnungsstätten ein tragfähiges Konzept für ein Modellprojekt. Erste Gespräche haben im Frühjahr 2011 stattgefunden.

#### 4.2.2.5.4 Bürgerschaftliches Engagement in den Begegnungsstätten ausbauen

Das bürgerschaftliche Engagement ist in den Begegnungsstätten fest verankert und ohne engagierte Ehrenamtliche könnte die Arbeit in den Begegnungsstätten nicht aufrecht erhalten werden. Die Umfrage unter den Besuchern in den Begegnungsstätten zeigt, dass sich 17 % ehrenamtlich in der Begegnungsstätte engagieren.

In den vergangenen Jahren hat sich das Freiwillige Engagement verändert. Dies wird in folgender Aufstellung (Prof. Paul-Stefan Roß, Duale Hochschule Stuttgart) deutlich:

Altes Ehrenamt	Neues Ehrenamt
Orientierung an Organisationen entsprechend eigener weltanschaulicher Bindung	Wahl des Engagements (aus der Perspektive vorhandener Alternativen) nach Interesse an den Inhalten
Sinnhaftigkeit / Nützlichkeit ergeben sich aus der Tätigkeit des Verbandes / der Organisation	Sinnhaftigkeit / Nützlichkeit ergeben sich aus dem Inhalt des Engagements
Eher altruistische Orientierung und Zurückdrängung eigener Bedürfnisse	Erwartung an interessante Arbeit, die dem individuellen Anspruchsniveau entspricht und auch Selbstentfaltung ermöglicht
Eher hierarchische Einordnung in Verbandsstrukturen	Mitgestaltung der Arbeit (Inhalt, Umfang, Dauer) als bedeutsames Motiv
Konzentration auf eine Organisation und häufig langfristiges Engagement	Wunsch nach Vielfalt und Abwechslungsreichtum – in Umfang und Dauer begrenztes Engagement
Auf Dauer und auf verbindliche Mitarbeit angelegte Gruppe als Organisationsform	Auf kurz- und mittelfristige Verpflichtung angelegte Initiativgruppen, Projekte und Aktionen als Organisationsform

Diese Gegenüberstellung soll die Grundlage der Diskussion und der Weiterentwicklung des Ehrenamts in den Begegnungsstätten werden.

Das Thema Bürgerschaftliches Engagement wird von der Sozialplanung des Sozialamts im Jahr 2011 in den LIGA-Unterausschuss „Begegnungsstätten“ eingebracht. In einem Workshop sollen Ideen, Kenntnisse, Schwierigkeiten und Erfahrungen bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen gesammelt und ausgewertet werden.

#### 4.2.2.5.5 Schnittstelle Begegnungsstätten – Bürgerservice Leben im Alter

Wie bereits erläutert, sind die Aufgaben Beratung und Vermittlung der Besucher eine grundsätzliche Aufgabenstellung einer Begegnungsstätte, nur dadurch können Hilfen rechtzeitig und bedarfsgerecht eingeleitet werden.

Die sehr gute Zusammenarbeit der Begegnungsstätten und dem Bürgerservice Leben im Alter auf örtlicher Ebene kann zur Stärkung des Aufgabensegments der Beratung und Vermittlung genutzt werden, indem versuchsweise in zwei bis drei Begegnungsstätten „Sprechstunden“ durch den Bürgerservice Leben im Alter angeboten werden.

Eine Kooperation zwischen Begegnungsstätten und dem Bürgerservice Leben im Alter kann vor allem für die Menschen Vorteile bringen, die sich seltener typischer Beratungssettings bedienen. Dazu muss sich ein Angebot des Bürgerservice Leben im Alter in die Struktur der Begegnungsstätten soweit integrieren, dass sich aus informellen Situationen Beratungen ergeben können und von den Begegnungsstätten im Bedarfsfall direkt auf die Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter verwiesen werden kann. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass sich die Kooperation zwischen den Beteiligten durch den Kontakt weiter vertieft.

Mittels dieser Maßnahme wird der Servicecharakter der Begegnungsstätten erhöht und die Vernetzung zweier wichtiger Angebotsformen im Stadtbezirk weiterentwickelt. Außerdem können die Besucherinnen und Besucher der Begegnungsstätten an einem Ort qualifizierte Beratung und Begegnungsangebote abrufen, d. h. ein weiterer Schritt hin zur Bürgerfreundlichkeit wird vollzogen.

Derzeit wird mit zwei Begegnungsstätten, die stundenweise Anwesenheit der Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter abgestimmt.

#### 4.2.3 Altenerholung

Neben der Absicherung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit haben auch präventive Aufgabenfelder in der Altenhilfe wie Altenerholungsmaßnahmen eine wichtige Funktion.

Die Auftragsgrundlage für Altenerholungsmaßnahmen bildet der § 71 SGB XII „Altenhilfe“. Altenerholungsmaßnahmen sind der soziokulturellen Altenarbeit zuzuschreiben und dienen somit der Erhaltung, Schaffung und Reaktivierung sozialer Kontakte.

Neben dem § 71 SGB XII ist die Landeshauptstadt Stuttgart als Leistungsträgerin der Sozialhilfe verpflichtet, die zur Erbringung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und in ausreichender Zahl zur Verfügung zu stellen. Diese Verpflichtung ergibt sich nach § 17 SGB I in Verbindung mit § 75 SGB XII.

#### 4.2.3.1 Ziele

Die wichtigsten Zielsetzungen in der „offenen Altenhilfe“ sind die Förderung der individuellen Stärkung und Teilhabe an der Gesellschaft. Diese Ziele gelten auch für Altenerholungsmaßnahmen.

Abgeleitet ergeben sich verschiedene Aufgaben:

- Förderung von Mitwirkung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- Erhalt und Stärkung der Selbstständigkeit,
- Nutzung von Erfahrungen, Kenntnissen und Fähigkeiten älterer Menschen,
- Vermeidung von Isolation,
- Integration in Gruppen bzw. Vermittlung von Gruppenerlebnissen,
- Vermittlung von weitergehenden Hilfen zur Bewältigung des Alltags.

#### 4.2.3.2 Zielgruppen

Nicht alle älteren Bürger können die vielfältigen kommerziellen Reiseangebote nutzen, weil sie physischen, psychischen und / oder materiellen Einschränkungen unterliegen.

Zielgruppen für Altenerholungsmaßnahmen sind vor allem:

- Menschen, die begleitetes und betreutes Reisen benötigen,
- Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen,
- Menschen mit beginnender Demenz,
- Menschen mit geringem Pflegebedarf.

In Anbetracht der aufgeführten Zielgruppen ist die Entlastung von Angehörigen ein wichtiger positiver Effekt, der nicht unerwähnt bleiben darf.

Entwicklung der Teilnehmerzahlen seit 2004

Träger	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.	330	316	354	344	258	239
Caritasverband für Stuttgart e. V.	211	167	140	18	43	28
Evangelischer Kirchenkreis Stuttgart	210	160	182	200	223	199
<b>Gesamt</b>	<b>961</b>	<b>643</b>	<b>649</b>	<b>562</b>	<b>524</b>	<b>466</b>

Rückgängige Teilnehmerzahlen in der Altenerholung sind ein Trend, mit dem sich auch andere Großstädte auseinandersetzen.

Gründe für die geringe Nutzung sind:

- Vielzahl an konkurrierenden Angeboten auf dem Reisemarkt für Senioren, die auch vom Preis sehr günstig sind.
- Die Altenerholung in der Landeshauptstadt Stuttgart hat sich eindeutig auf Senioren spezialisiert, die einen Unterstützungsbedarf haben und „normale“ Reise- und Erholungsangebote nicht wahrnehmen können.

Das Angebot „Urlaub ohne Koffer“ (verreisen für einen halben oder ganzen Tag) bieten alle drei Träger von Altenerholungsmaßnahmen an.

Für eine verstärkte Teilnahme von Migrantinnen und Migranten ist eine konzeptionelle Weiterentwicklung der bisherigen Angebote notwendig, da dieser Personenkreis bisher quantitativ gesehen bei allen beteiligten Trägern keine Rolle spielt.

Wichtige Qualitätskriterien für die Altenerholung sind:

- Überwindung von Isolation und Aufbau von sozialen Kontakten, damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht wird.
- Durch präventive Maßnahmen in der Durchführung von Altenerholungsmaßnahmen wie Gedächtnistraining und Bewegungsübungen wird eine Stärkung und Förderung von vorhandenen Fähigkeiten erreicht. Außerdem werden durch die präventiven Angebote Maßnahmen zur Vermeidung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt.
- Altenerholung ist ein niederschwelliges Angebot, das sich auch dadurch auszeichnet, dass es einen Zugang zu weiterführenden Hilfen öffnet und gewährt.
- Ältere Menschen mit leichter Demenz können bei allen Trägern teilnehmen.
- Im Rahmen der örtlichen Altenerholung werden generationsübergreifende Angebote vorgehalten.

#### 4.2.3.3 Schlussfolgerungen

Altenerholungsmaßnahmen bilden einen wichtigen Baustein im System der „offenen Altenhilfe“ und sind auch weiterhin notwendig.

Nicht alle älteren Bürger können auf Grund ihrer Lebenslage (physische, psychische und / oder materielle Beeinträchtigungen) die Angebote kommerzieller Reiseanbieter nutzen, obwohl sich dieses Marktsegment in den vergangenen Jahren rasant entwickelt und ausdifferenziert hat. Letztendlich bleibt festzustellen, dass die kommerziellen Reiseveranstalter die Zielgruppen der Altenerholungsmaßnahmen nicht adäquat versorgen können und wollen.



Gerade im Hinblick auf den „Teilhabegedanken“ sind die Altenerholungsmaßnahmen für ältere Bürger bedeutsam, da sie zu einer Stärkung und Förderung der vorhandenen Fähigkeiten führen. Dadurch wird eine Veränderung des Blickwinkels erreicht, wie ältere Menschen wahrgenommen werden, d. h. die Abkehr von einer defizitorientierten Wahrnehmung hin zu einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise.

Als Fazit ist festzuhalten, dass die weitere Förderung der Altenerholungsmaßnahmen ein sinnvolles Instrument ist, damit die offene Altenhilfe ihre Zielsetzungen erfüllen kann.

#### 4.2.4 Treffpunkt Senior

Die Evangelische Akademie Bad Boll ist durch eine Vereinbarung mit der Landeshauptstadt Stuttgart mit dem Betrieb des Treffpunkts Senior beauftragt. Das Sozialamt fördert den Treffpunkt Senior über Personal- und Sachkostenzuschüsse.

Der Treffpunkt Senior ist Geschäfts- und Koordinationsstelle für alle Einrichtungen in der Landeshauptstadt Stuttgart, die aus der offenen Altenhilfe kommen und denselben Bildungs- und Sozialauftrag haben. In der Arbeitsgemeinschaft Treffpunkt Senior sind insgesamt 15 auf dem Gebiet der Altenhilfe aktive Organisationen, Verbände und Ämter zusammengefasst: Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V., Caritasverband für Stuttgart e. V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e. V., Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V., Evangelische Akademie Bad Boll, Evangelisches Bildungswerk Stuttgart e. V., Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V., Katholisches Bildungswerk Stuttgart e. V., Kulturstadtamt, Landesbank Baden-Württemberg, Paritätisches Bildungswerk LV Baden-Württemberg e. V., Schwäbischer Heimatbund e. V., Schwäbischer Turnerbund e. V., Sozialamt und Volkshochschule Stuttgart.

Als Einrichtung der Landeshauptstadt Stuttgart, die Menschen Gelegenheit gibt, sich zu treffen, zu bilden, zu engagieren und zu vernetzen, hat der Treffpunkt Senior die Aufgabe, soziale, kulturelle und politische Projekte zu planen, zu konzipieren und durchzuführen.

Die Arbeit geschieht in einem multiprofessionellen Team überparteilich, intergenerativ, interreligiös und interkulturell.

Der Treffpunkt Senior erbringt in vielen städtischen, regionalen und kirchlichen Gremien und Arbeitskreisen beratende Dienstleistungen zur Vernetzung von Know-how auf dem Gebiet der offenen Altenhilfe.

Zur realistischen Wahrnehmung des Alters gehört der Abbau von Vorurteilen, die Jüngere gegenüber Älteren ebenso haben, wie Ältere gegenüber Jüngeren. Der Treffpunkt Senior initiiert Begegnungen, um über neue Wege des Miteinanders der Generationen den Abbau von gegenseitigen Vorurteilen zu beseitigen.

Der Treffpunkt Senior macht Angebote für Menschen ab der dritten Lebensphase („50 Plus“). Mit ihnen und für sie wird ein breites Angebot im Treffpunkt Senior entwickelt bzw. erarbeitet. Durch

die Blickerweiterung und Öffnung auf die Jüngeren und den gleichzeitig fürsorgenden, bewussten Umgang mit den Grenzsituationen des Alters entwickelt sich der Treffpunkt Senior mehr und mehr zum Treffpunkt der Generationen.

Drei Arbeitsschwerpunkte zielen darauf ab, das Leben der Generationen aktiv und miteinander zu gestalten:

- Begegnungen sollen selbstbestimmt geschehen und Gelegenheit geben, neue Wege auszuprobieren.
- Über Bildungsangebote wird die Aneignung von Wissen, die Entwicklung der Persönlichkeit, die Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements und gesellschaftspolitische Einflussnahme erreicht.
- Begegnung und Bildung erfüllen sich in Beteiligung. Der Treffpunkt Senior wirkt darauf hin, dass Menschen Verantwortung übernehmen, sei es, dass sie an einer Gruppe teilnehmen oder eine Gruppe initiieren und leiten, sei es, dass sie den Dialog der Generationen führen, oder sich außerhalb des Treffpunkts Senior engagieren.

Der Treffpunkt Senior setzt Themen und bearbeitet diese in Projekten:

- In der Veranstaltungsreihe Ansichtssache diskutieren Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Generationen wichtige gesellschaftspolitische Themen im öffentlichen Raum. Das Rathaus in der Landeshauptstadt Stuttgart ist der dafür bewusst gewählte Ort.
- Im Politischen Stammtisch zum aktuellen Geschehen wird die Annäherung zur politischen Wirklichkeit gesucht.
- In Seminaren, Kursen und Tagungen werden Menschen, die noch im Beruf stehen, auf die nachberufliche Lebensphase vorbereitet. Der Personenkreis umfasst alle interessierten Erwerbstätigen. Um die Teilhabe aller zu ermöglichen, ist der Personenkreis erstmals 2010 auf die Zielgruppe von Menschen mit Behinderung, die aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) in den Ruhestand treten, ausgeweitet worden.
- Die Plattform für selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen gibt Menschen die Gelegenheit, sich mit Formen des Wohnens in der Großstadt der Zukunft auseinanderzusetzen.
- In der Strategierunde AKÄMIS (Arbeitskreis älterer Migranten in der Landeshauptstadt Stuttgart) wird versucht, die Integration von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in der Stadtgesellschaft voranzubringen.
- Mitgründerschaft und Mitgliedschaft im Forum Hospiz.

In offenen Foyers werden gesellschaftspolitische, kulturelle, medizinethische und unterhaltende Themen angeboten und somit konkret Gelegenheiten für Begegnung, Bildung sowie Beteiligung geschaffen.

Der Treffpunkt Senior regt Initiativen, die ehrenamtlich geleitet werden, an und bringt diese auf den Weg.

#### 4.2.5 StadtSeniorenRat Stuttgart e. V.

Der StadtSeniorenRat Stuttgart e. V. wurde 1992 gegründet und ist die Interessensvertretung der älteren Generation in der Landeshauptstadt Stuttgart.

Er stellt Öffentlichkeit für die Anliegen der Stuttgarter Senioren her und transportiert diese Anliegen in die zuständigen Institutionen, Behörden und Ausschüsse.

Er informiert u. a. über Vorsorge- und Patientenvollmachten, arbeitet an stadtweiten Projekten mit, veranstaltet Fortbildungen und Informationsabende und setzt sich mit sozialpolitischen Fragestellungen auseinander.

Auch die inzwischen vorgehaltene Präsenz der Delegierten des StadtSeniorenRates in den Stadtteilen und die dort regelmäßig durchgeführten Sprechstunden, tragen bei, dass die Interessen und Anliegen älterer Bürger vor Ort gestärkt werden.

Der StadtSeniorenRat Stuttgart e. V. will ab 2012 versuchen, seine Beratung – zentral und in den Stadtbezirken – in zwei Richtungen auszuweiten:

- Beratung von Migranten über Hilfen im Alter,
- Hinweise für Ältere in der allgemeinen Sprechstunde.

##### 4.2.5.1 Beratungs- und Beschwerdestelle des StadtSeniorenRates Stuttgart e. V

Die Beratungs- und Beschwerdestelle des StadtSeniorenRates Stuttgart e. V. besteht inzwischen seit 9 Jahren. Sie hat in dieser Zeit eine Vielfalt von Beschwerden bearbeitet und durch ihren umsichtigen Umgang mit den Beschwerdeführern und den Vertretern der betroffenen Dienste und Einrichtungen eine tragfähige und konstruktive Zusammenarbeit aufgebaut.

In den letzten Jahren haben sich in der Versorgung Pflegebedürftiger vor allem im stationären Bereich etliche Veränderungen vollzogen:

- Durch eine gut ausgebaute ambulante Versorgungsstruktur ist es vielen Pflegebedürftigen möglich, in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Ein Umzug in ein Pflegeheim wird erst dann in Erwägung gezogen, wenn die Pflegebedürftigkeit so schwer ist, dass sie zu Hause nicht mehr zu bewältigen ist, d. h. es ziehen zunehmend mehr schwerstkranke und oft auch sterbende Ältere in ein Heim. Knapp 25 % aller Bewohner leben weniger als drei Monate im Heim, weitere 10 % weniger als ein halbes Jahr. Für Pflegekräfte, aber auch für Angehörige, stellt das eine besondere Herausforderung dar.
- Durch neue Berufsgruppen und Pflegekonzepte, wie die der Alltagsbegleiter bzw. der Hausgemeinschaften, wird auf verändernde Bedarfe der Bewohner reagiert. Kenntnisse im Umgang mit und Verständnis für die unterschiedlichen Lebenslagen der Pflegebedürftigen sind gestiegen und tragen auch zu einer besseren Versorgung bei.

- Der Stellenwert der Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfung hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen und auch einen Bewusstseinswandel bei Betroffenen und Angehörigen in Gang gesetzt.

Diese Veränderungen haben dazu beigetragen, dass die von Betroffenen und Angehörigen geäußerten Beschwerden vielschichtiger und komplexer geworden sind. Ging es in früheren Jahren hauptsächlich um einfache Pflegemängel, wie z. B. bei der Körperpflege oder der Essensversorgung, so sind heute Fachkräftemangel, unklare Vertragsinhalte, schwer nachvollziehbare Vergütungsregelungen und von den Heimen schwer erfüllbare Erwartungen der Angehörigen Gegenstand der Beschwerden.

Mit der Übertragung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern auf die Stadt- und Landkreise hat die Landeshauptstadt Stuttgart (Mit-)Verantwortung für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen, die in der Stadt - ob in stationären Einrichtungen, im betreuten Wohnen oder selbstständig - leben, übernommen. Die Beschwerdestelle des StadtSeniorenRates Stuttgart e. V. hat sich inzwischen auch der Anliegen von Menschen mit Behinderungen angenommen und wird das Beratungsangebot für diesen Personenkreis weiter ausbauen.

#### 4.2.6 Generationendialog

Die Gesellschaft ist dauerhaft auf das Miteinander der Generationen angewiesen. Dies gilt nicht nur hinsichtlich eines Generationenvertrags finanzieller Art, sondern auch hinsichtlich gegenseitiger Unterstützungs- und Hilfeleistungen oder bei der Weitergabe von Wissen und Erfahrung. Jedoch steigt im Zuge der demografischen Entwicklung und des gesellschaftlichen Wandels zum einen der Anteil der älteren Generation an der Bevölkerung und zum anderen werden familiäre Generationenbeziehungen weniger oder nicht mehr, wie bisher, gegeben sein.

Die Gestaltung eines lebendigen und gelungenen Miteinanders ist eine der großen kommunalen Herausforderungen, wenn es um den Generationenvertrag und die Lebensqualität der Bürger geht. Die Landeshauptstadt Stuttgart initiiert seit Jahren generationenübergreifende Projekte und schafft Begegnungsmöglichkeiten für ihre Bewohner.

Bei allen Vorhaben waren und sind drei Grundsätze maßgebend:

- **Den Lebenslagen bezogenen Bedarf sichern und Kontakte fördern.**  
Ganz gleich, ob Einrichtungen und Angebote für ältere, jüngere, für bewegliche oder für in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen oder für Menschen mit Migrationshintergrund geplant werden, sollen Gelegenheiten und Anknüpfungspunkte zu anderen Generationen und Zielgruppen möglich sein.
- **Kontakte zu anderen Generationen schaffen ein Plus an Qualität.**  
Kinder und Jugendliche knüpfen Beziehungen zu Älteren, die sie stützen und ihnen Sicherheit geben. Ältere machen die Erfahrung, als Gesprächspartner geschätzt zu sein. Mit Begegnungen werden Themen vermittelt, die zum Weiterdenken anregen und zur persönlichen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Ansichten Älterer und Jüngerer beitragen.

## ■ Bürger haben die Wahl.

Wie nahe ältere oder jüngere Menschen anderen Generationen kommen, bestimmen sie selbst. Bei der Entwicklung verschiedener Wohnformen für ältere Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart lässt sich dies gut aufzeigen. Es gibt selbstbestimmte, gemeinschaftliche Wohnformen, Wohnen in der bisherigen Wohnung mit verlässlicher Versorgung oder es besteht die Möglichkeit, Wohnraum gegen Hilfeleistungen zu vermieten.

Es gibt viele gelungene generationenübergreifende Planungen und Initiativen in der Landeshauptstadt Stuttgart. Schon 1978 beteiligten sich Einrichtungen am bundesweiten Modellprojekt „Freiwillige Mitarbeit in Alten- und Pflegeheimen“ und setzten damit erste Impulse zur Öffnung der Institutionen in den Stadtteil.

Die Einrichtung einer ersten Kindertagesstätte in einem Pflegeheim der Landeshauptstadt Stuttgart vor mehr als 10 Jahren machte rasch Schule und führte zu generationenübergreifenden Wohnformen, die Raum für Kontakte und neue Erfahrungen boten und bieten.

In Stuttgart-Heslach wurde im Jahr 2002 das Generationenhaus Heslach der Rudolf Schmid und Hermann Schmid Stiftung eingeweiht. Hier wohnen jüngere und ältere Menschen mit und ohne körperliche Beeinträchtigung. Tagsüber nutzen Mütter und ihre Kinder Kontakt- und Betreuungsangebote. Ein Initiativenzentrum mit seinen vielfältigen Angeboten bietet Raum für zahlreiche Gruppierungen und Vereine aus dem Stadtteil. Alle verbindet der Wunsch, miteinander ins Gespräch zu kommen und das soziale und kulturelle Leben des Stadtteils mitzugestalten. Gleiches gilt für das Generationenhaus West der Rudolf Schmid und Hermann Schmid Stiftung.

In Stuttgart-Wangen wurde mit dem Generationenzentrum Kornhasen und in Stuttgart-Bad Cannstatt mit dem Anna Haag Mehrgenerationenhaus der erfolgreiche Weg der Generationenzentren fortgesetzt und nachhaltig in den entsprechenden Stadtteilen implementiert.

Mit dem TREFFPUNKT Rotebühlplatz - einer Einrichtung in der Mitte der Landeshauptstadt Stuttgart - mit der Volkshochschule, der Musikschule, der Mediothek, dem Treffpunkt Kinder und dem Treffpunkt Senior als Nutzer entstand ein Kristallisationspunkt für mannigfaltige Generationenbegegnungen. Z. B. treffen Kinder, Jugendliche, Bildungshungrige, Engagierte regelmäßig auf dem Weg zu „ihrem“ Angebot zusammen. Daraus entstand die Bereitschaft Älterer mit Erfahrungswissen im Personalwesen, Jugendliche bei Bewerbungssituationen zu unterstützen.

Die Wohninitiative Wabe e. V. initiiert und realisiert erfolgreiche generationenübergreifende Wohnprojekte in der Landeshauptstadt Stuttgart, die vorbildlich Jung und Alt zusammenbringen.

Solidarität unter den Generationen, gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz wird in Zukunft noch mehr die Fähigkeit zum gesellschaftlichen Dialog erfordern. Die gezeigten Beispiele und die gemachten Erfahrungen in der Landeshauptstadt Stuttgart führen zu acht Thesen, auf denen die weiteren Planungen aufbauen können:

■ **Der Dialog der Generationen ist Querschnittsthema und geht alle an.**

Ein lebendiges Miteinander im Wohnquartier, die eigenständige Lebensführung und Kontakt zu anderen Generationen zu fördern, ist im Hinblick auf den gesellschaftlichen Wandel eine gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe bei der es gilt, den Handlungsrahmen kommunaler Gestaltungsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Lebenslagen und Zukunftsperspektiven Älterer und Jüngerer sind in alle Planungsprozesse zu integrieren, städtebauliche Vorhaben mit sozialen Themen zu verbinden und in eine gemeinsame Diskussions- und Entscheidungsstruktur einzubinden.

■ **Weiterentwicklung und Ausbau der vielfältigen Möglichkeiten zur Begegnung.**

Bei der Stadtplanung, beim Wohnen, bei der Infrastruktur, den Versorgungseinrichtungen und den Grünflächen können Möglichkeiten für Begegnungen vorgesehen werden, die zum Kennenlernen, als Anlaufstelle oder als Veranstaltungsort anregen.

Beispiele gibt es viele: Öffentliche Räume können so gestaltet werden, dass sie zum Verweilen einladen und die Kommunikation fördern; Betriebszeiten von Einrichtungen können allen Altersgruppen die Chance zu einer gemeinsamen Nutzung bieten. Auch in die Sprachförderung in Kindergärten können ältere Migrantinnen und Migranten einbezogen werden.

■ **Strukturen nutzen und den Dialog der Generationen mit dem bürgerschaftlichen Engagement vernetzen.**

Für die Weiterentwicklung der Begegnungsmöglichkeiten zwischen Älteren und Jüngeren können vorhandene Strukturen und sich in Planung befindende Projekte genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise Vorranggebiete der Stadterneuerung, Gremien im Rahmen der Sozialen Stadt, die Gemeinwesenarbeit und das Stadtentwicklungskonzept für die Landeshauptstadt Stuttgart, das derzeit öffentlich diskutiert wird.

Ein lebendiges Miteinander erfordert Interesse und Beteiligung. Die Generationenbegegnung wird in einem sehr hohen Maße vom bürgerschaftlichen Engagement gestaltet und getragen und das in erster Linie von der älteren Generation. Damit fällt der Förderung des Ehrenamts und der Initiativen, der Begleitung der Engagierten und der Vermittlung von Interessen und Interessenten eine zentrale Rolle zu.

- **Ideen der Bürger aufgreifen.**

Engagierte, die für andere Generationen tätig sind, können häufig den Auslöser für ihr Engagement nennen. Sie wissen oft sehr konkret, was erforderlich ist, und begeistern andere für das Engagement. Dort wo Erfahrungswissen zugunsten anderer Altersgruppen eingebracht wird, kann dies unter dem Generationenaspekt öffentlich gewürdigt werden.

- **Kleinräumig Erprobtes stadtweit nutzen.**

Ideen und Erfahrungen aus Projekten und Initiativen in einzelnen Stadtteilen können auf ihre Übertragbarkeit hin überprüft und weiterentwickelt werden, wie z. B. die Konzeption der Generationenhäuser oder des TREFFPUNKT Rotebühlplatz. Sie können in modifizierter Form auch in anderen Stadtbezirken „unter verschiedenen Dächern“ funktionieren.

- **Der Dialog der Generationen braucht einen ständigen Fürsprecher.**

Obwohl die Begegnung zwischen Jüngeren und Älteren in allen kommunalen Handlungsfeldern mitbedacht und möglich gemacht werden muss, bedarf es der Koordination und Kooperation unter Beteiligung der unterschiedlichen Bereiche der Stadtverwaltung.

- **Bürger gestalten generationenverbindende Netzwerke und erfahren Unterstützung in ihren Vorhaben.**

Bürger entwickeln neue Formen des Miteinanders oft spontan und bedarfsbezogen. Kommunale Handlungsmöglichkeiten würdigen die Erfahrungen, Kompetenzen, Ideen und Potenziale ihrer Bürger. Sie lassen es zu, dass Bürger Gestalter ihres eigenen Lebens sind.

- **Die Landeshauptstadt Stuttgart schafft förderliche Rahmenbedingungen.**

Kommunen schaffen ein Klima für ihre Bürger, das ihnen ermöglicht, neue und tragfähige Kontakte zu knüpfen und unterstützen sie dabei. Planungen, Projekte, Vorhaben werden einer Art „Tauglichkeitsprüfung“ in Bezug auf die Begegnung unterschiedlicher Generationen und Gruppen unterzogen. Dabei spielen neben vielen anderen Aspekten, wie die Eignung der Räume, die zeitliche Nutzung für den Zugang verschiedener Gruppen, eine ansprechende Öffentlichkeitsarbeit und die Bedarfe der Nutzer, eine Rolle.

#### 4.2.7 Handlungsempfehlungen

- Inklusion von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in Begegnungsstätten. Implementierung eines Modellprojekts unter Beteiligung von 3 ausgewählten Begegnungsstätten und den GerBera-Diensten. Hierfür werden 50.000 EUR pro Jahr benötigt (Doppelhaushalt 2012/2013).
- Inklusion von geistig und mehrfach behinderten Menschen in Begegnungsstätten, die aus dem Arbeitsleben oder der Werkstatt für behinderte Menschen ausscheiden.

Für jedes inklusive Gruppenangebot, das auf die besonderen Bedarfe von älteren Menschen mit Behinderung zugeschnitten ist, entstehen Personalkosten in Höhe von ca. 6.000 EUR je Gruppe und Jahr (vgl. GRDRs 938/2010 - Ergebnisse des KVJS-Projektes „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung nach ihrem Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen). Dies wird für den Doppelhaushalt 2012/2013 von der Sozialverwaltung vorgeschlagen.

- Entwicklung eines Konzepts für die verstärkte Gewinnung von Ehrenamtlichen für die Arbeit in den Begegnungsstätten.
- Verstärkte Inklusion von Migrantinnen und Migranten in die Angebote der Begegnungsstätten und Altenerholung.



### 4.3 Partizipation und bürgerschaftliches Engagement

Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich seit Jahren in einem stetigen Wandlungsprozess hin zu einer Bürgergesellschaft, also einer Gesellschaft, die immer stärker auf das Prinzip der gesellschaftlichen, demokratischen Selbstorganisation setzt, in der auf der einen Seite immer mehr Aufgaben unabhängig vom Staat wahrgenommen werden und auf der anderen Seite auch von Bürgern neue Bereiche bürgerschaftlichen Engagements definiert werden.

Allerdings ist die Bürgergesellschaft kein Zustand, sondern eine Entwicklung, die von Bürgersinn, Zivilcourage und Solidarität geprägt ist. In diesem Entwicklungsprozess ist der Begriff Partizipation von zentraler Bedeutung. Mit Partizipation bzw. Beteiligung werden sehr unterschiedliche Formen und Funktionen benannt: Gestalten, sich Austauschen, Kommunizieren, Teilhaben, Mitwirken, Mitbestimmen, Integrieren, sich Identifizieren.

Die Frage der Partizipation und Teilhabe stellt sich in besonderer Weise dann, wenn man in diesem Prozess den Fokus auf die Situation der Seniorinnen und Senioren richtet, die das Berufsleben und damit einen ganz wichtigen Teilhabebereich verlassen, wobei diese Veränderung vielfach mit dem Verlust von sozialen Netzen einhergeht. In diesem Veränderungsprozess müssen insbesondere bisher berufstätig Gewesene sich selbst „neu erfinden“, neue Felder definieren, in denen sie tätig werden, ggf. neue Kontakte aufbauen, bisherige Werte, die das Handeln bestimmt haben, neu überdenken.

Partizipation bedeutet Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Leben. Die Partizipation älterer Menschen fördert ihre Integration ins Gemeinwesen und wirkt gegen Altersdiskriminierung. Partizipation findet im Spannungsverhältnis zweier zentraler Bedingungen statt: Zum einen muss der Bürger über Bereitschaft, Fähigkeiten und soziale Kompetenzen verfügen, um am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilhaben zu können, zum anderen sind aber auch von der Gesellschaft die Strukturen zu schaffen, die Partizipation ermöglichen und erleichtern.

Dabei sind die individuellen Möglichkeiten der Teilhabe älterer Menschen abhängig vom sozialen Status, sowohl dem, der im Erwerbsleben erreicht wurde, als auch von der wirtschaftlich ökonomischen Situation sowie dem Bildungsstand, in dem sich der ältere Mensch befindet. Dies bedeutet, dass hier unterschiedlich hohe Zugangsbarrieren vorliegen, die es mittel- bis langfristig zu beseitigen gilt.

Betrachtet man die Zahl älterer Menschen, müsste allein unter quantitativen Gesichtspunkten Partizipation selbstverständlich gegeben sein, weil die Zahl der älteren Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zunimmt und damit auch der zahlenmäßige Anteil der älteren Generation an der Bevölkerung, am Konsum und an innerfamiliären Transferleistungen ihre Macht bei der Durchsetzung ihrer Anliegen und Interessen stärkt.

Unter den Bedingungen des demografischen Wandels wächst zudem die Bedeutung zivilgesellschaftlicher Partizipation, denn diese verbessert den Zusammenhalt aller Generationen und hebt in besonderer Weise die Lebensqualität. Damit ältere Menschen mitgestalten und mitentscheiden können, benötigen sie entsprechende Informationen, Transparenz und offene Kommunikationsstrukturen, die dialogorientiert bürgernah und barrierefrei sind. Auf der anderen Seite bedarf es aber auch ermöglichender Rahmenbedingungen, die die Anliegen älterer Bürger aufgreifen und umsetzen.

### 4.3.1 Partizipation in der Bürgergesellschaft

Die Bürgergesellschaft lebt vom bürgerschaftlichen Engagement. Das bürgerschaftliche Engagement ist für sie aktivierendes, stimulierendes bestandssicherndes Element und für die Mitglieder der Bürgergesellschaft das zentrale Mittel zur Teilhabe. Bundesweite Studien belegen, dass sich etwa 36 % der Bevölkerung (etwa 23 Mio. Menschen) ehrenamtlich engagieren. In Baden-Württemberg sind es nach Veröffentlichungen der Landesregierung sogar 42 %. Bundesweit ist der größte ehrenamtliche Bereich der Sport mit 11 %, es folgen Schule und Kindergarten mit 7 %, Kirchen und Religionen mit 6 %, Freizeit und Geselligkeit, Kultur und Musik sowie der soziale Bereich mit jeweils 5,5 %, bei der Feuerwehr, den Rettungsdiensten und dem Technischen Hilfswerk (THW) sind 3 % engagiert.

Im bürgerschaftlichen Engagement bündeln sich unterschiedliche Formen von freiwilligen, nicht auf materiellen Gewinn ausgerichteten, gemeinwohlorientierten Tätigkeiten. Dazu zählen traditionelle und neue Formen ehrenamtlicher Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden, Kirchen, in Freiwilligendiensten, in unterschiedlichen Varianten der Selbsthilfe, der Wahrnehmung öffentlicher Funktionen sowie Formen der politischen Beteiligung und Mitbestimmung. Gegenüber früheren Diskussionen um das Ehrenamt zeichnet sich die aktuelle Debatte um das bürgerschaftliche Engagement durch den Bezug auf die Zivilgesellschaft bzw. Bürgergesellschaft als soziales Rahmenkonzept aus. Der Begriff des bürgerschaftlichen Engagements erfährt damit eine politische Aufwertung, da er Gemeinwohlerantwortung mit Teilhabe- und Mitbestimmungsmöglichkeiten und der Bildung von sozialem Kapital verbindet.

Mit dem fortwährenden Wandel der Gesellschaft ändert sich auch das Selbstverständnis ihrer Mitglieder, ihre Beweggründe, sich bürgerschaftlich zu engagieren, und auch die Form ihres Engagements. Dieser Veränderungsprozess hat natürlich auch Auswirkungen auf die Zielgruppe dieses Altenplans.

Die aktuelle gesellschaftliche Diskussion zur Situation älterer Menschen ist - bezogen auf das bürgerschaftliche Engagement - insbesondere durch den Hinweis auf die Potenziale älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft geprägt. Die Betonung der Potenziale verweist vorrangig auf die Selbsthilfekräfte älterer Menschen und auf ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten für ein weitgehend von gesellschaftlicher Fürsorge unabhängiges Leben. Ältere Menschen sind angesichts der demografischen Entwicklung auch keine kleine und eher bedürftige Randgruppe mehr, sondern eine ständig wachsende Gruppe mit gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Leistungskraft, mit Verantwortung für die Gestaltung der Gesellschaft und für den Generationendialog.

Während in den zurückliegenden Jahren die Lebenssituation derjenigen Menschen vorzugsweise Gegenstand der Altenhilfeplanung war, deren Leben durch Diktatur und dem deutschen Nationalsozialismus, Kriegssituation und Nachkriegszeit vorgeprägt war, rückt nun die Gruppe in den Fokus, die den Krieg allenfalls noch als Kind erlebt hat und wesentliche und prägende Lebenserfahrungen in der Nachkriegszeit und in den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts erhalten hat. Dieser Personenkreis kennt Diktatur und Krieg aus Erzählungen, trägt selbst als prägende Lebenserfahrung den Aufbau und das Werden eines freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates in sich und hat dadurch grundsätzlich ein anderes Verhältnis zum Gemeinwesen / zur Gesellschaft als die vorhergehenden Generationen.

Der Wandel des Bildes vom alternden Menschen zeigt sich nicht nur im Straßenbild, auch in der Politik und der Werbung. Aus dem neuen Blickwinkel heraus, kann die aktive politische Gestaltung eine Gesellschaft des langen Lebens - also nur als Querschnittsaufgabe - unter aktiver Beteiligung der Bürger selbst verstanden werden. So unterschiedlich wie Menschen ihr Leben verbringen, so unterschiedlich altern sie auch. Das Alter ist für diejenigen Menschen, die heute aus dem Erwerbsleben ausscheiden, zu einem eigenständigen und zeitlich umfangreichen Lebensabschnitt mit vielen Facetten geworden. Alt werden heißt nicht nur, aktiv den neuen Lebensabschnitt zu gestalten, Muße zu genießen, sich der Familie zu widmen oder Ehrenämtern nachzugehen. Alt werden ist für den Einzelnen eine Herausforderung. Zudem wird die nachberufliche und teilweise auch nachfamiliale Lebensphase künftig auch noch länger werden.

Immer mehr Menschen, die jetzt in die dritte Lebensphase eintreten, verfügen über eine berufliche Ausbildung und ein Berufsleben und sind ein selbstständiges Leben mit hohem gestalterischem Freiraum gewohnt. Sie besitzen Kompetenzen zur Gestaltung ihres Alltags und wollen diese, ihre, Erfahrung, die durchaus auch Höhen und Tiefen, Brüche in der Erwerbsbiographie beinhalten kann, weitergeben und wollen auch die Stadtgesellschaft mit gestalten.

Allerdings ist dabei ein Trend festzustellen, der sich wegentwickelt vom dauerhaften, verbindlichen, strukturell und organisatorisch eingebundenen Engagement, hin zu einem interessengetriebenen, zeitlich befristeten Engagement in wechselnden Aufgabenfeldern. Dabei geht zwar insgesamt die Zahl der Mitgliedschaften in Parteien, Kirchen und Gewerkschaften zurück, gleichzeitig steigt aber die Zahl der Vereine und Vereinsmitgliedschaften und auch das politische Interesse und politische Engagement nimmt zu, manifestiert sich allerdings in anderen Formen.

Ehrenamtliche suchen heute in ihrem bürgerschaftlichen Engagement Selbstbestimmung, Begrenzung von Aufgaben, Arbeitsinhalten und Aufwandszeiten, Unterstützung durch Hauptamtliche und Experten im Alltag, Förderung und Unterstützung, auch bezogen auf die Arbeitswelt, sowie Versicherung und Aufwandsentschädigung.

#### 4.3.2 Bürgerschaftliches Engagement in Stuttgart

Die Vielfalt kommunalen Lebens und die Vielfalt der Interessen der Bürger spiegeln sich wider in einer großen Palette mit 5 Bereichen: Soziales, Sport, Kultur, Bildung und Umwelt.

Bereits seit über 10 Jahren besteht das Netzwerk frEE Stuttgart (freiwilliges Engagement, Ehrenamt und Selbsthilfe) als ein Netzwerk von Partnern, die das bürgerschaftliche Engagement in Stuttgart fördern. Dieses Netzwerk wird von der Stabsstelle „Förderung bürgerschaftlichen Engagements“ der Landeshauptstadt Stuttgart geleitet, koordiniert und kontinuierlich ausgebaut. Partner des Netzwerks sind:

- Die Freiwilligenagentur, die umfassende Informationen und Beratung rund ums Ehrenamt für alle Altersgruppen und Nationalitäten anbietet. Sie vermittelt ehrenamtliche Helfer für Organisationen, Vereine und Verbände und betreibt dazu die Freiwilligenbörse Stuttgart, ein internetgestütztes Angebot, das zwischen Nachfragen von Einrichtungen, Diensten und Organisationen usw. und Angeboten von Freiwilligen, die sich bürgerschaftlich engagieren wollen, vermittelt. Dieses Angebot soll den interessierten Bürgern einerseits einen Überblick über denkbare Tätigkeitsfelder verschaffen und ihnen andererseits die Suche nach einem passenden Einsatzfeld erleichtern.

- Die frEE Akademie Stuttgart bietet Kurse und Seminare an für die Weiterbildung ehrenamtlich engagierter Bürger und auch für solche, die erst ein Engagement anstreben. Themen sind Vereinsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising, Rechtsfragen, Arbeitstechniken, Kommunikation, Informationstechnologie, soziale Kompetenz. Das Angebot wird durch die Landeshauptstadt Stuttgart finanziell gefördert. Die Geschäftsführung der frEE Akademie hat die Volkshochschule Stuttgart übernommen.
- Die Selbsthilfekontaktstelle KISS informiert über 500 bestehende Selbsthilfegruppen in der Landeshauptstadt Stuttgart, unterstützt Gruppen zu den verschiedensten Themen aus allen Bereichen des Lebens (wie Krankheiten, Behinderungen, Suchtprobleme, Lebenssituationen und psychische Probleme), die sich in unterschiedlichen Formen organisiert haben und hilft bei der Gründung von Selbsthilfegruppen. Diese leisten einen wichtigen Beitrag zum Gemeinwohl und tragen zu einer höheren Lebensqualität in der Landeshauptstadt Stuttgart bei.
- Die Dachverbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege im Netzwerk frEE bieten Freiwilligen ein breites Einsatzfeld in den Bereichen Soziales, Kultur und Sport für bürgerschaftliches Engagement. Der besondere Einsatz der Verbände der freien Wohlfahrtspflege gilt insbesondere den Menschen, die sich in einer sozialen, gesundheitlichen oder finanziellen Notlage befinden. Die Dachverbände im Netzwerk frEE, mit ihren angeschlossenen Mitgliedern, bieten Freiwilligen, teils in Eigenverantwortung, teils in Kooperation mit Hauptamtlichen, ein breites Einsatzfeld für bürgerschaftliches Engagement. Dachverbände sind
  - Arbeitsgemeinschaft Stuttgarter Bürgervereine e. V.
  - Bezirksverband der Gartenfreunde Stuttgart e. V.
  - Evangelische Kirche - Medienpfarramt
  - Forum der Kulturen Stuttgart e. V.
  - Freiwillige Feuerwehr - Dachverband
  - Gesamtelternbeirat für Schulen (GEB)
  - Katholische Kirche - Stadtdekanat
  - Kreisverband der Obst- und Gartenbauvereine Stuttgart e. V.
  - Sportkreis Stuttgart e. V.
  - Sportkreis Jugend Stuttgart e. V.
  - Stadtjugendring Stuttgart e. V.
  - StadtSeniorenRat Stuttgart e. V.
  - Stadtverband der Chöre, Musik- und Karnevalsverein Stuttgart 1995 e. V.
  - Treffpunkt Senior

Die älteren Menschen sind in der Bürgergesellschaft sowohl Akteure, indem sie sich - je nach individueller Situation - entweder in die Gesellschaft aktiv einbringen und bürgerschaftliches Engagement leisten, als auch Nutzer, indem sie unmittelbar vom bürgerschaftlichen Engagement anderer profitieren und Hilfeleistungen sowie Unterstützungen von anderen bürgerschaftlich Engagierten annehmen.

Die heutigen Senioren müssen feststellen und sich damit auseinandersetzen, dass viele sie betreffende Sozialbereiche nicht mehr in herkömmlicher Weise gemeinnützig organisiert und strukturiert sind, sondern Marktmechanismen unterliegen. Die Abschaffung des Wehrdienstes und damit der Wegfall des Zivildienstes stellt zudem die Träger vieler Angebote für ältere Menschen vor die Frage, wie sie die Aufgaben zukünftig bewältigen können.

Gerade in der Altenhilfe stellt sich die Frage, wie Kommune, Wirtschaft, freie Träger und engagierte Bürger konstruktiv und tragfähig zusammenwirken können, also als Kombination aller gesellschaftlichen Bereiche in einer gemeinsamen Verantwortungspartnerschaft, um die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Herausforderungen meistern zu können. In diesem Zusammenhang geht es um die Themen Pflege, hauswirtschaftliche Hilfe, Besuchs- und Begleitsdienste oder auch die Betreuung von Demenzkranken. Der Lösungsweg ist seit einigen Jahren in immer stärkerem Maße der „Wohlfahrtsmix“, also eine gemeinsame Übernahme von Verantwortung in einem kooperativ-demokratischen Verfahren. Dieser Gedanke ist an sich nicht neu - gerade in der Altenpflege war es auch schon in der Vergangenheit so, dass vorrangig die Familie bzw. Angehörige Verantwortung für die Pflege ihrer Eltern übernommen haben und dass um die Familie herum ein Netzwerk von ehrenamtlichen, semiprofessionellen und professionellen Helfern bestand bzw. gebildet wurde.

Unter den geänderten Rahmenbedingungen, der demografischen Entwicklung, der Singularisierung etc. stellen sich aber die Fragen, wie es gelingen kann, dass künftig professionelle Helfer mit Bürgern, mit Angehörigen, mit bürgerschaftlich Engagierten, der Kommune mit den Kranken- und Pflegekassen neue Wege in der Pflege gehen können. Diese neuen Wege sollten z. B. von Fairness in der Verteilung von Solidaritätsaufgaben in der Kommune und auch im Generationenverhältnis geprägt sein.

Ein solcher „Wohlfahrtsmix“ würde im Pflegebereich vier wesentliche Elemente beinhalten:

- Eine Aufwertung und Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements.
- Eine Aufwertung familiärer Beiträge in der Hilfe und Pflege.
- Die konzeptionelle Ausrichtung und Ausgestaltung von Diensten, Hilfeangeboten und Einrichtungen, die neben Marktelementen, Professionalität und staatlicher (kommunaler) Verantwortung auch bürgerschaftliche Beiträge einbeziehen und vorsehen.
- Eine Umorientierung hin zu einer aktivierenden Sozialpolitik auch auf der lokalen Ebene.

Die Angebote und Einladungen zum bürgerschaftlichen Engagement durch freie Träger oder die Kommune müssen so gestaltet werden, dass sie die Menschen zu einem Zeitpunkt erreichen und einbinden, an dem diese einen Ort für aktive Lebensgestaltung und neue Tätigkeitsfelder suchen und nicht erst dann, wenn sie vorrangig Unterstützung und eventuell Pflege brauchen. Hier liegen große Ressourcen, die es zu nutzen gilt, insbesondere auch deswegen, weil das bisherige Hilfe- und Unterstützungsangebot für ältere Menschen langfristig ohne die Unterstützung durch bürgerschaftliches Engagement nicht mehr auskommt, besonders wenn man den Rückgang familiärer Beziehungen bedenkt.

Es sind also Handlungsansätze notwendig, die auf der einen Seite soziales Engagement fördern, zum anderen aber auch Gelegenheit geben, den Anliegen derer, die sich engagieren und den Anliegen derer, für die sie sich engagieren, Gehör und Einflussnahme zu verschaffen und so langfristig zu einer sozialen Stadtentwicklung für Senioren beitragen.

Im Hinblick auf eine zu erwartende steigende Altersarmut sind mittel- bis langfristig gesonderte Überlegungen notwendig, da bürgerschaftliches Engagement immer auch von ausreichenden finanziellen Ressourcen geprägt ist. Auf der anderen Seite werden sich vermutlich mit der Notwendigkeit neuer Formen bürgerschaftlichen Engagements auch Formen der Vergütung bilden, die gerade älteren Menschen mit geringer finanzieller Ausstattung einen Anreiz bieten könnten, sich zu engagieren. Das Sozialamt hat in der Vergangenheit immer wieder - und in der Regel sehr erfolgreich - versucht, sowohl im Einzelfall zu entsprechenden tragfähigen Lösungen zu kommen, als auch auf der institutionellen Ebene in Form der Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“. In den Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“ ist allerdings das bürgerschaftliche Engagement nicht bzw. nur ansatzweise verankert.

### 4.3.3 Handlungsempfehlungen

Im Rahmen eines Modellprojekts könnte z. B. in Kooperation mit der Dualen Hochschule Baden-Württemberg der Weg zu einem neuen Wohlfahrtsmix in der Landeshauptstadt Stuttgart entwickelt und damit ein wichtiger Zukunftsimpuls gesetzt werden. Dabei wäre auf drei Ebenen anzusetzen:

- Auf der Ebene der Organisation / Sozialverwaltung durch die Schaffung eines Freiwilligenmanagements, das z. B. die Aufgabe hat, die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen zu definieren, die Kooperationen zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen zu gestalten, Ehrenamtliche zu qualifizieren und zu unterstützen und die Qualität der ehrenamtlichen Arbeit zu sichern.
- In der Schaffung von Partizipationsstrukturen innerhalb der Sozialverwaltung und in kommunalpolitischen Gremien, wie z. B. einer Einbeziehung ehrenamtlich Tätiger in die Altenhilfeplanung, in den Fachbeirat Pflege, in die Arbeitsgemeinschaften „Leben im Alter“, in konzeptionelle Überlegungen zur Ausgestaltung professioneller Tätigkeitsfelder, in den Sozial- und Gesundheitsausschuss etc.
- In der Definition eines Engagementbereiches einzelner alltagsnaher Themen und Aufgaben, die den Bürgerservice Leben im Alter in ihrer Arbeit insbesondere mit alleinstehenden Älteren unterstützen könnten. Kernstück eines solchen Angebotes, könnte die Einrichtung von „Patenschaften“ für ältere Menschen sein.

Neben der Versorgung durch die Familie und die Sicherung der psychosozialen Grundversorgung durch die Fachkräfte der Altenhilfe würde das bürgerschaftliche Engagement als „Patenschaft“ mit seinen Zuwendungsmöglichkeiten eine ergänzende und bedarfsgerechte Begleitung und wichtige Impulse leisten können. Die vorgesehene partizipative Einbindung würde zudem eine neue Qualität in der Ausgestaltung der Angebotsstruktur mit sich bringen.



## 4.4 Wohnen im Alter

### 4.4.1 Selbstbestimmtes Wohnen im Alter

Der Bereich Wohnen ist neben der Gesundheit und der finanziellen Absicherung der dritte elementare Baustein für den Erhalt der Selbstständigkeit und die Sicherung der Lebensqualität im Alter.

Dabei ist es notwendig, von einem erweiterten Begriff des Wohnens auszugehen. Denn Wohnqualität ergibt sich nicht nur aus dem gebauten Raum im engen Sinn (u. a. Standard, Ausstattung), sondern sie umfasst auch das Wohnumfeld mit der gesamten Infrastruktur (u. a. Mobilität, Versorgung) und den Bereich der sozialen Kontaktmöglichkeit.

Im Folgenden wird auf einige Befunde zum demografischen und sozialen Wandel hingewiesen. Im zweiten Teil der Ausführungen wird aufbauend ein Anstoß für einen Paradigmenwechsel beim Wohnen im Alter gegeben.

#### 4.4.1.1 Befunde zum demografischen und sozialen Wandel

##### Quantitative Entwicklungen

Aufbauend auf die Ausführungen zur soziodemografische Entwicklung (vgl. Kapitel 1) wird auf vier demografische Trends hingewiesen, die sich auf einen Zeitraum von ca. 10 Jahren (2009 - 2020) beziehen (Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt):

Die Gesamtbevölkerung Stuttgart verändert sich in den kommenden Jahren nur wenig. So steigt die Zahl der Einwohner im Zeitraum zwischen 2009 und 2020 von 592.966 Personen auf 596.529 Personen an, was einer Zunahme von 0,6 % entspricht (Prognosedaten).

Eine Aufgliederung der Gesamtbevölkerung in unter 50-jährige sowie über 50-jährige Stuttgarterinnen und Stuttgarter ergibt allerdings ein differenziertes Bild. So reduziert sich im genannten Zeitraum die Zahl der unter 50-Jährigen von 380.959 Personen auf 373.417 Personen, was einem Minus von 2 % entspricht. Gleichzeitig wächst die Zahl der über 50-Jährigen von 212.007 Personen auf 223.112 Personen an, was ein Plus von 5,2 % bedeutet.

Eine weitere demografische Aussage besteht darin, dass sich, wenn die Gruppe der über 50-jährigen Stuttgarterinnen und Stuttgarter betrachtet wird, die einzelnen Alterskohorten unterschiedlich entwickeln. So wächst die Zahl der über 85-jährigen Bürger zwischen 2009 und 2020 relativ geringfügig, nämlich von 13.925 Personen auf 14.423 Personen, was einem Plus von 3,6 % entspricht. Gleichzeitig steigt aber im selben Zeitraum die Zahl der 75- bis 85-Jährigen von 34.225 Personen auf 42.275 Personen an, was ein Plus von 23,5 % bedeutet.

Abschließend soll die Frage geklärt werden, welche Alterskohorte, wenn wieder ausschließlich die Gruppe aller über 50-Jährigen in den Blick genommen wird, besonders dominiert. Es zeigt sich, dass im Jahr 2020 von allen 223.112 über 50-Jährigen nur 6,5 %, nämlich 14.423 Personen



über 85 Jahre, gleichzeitig aber 51,6 %, dies sind 115.050 Personen zwischen 50 und 65 Jahre alt sein werden. Mehr als jeder zweite über 50-Jährige ist dann zwischen 50 und 65 Jahre alt.

### Qualitative Entwicklungen

Die bisher aufgeführten Trends lassen sich so interpretieren, dass sich die Entwicklungen, die für die vergangenen Jahre kennzeichnend war, unverändert oder in einigen Punkten verstärkt fortsetzen werden.

Die Landeshauptstadt Stuttgart wird sich auf einen wachsenden Bedarf an Pflege und an alltäglichen Hilfen sowie gleichzeitig auf eine Verringerung des Unterstützungspotenzials durch helfende Angehörige einstellen müssen. Es wird eine steigende Zahl von Menschen geben, die im Alter auf weniger familiäre Unterstützung und Pflege zurückgreifen können und deshalb verstärkt auf Nachbarschaftshilfen und kommerzielle Dienstleistungen angewiesen sind.

Die schon in der Vergangenheit festgestellte Heterogenität der Gesamtgruppe der älteren Menschen setzt sich fort. Selbst tendenziell bisher eher homogen erscheinende Unteraltersgruppen, wie z. B. die Kohorte der über 85-Jährigen, werden von einem deutlich zunehmenden Maß an Heterogenität geprägt werden.

Dabei ist es kein Widerspruch, wenn über das Hervorheben der zunehmenden Differenzierung und Pluralisierung der Lebensformen älterer Menschen hinaus, abschließend darauf hingewiesen wird, dass die Gruppe aller über 50-Jährigen nicht in erster Linie aus hilfe- oder pflegebedürftigen Älteren besteht. Es gibt eine relativ große Zahl von zunehmend emanzipierten und selbstbewussten älteren Menschen, die deutlich ihre Bedürfnisse und Wünsche im Hinblick auf das Leben und Wohnen im Alter zum Ausdruck bringen.

#### 4.4.2 Anstoß eines Paradigmenwechsels beim Wohnen im Alter

Die Antwort auf die beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen ist ein Plädoyer für einen Paradigmenwechsel beim Wohnen im Alter, die Abkehr von einem primär träger- bzw. fremdgesteuerten Versorgungsansatz und die Hinwendung zu einem eher nutzer- bzw. selbstgesteuerten Unterstützungssystem. Damit verbunden ist eine Erweiterung des Spektrums an Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen.

Für die Zukunft ist es nicht ausreichend, zusätzliche Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten im Pflegeheim und weitere Angebote von betreuten Seniorenwohnungen zu gestalten. Notwendig ist die Entwicklung einer möglichst großen Vielfalt von verschiedenen Wohnangebotssegmenten. Damit kann den heterogenen Wünschen und Bedürfnissen der Älteren entsprochen werden.

Bei diesem Prozess der Diversifizierung der Wohnangebote sollten die Angebote favorisiert werden, die sowohl auf Barrierefreiheit achten, die sich durch Alltagsorientierung, soziale Integration, die Nutzung von Präventions- und Selbsthilfepotentialen und Möglichkeiten der Mitbestimmung und Selbstbestimmung auszeichnen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegung sind drei Ansätze, die im Folgenden dargestellt werden, von besonderer Bedeutung.

#### 4.4.2.1 Erster Ansatz: Entwicklung neuer selbstbestimmter Wohnformen

In den vergangenen Jahren ist bei älteren Bürgern das Interesse an neuen alternativen, selbstbestimmten Wohnformen angestiegen. Wesentliche Motive bestehen darin, Vorsorge zu treffen für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und bewusst eine neue Lebensform mit sozialen Kontakten zu gestalten.

##### 4.4.2.1.1 Betreutes Seniorenwohnen

Das betreute Seniorenwohnen wird in der Landeshauptstadt Stuttgart schon seit 1987 angeboten. Insofern ist diese Form des Wohnens keine Neuheit. Das betreute Seniorenwohnen wird hier dargestellt, weil die Nutzung dieses Angebots für den betroffenen älteren Menschen mit einem Umzug in eine neue Wohnform verbunden ist und das betreute Seniorenwohnen dem Anspruch einer selbstbestimmten Wohnform entspricht.

Charakteristisch für das betreute Seniorenwohnen sind folgende Punkte:

- Beim betreuten Seniorenwohnen werden altersgerechte Wohnangebote und Betreuungs- bzw. Beratungsleistungen durch den Abschluss sowohl eines Miet- als auch eines Betreuungsvertrages miteinander gekoppelt.
- Die Nutzerinnen und Nutzer verfügen über eine barrierefreie Wohnung.
- Auch im Falle einer Anbindung der betreuten Seniorenwohnungen an ein Pflegeheim bleibt es dabei, dass die Nutzerinnen und Nutzer nicht in einem Heim, sondern selbstbestimmt in ihrer privaten Wohnung leben.
- Wenn die Nutzerinnen und Nutzer es wünschen, stehen ihnen soziale Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.
- Die Nutzerinnen und Nutzer haben ein strukturiertes und vereinbartes Maß an Sicherheit, um im Notfall Hilfe zu bekommen.

Einschränkend lassen sich folgende Feststellungen treffen:

- Auch ohne den Umzug in eine betreute Seniorenwohnung haben ältere Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart über den kommunalen Bürgerservice Leben im Alter die Möglichkeit, kostenlos notwendige Hilfsdienste vermittelt zu bekommen.
- Ebenso kann sich heute jeder Ältere in seiner bestehenden Wohnung mit einem Notrufsystem gegen Notfälle absichern.

Wenngleich damit die Bedeutung des betreuten Seniorenwohnens ein Stück weit relativiert wird, ist es für die Landeshauptstadt Stuttgart wichtig, ein breites Angebot an betreutem Seniorenwohnen vorzuhalten. Denn das betreute Seniorenwohnen wird für diejenigen Älteren, die auf eine barrierefreie Wohnung angewiesen sind, die ein hohes Sicherheitsbedürfnis haben und in ihrer bisherigen Wohnung vereinsamen könnten, einen wichtigen Stellenwert behalten.

Auf diesem Hintergrund sollte die Bestands- bzw. Bedarfsfrage im Hinblick auf das betreute Seniorenwohnen neu bewertet werden. Mitte des Jahres 2008 gab es in der Landeshauptstadt Stuttgart, einschließlich der im Bau oder in der Planung befindlichen Projekte, 1.749 nicht heimverbundene und 1.885 heimverbundene, insgesamt also 3.634 betreute Seniorenwohnungen (vgl. Anhang 6.10 Betreute Seniorenwohnungen). Es ist zu beachten, dass hierbei die beiden großen Augustinum-Wohnstifte in Stuttgart-Sillenbuch (664 Appartements) und in Stuttgart-Nord (290 Appartements) einbezogen sind.

Da es in allen Stadtbezirken betreute Seniorenwohnungen gibt und die über 15 Jahre alten früheren Bedarfseckwerte – auch im Hinblick auf die genannte Relativierung des Stellenwerts des klassisch betreuten Seniorenwohnens – nicht mehr allein aussagekräftig sind, plädiert die Sozialverwaltung für ein differenziertes Vorgehen bei der Beurteilung der Planung von weiteren betreuten Seniorenwohnungen. So sollen neue betreute Seniorenwohnungen zukünftig nur dort gebaut werden, wo sie auf eine nahraumbezogene und gut ausgebaute Infrastruktur treffen.

#### 4.4.2.1.2 Selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen

Weitere notwendige strukturelle Veränderungen beim Wohnen im Alter ergeben sich durch die Favorisierung von Wohnformen, die gezielt auf gegenseitige Hilfe zwischen den älteren Menschen und zwischen den Generationen setzen. Ein zentrales Beispiel ist das selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnen. Das Hauptziel der Initiatoren selbstorganisierter Wohnprojekte ist das gemeinschaftliche Zusammenleben bei gleichzeitiger Wahrung der Selbstständigkeit. Im Unterschied zu „schlüsselfertigen“ Angeboten, wie beim dargestellten betreuten Seniorenwohnen, möchten diese Personen die Art, den Ort und mit wem sie zusammenleben möchten, selbst bestimmen.

Selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnprojekte zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus Eigeninitiative älterer und jüngerer Menschen entstehen, die bewusst ein Miteinander der Generation suchen, das auf Selbstbestimmung, Selbstorganisation, Partizipation und auf gegenseitige Hilfe und Unterstützung ausgerichtet ist. Die Initiatoren versprechen sich davon ein höheres Maß an sozialer Sicherheit und an Lebensqualität. Typisch ist, dass die Kontakte zwischen den Beteiligten schon vor dem Einzug gepflegt und gemeinsame Vorstellungen über das Zusammenleben entwickelt werden.

Üblicherweise hat in einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt jede Partei eine separate Wohnung und es gibt einen Gemeinschaftsraum, der von allen Bewohnern genutzt und bezahlt wird.

Selbstorganisiertes, gemeinschaftliches Wohnen wird häufig als Mehrgenerationenprojekt konzipiert. Es gibt aber auch altershomogene Gruppen, die z. B. unter dem Motto „50 Plus“ ein Projekt aufbauen wollen. Ebenso ist das gemeinschaftliche Wohnen durch die unterschiedlichsten Formen des Eigentums geprägt. Die Projekte sind zur Hälfte jeweils als Wohneigentum oder auf Mietbasis realisiert.

Obwohl die Nachfrage nach gemeinschaftlichem Wohnen von generationenübergreifenden Initiativen steigt, ist die Zahl der realisierten Vorhaben noch nicht hoch. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass der Weg vom Beginn einer Initiative bis zur Realisierung ihrer Vorstellung

nicht einfach ist. Schwierigkeiten bestehen in der Gruppenfindung, der Konzeptentwicklung, der Rechtsform, dem Finden von geeigneten Grundstücken oder Häusern, der Finanzierung, der Bauplanung und der Organisation des Gemeinschaftslebens.

Die Vorteile solcher gemeinschaftlicher Wohnprojekte liegen nicht nur im Entstehen von sozial stabilen Nachbarschaften, sondern es ergeben sich für die beteiligten Akteursgruppen „Win-Win-Effekte“. Die Bewohner profitieren von einem selbstbestimmten Leben in frei gewählter Gemeinschaft und der Entwicklung von Selbsthilfesystemen. Die Wohnwirtschaft profitiert durch eine Minderung ihres Risikos, eine bessere Qualitätssicherung der Bestände sowie positive Effekte im Quartier. Der Vorteil für die öffentliche Hand besteht in der Prävention und Entlastung öffentlicher Hilfesysteme, der Förderung von Bürgerengagement und der Unterstützung von Familien.

In der Landeshauptstadt Stuttgart entstanden im Stadtteil Burgholzhof seit 2001 auf Initiative des Vereins Wabe e. V. und in Zusammenarbeit mit der Stuttgarter Wohngenossenschaft „PRO - gemeinsam bauen und leben“ bereits drei Häuser für gemeinschaftliches Wohnen mit einem überregionalen Bekanntheitsgrad. Darüber hinaus gibt es im Stadtteil Heslach seit 2010 ein selbstorganisiertes Wohnprojekt in der Struktur des sogenannten „Mietshäuser Syndikats“. Im Stadtteil Heslach gibt es noch weitere gemeinschaftliche Wohnprojekte.

Einer großen Zahl von Vereinen, Initiativen und Projekten ist es aber bisher noch nicht gelungen, ihre Vorhaben in der Landeshauptstadt Stuttgart zu realisieren. Angesichts der Vielzahl von positiven Effekten dieser Projekte, wäre es wichtig, dass sowohl die Landeshauptstadt Stuttgart als auch die Stuttgarter Wohnungswirtschaft alle Initiativen, die sich darum bemühen, ein selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnprojekt in Stuttgart zu realisieren, unterstützen.

Dies geschieht seit 2006 auch durch die vom Sozialamt der Landeshauptstadt Stuttgart getragene „Stuttgarter Plattform für selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen.“ Diese Informations- und Kontaktbörse geht auf eine Handlungsempfehlung im letzten Altenplan 2005 - 2010 zurück und wird zweimal im Jahr angeboten. Die Veranstaltung dient dem Informationsaustausch zwischen interessierten Bürgern und bestehenden Initiativgruppen, präsentiert realisierte und geplante Stuttgarter Projekte, vermittelt fachliche Informationen und gibt Hinweise auf Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Darüber hinaus hat die „Stuttgarter Plattform für selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen“ gemeinsam mit weiteren Partnern und Initiativen im Mai 2010 im Rathaus der Landeshauptstadt Stuttgart den 1. Stuttgarter Wohnprojekttag veranstaltet. Unter dem Motto „Anders leben als gewohnt - selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen in Stuttgart“ wurde das Thema einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Im Rahmen von Vorträgen, Workshops und einem „Markt der Möglichkeiten“ haben sich mehr als 300 Besucherinnen und Besucher jeglichen Alters über verschiedene Initiativen und Ansätze informiert. Im Mai 2012 soll der 2. Stuttgarter Wohnprojekttag durchgeführt werden.

Die größte Herausforderung für die Landeshauptstadt Stuttgart ist in den kommenden Jahren die verstärkte Ausweisung von Grundstücken für diese Projekte. Dazu wird auch an die Wohnungswirtschaft appelliert, den in Stuttgart bestehenden Initiativen, die ein Wohnprojekt auf Mietbasis anstreben, dafür geeignete Objekte anzubieten. Diese Aktivierung ist in anderen Städten schon gelungen.

#### 4.4.2.1.3 Ambulante betreute Seniorenwohngruppen

Eine dritte neue Wohnform ist die betreute Wohngemeinschaft für ältere Menschen. Es gibt eine große Bandbreite von verschiedenen Konzepten von betreuten Seniorenwohngemeinschaften. Eine erste Unterscheidung besteht zwischen ambulant und stationär betreuten Wohngruppen.

In der Landeshauptstadt Stuttgart strukturieren immer mehr Träger von Pflegeheimen die Einrichtungen nach dem Wohngruppen-Prinzip. Sie dezentralisieren Pflege und Betreuung, schaffen kleinere Einheiten und versuchen, im stationären Sektor ein größeres Maß an Normalität, Alltagsorientierung und Selbstbestimmung für die Bewohner zu ermöglichen. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen, soll aber thematisch an dieser Stelle nicht weiter verfolgt werden.

Im Gegensatz zu den Angeboten im stationären Bereich gibt es im ambulanten Sektor bislang nur eine kleine Zahl von ambulant betreuten Seniorenwohngruppen. Das theoretische Konzept der ambulant betreuten Seniorenwohngruppen zielt auf ein großes Maß an individueller Wohn- und Lebensgestaltung, auf familienähnliche Häuslichkeit, Normalität und Alltagsorientierung und auf die Schaffung eines vertrauten sicheren Rahmens, der eine aktive und selbstbestimmte Teilhabe am Alltagsgeschehen ermöglicht.

Diese Form kommt älteren Menschen entgegen, die den Wunsch haben, nicht in einem Heim, sondern privat, aber doch wiederum nicht alleine zu wohnen, sich gegenseitig im Alltag zu unterstützen und im Bedarfsfall gemeinschaftlich organisierte Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen.

Typische Merkmale dieser Wohnform:

- Zwischen 6 und 10 ältere Menschen leben zusammen in einer barrierefreien Mietwohnung.
- Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat ein mit seinem vertrauten Mobiliar eingerichtetes eigenes Zimmer.
- Gemeinsam genutzt werden die Wohnküche und teilweise die Bäder, Toiletten oder weitere Gemeinschaftsräume.

Um sicherzustellen, dass betreute Seniorenwohngruppen als ambulanten Wohnformen ordnungsrechtlich anerkannt und von interessierten älteren Menschen als attraktive und zukunftsfähige Wohnform in Betracht gebezogen werden können, gilt es drei zentrale Herausforderungen zu bewältigen.

Ambulant betreute Seniorenwohngruppen haben im Hinblick auf die Dimensionen Mobilität, Nähe und Distanz sowie Kontakt und Rückzugsmöglichkeit einen Standard zu erfüllen, der den Bedürfnissen älterer Menschen entspricht. Dazu ist es sinnvoll, neue Wohnformen in der Art auszugestalten, dass ein weiterer Umzug entweder gar nicht oder aber nur im Ausnahmefall notwendig wird. Deshalb sind neu gebaute ambulante betreute Seniorenwohngruppen barrierefrei zu gestalten. Darüber hinaus sollte allen Bewohnern eine eigene Nasszelle zur Verfügung stehen.

Um zu gewährleisten, dass die betreute Seniorenwohngruppe nicht unter das Heimgesetz fällt, sondern als ambulante Wohnform anerkannt wird, muss es sich dabei um eine selbstständige und von Dritten unabhängige Gruppe handeln, die eigenverantwortlich und autonom entscheidet.

Die Bewohner sind Mieter einer privaten Wohnung und können ihre Angelegenheiten im Rahmen einer Auftraggebergemeinschaft selbst regeln. Voraussetzung ist die uneingeschränkte Wahlfreiheit in der Inanspruchnahme notwendiger Betreuungsleistungen. An die Grenzen ihrer Autonomie stößt eine ambulant betreute Wohngruppe, wenn die Bewohner zunehmend hilfebedürftiger werden. In diesem Fall können Angehörige bzw. die gesetzlichen Vertreter den Willen des betroffenen Älteren vertreten.

Obwohl die leistungsrechtliche Einordnung einer betreuten Wohngruppe als ambulante Wohnform auf den ersten Blick unproblematisch erscheint, ist es nach den Erfahrungen der Sozialverwaltung wichtig, bei der Neuplanung einer ambulant betreuten Seniorenwohngruppe, die damit verbundene Konzeption frühzeitig mit der Heimaufsicht, den Kranken- und Pflegekassen sowie dem örtlichen Sozialhilfeträger abzustimmen. Dies gilt vor allem dann, wenn in der betreffenden Wohngruppe ältere Menschen mit einem hohen Hilfe- und Pflegebedarf wohnen möchten. In diesem Fall prüfen die genannten Organisationen, ob es sich im Hinblick auf den Umfang der Hilfen, die benötigt werden, um eine ambulante oder um eine stationäre Versorgung handelt.

Da es sich bei ambulant betreuten Seniorenwohngruppen um eine private Wohnform handelt, legen die Bewohner keinen großen Wert darauf, als solche Wohnform in der Öffentlichkeit zu erscheinen. Der Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart sind nur wenige ambulant betreute Seniorenwohngruppen bekannt:

Im Stadtbezirk Stuttgart-Nord bietet seit 2008 das Diakoniewerk Martha Maria in einer barrierearm umgebauten alten Villa Wohnmöglichkeiten für eine Gruppe von sieben älteren Menschen. Dabei handelt es sich um ein eindeutiges ambulantes Wohnprojekt.

Im Stadtbezirk Zuffenhausen gibt es seit 2008 von der Else-Heydlauf-Stiftung (Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg) das Angebot einer Wohngemeinschaft für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf. Dieses Projekt ist im Grenzbereich zwischen einer leistungsrechtlich ambulanten und einer heimrechtlich stationären Versorgung angesiedelt.

Im Jahr 2010 entstand im Stadtbezirk Möhringen, mit Unterstützung der Landeshauptstadt Stuttgart und des Landes Baden-Württemberg, eine vom Siedlungswerk gebaute ambulant betreute Seniorenwohngruppe. Es handelt sich dabei um ein barrierefreies Wohnangebot. Jedem der sechs Bewohner steht ein gemeinschaftlicher Wohnbereich und eine Küche, dazu ein privater Wohn- und Schlafraum, eine eigene kleine Küchenzeile und ein eigenes Bad mit Toilette zur Verfügung. Als Partner des Siedlungsprojekts bietet der Caritasverband für Stuttgart e. V. eine individuell zugeschnittene Betreuung an.

Ab Sommer 2011 gibt es im Stadtbezirk Bad Cannstatt eine vom Siedlungswerk erstellte und mit der Unterstützung der Landeshauptstadt Stuttgart geplante ambulant betreute Seniorenwohngruppe für insgesamt 14 Personen.

Die Sozialverwaltung erwartet, dass vor allem im Rahmen der beiden 2010/2011 entstandenen, mit der Heimaufsicht und dem örtlichen Sozialhilfeträger konzeptionell abgestimmten, ambulant betreuten Seniorenwohngruppen zusätzliche Erfahrungen gewonnen werden, auf deren Basis weitere vergleichbare Wohngruppen entstehen können.



#### 4.4.2.2 Zweiter Ansatz: Stärkung des selbstbestimmten Wohnens in der vertrauten Häuslichkeit

Der größte Teil der älteren Menschen wird zumindest in den nächsten 10 bis 20 Jahren in Ein- oder Zweipersonenhaushalten weiter in der bestehenden privaten Wohnung leben.

Eine wichtige Aufgabe im Hinblick auf das Wohnen im Alter ist die Stärkung des selbstständigen Wohnens in der eigenen Häuslichkeit und im vertrauten Wohngebiet. Dabei sollen vor allem kleinräumige Ansätze und Entwicklungen in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Dort wo junge und alte Menschen zusammenleben und sich generationenübergreifend unterstützen können, wird es am ehesten gelingen, soziale Kontakte, gegenseitige Hilfe und Eigeninitiative beim Wohnen im Alter zu stärken.

Es stellt sich deshalb die Frage, welche Punkte besonders beachtet werden müssen, um das private Wohnen älterer Menschen zu ermöglichen.

##### 4.4.2.2.1 Wohnberatung und Wohnungsanpassung

Barrierefreies Wohnen ist eine zentrale Anforderung für das Wohnen im Alter. Wo auch immer neuer Wohnraum entsteht, sollte er barrierefrei sein. Aber auch schon bestehender Wohnraum sollte daraufhin überprüft werden, ob er nicht im Rahmen von Wohnungsanpassungsmaßnahmen barrierefrei oder zumindest barrierearm gestaltet werden kann. Bei einer anstehenden Wohnungssanierung lohnt es sich immer Barrierefreiheit anzustreben, denn gerade auf dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird barrierefreier Wohnraum an Wert gewinnen. Eine Verbesserung besteht auch darin, so viele Barrieren wie möglich zu reduzieren, also „barrierearm“ umzubauen und die Wohnungen damit den Bedürfnissen der Bewohner ein Stück weit anzupassen. Jede abgebaute Barriere ist für die selbstständige Lebensführung ein Gewinn.

Im Hinblick auf diese Fragen benötigen die betroffenen älteren Menschen eine qualifizierte Beratung durch einen kompetenten Ansprechpartner. In der Landeshauptstadt Stuttgart hat diese Aufgabe die Wohnberatungsstelle vom Deutschen Roten Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V. übernommen. Das Angebot der Wohnberatungsstelle, die von der Landeshauptstadt Stuttgart gefördert wird, ist kostenlos.

##### 4.4.2.2.2 Wohnortnahe Dienstleistungen

Das zweite wichtige Element, um das private Wohnen zu stärken, ist das Vorhandensein eines gut ausgebauten Netzes von wohnortnahen Dienstleistungen. In der Landeshauptstadt Stuttgart steht eine Vielzahl an allgemeinen und speziellen Dienstleistungsangeboten in ganz unterschiedlichen Ausprägungen zur Verfügung. Dieses Bausteinsystem reicht von wohnortnahen Angeboten zur sozialen Integration, dem Vor- und Umfeld von Pflege, bis hin zu verschiedenen ambulanten und teilstationären Angeboten, die pflegerisch orientiert sind.

Darüber hinaus ist eine fußläufige Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und an eine vielseitige Infrastruktur mit Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen usw. von großer Bedeutung. Für die Stadtverwaltung besteht eine Aufgabe darin, hinzuwirken, dass in jedem Stadtteil adäquate Einkaufsmöglichkeiten angeboten werden.

#### 4.4.2.2.3 Kommunale Beratung, Vermittlung und Koordination

Unverzichtbar, wenn es um die Unterstützung des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit geht, sind die unabhängige Beratung, Vermittlung und Koordination aller in Frage kommenden Hilfen und Dienstleistungen. In der Landeshauptstadt Stuttgart hat jeder Ältere die Möglichkeit, sich an eines der 18 dezentralen Stadtteilbüros des städtischen Bürgerservices Leben im Alter zu wenden und sich dort kostenlos beraten zu lassen. Auch die Vereinbarung von Hausbesuchen ist möglich (vgl. Kapitel 4.1).

Ergänzend kommt das Angebot von zwei Pflegestützpunkten hinzu, die mit dem Bürgerservice Leben im Alter eng zusammenarbeiten und ebenfalls jederzeit kostenlos in Anspruch genommen werden können.

#### 4.4.2.2.4 Betreutes Wohnen zu Hause

Ältere Bürger können zu ihrer Absicherung und Unterstützung im Alltag bei einer Reihe von Dienstleistern spezielle Hilfspakete erwerben.

Ob diese Angebote nun „Selbstbestimmtes Leben im Alter“ (ein Angebot der Begegnungsstätten der Arbeiterwohlfahrt), „Sorglos Wohnen in Stuttgart“ (ein Angebot eines katholischen Anbieterverbundes) oder „Vertrauen im Alter“ (regionale Angebote vom Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg) heißen, immer schließen die älteren Menschen mit einem Anbieter, einen nach Wunsch und Bedarf gestalteten Dienstleistungsvertrag ab. Dabei gibt es die Wahl zwischen verschiedenen Stufen der Versorgungsintensität.

Die Spanne der Angebote reicht von kleinen und mit geringeren Kosten verbundenen Vorsorgepaketen (z. B. Aufnahme aller Daten für den Notfall und regelmäßiger Telefonkontakt) bis hin zu umfangreicheren und kostenträchtigeren Dienstleistungsmodulen (z. B. Abholservice zu Veranstaltungen, regelmäßige Hausbesuche, Schlüsselservice, Unterstützung bei oder nach Krankenhausaufenthalt usw.). Bislang werden die kleinen Pakete weitaus häufiger angenommen.

Der Markt für diese Angebote ist vielfältig und verändert sich laufend, da die Anbieter ihre Produkte immer weiterentwickeln oder kurzfristig an die Kundenwünsche anpassen. Diese Angebote richten sich an einen begrenzten Kreis älterer Menschen, der dieses Angebot wünscht und in der Lage ist, das Angebot zu bezahlen.

Als weiteres Segment der Unterstützung sind diese Angebote zu begrüßen. Dies gilt besonders für die Ansätze, die einen Quartiersbezug haben und individuell zugeschnittene Vorsorgepakete anbieten.



#### 4.4.2.2.5 Unterstützungsangebote der Wohnungswirtschaft

Seit einiger Zeit sind auf Seiten der Stuttgarter Wohnungsunternehmen verstärkte Bemühungen zu konstatieren, ihre älteren Mieterinnen und Mieter bei der Versorgung mit ambulanten Diensten und häuslichen Hilfen besser zu unterstützen. Damit soll ein möglichst langer Verbleib in der bisherigen Mietwohnung ermöglicht werden.

So startete die Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH im September 2010 eine Initiative, die als Servicewohnen bezeichnet wird. In diesem Zusammenhang hat die Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mit einem ambulanten Dienst einen Vertrag geschlossen, der vorsieht, dass dieser allen Mieterinnen und Mietern des Wohnungsunternehmens eine Reihe von Dienstleistungen anbietet (z. B. einen Hausnotruf, pflegerische und hauswirtschaftliche Dienste). Angesprochen werden dabei in erster Linie Seniorinnen und Senioren, aber auch Berufstätige, die etwa eine Reinigungskraft benötigen. Die Mieterinnen und Mieter sind nicht an den Kooperationspartner der Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft gebunden. Das Wohnungsunternehmen bietet seinen Mieterinnen und Mietern aber ein Angebot aus einer Hand, das nach Auffassung der Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft bei einigen Teilleistungen günstiger ist als vergleichbare Angebote.

Einen Schritt weiter gehen andere Stuttgarter Wohnungsbaugenossenschaften in den Stadtteilen Freiberg (seit 2007), Degerloch (seit 2008) und Giebel (im Aufbau). Sie schließen ebenso mit einem ambulanten Dienstleister eine Kooperationsvereinbarung. Das damit verbundene Angebot richtet sich aber nicht nur an die Mieterinnen und Mieter der betreffenden Wohnungsbaugenossenschaften, sondern an alle in der Nähe wohnenden Einwohner. Die Besonderheit des Angebots, es wird als Wohnen mit Versorgungssicherheit bezeichnet, besteht darin, dass der Kooperationspartner in einem der Häuser der Wohnbaugenossenschaften ein Servicebüro mit Wohncafé und Mittagstisch aufbaut. Dieses Servicebüro sichert am Ende der Ausbaustufe eine 24-stündige Versorgungssicherheit. Die Mieterinnen und Mieter bezahlen nur für die Dienstleistungen, die sie tatsächlich in Anspruch genommen haben.

Die Vorteile dieses Modells sind die 24-stündige Anwesenheit eines kompetenten Ansprechpartners für Hilfeleistungen im Wohnquartier und die Möglichkeit, auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit im Quartier wohnen bleiben zu können. Der Nachteil ist vor allem die fehlende faktische Wahlfreiheit zur Aufrechterhaltung des Beratungs- und Unterstützungsservices, der darauf angewiesen ist, möglichst viele Leistungen selbst zu erbringen (vgl. Verband der Wohnungswirtschaft Niedersachsen - Bremen e. V.: Ältere Mieter im Wohnungsbestand, Hannover 2008, S. 57f).

Den betroffenen älteren Menschen wird deshalb empfohlen, auf ihre Rechte als Verbraucherinnen und Verbraucher zu achten und bei Bedarf zusätzlich die Beratung durch den kommunalen Bürgerservice Leben im Alter in Anspruch zu nehmen.

#### 4.4.2.2.6 Wohnen mit Hilfe

Ein weiteres Unterstützungselement für das private Wohnen ist das „Wohnen mit Hilfe“. Hier geht es um die Vermittlung einer generationenübergreifenden Wohnpartnerschaft zwischen Unterstützung suchenden älteren Menschen und wohnungssuchenden jüngeren Studentinnen und Studenten. Diese Wohninitiative gibt es in Stuttgart seit 2005.

Unter der Federführung und der Vermittlung des städtischen Bürgerservice Leben im Alter in Zusammenarbeit mit den Studentenwerken von Stuttgart und Tübingen werden generationenübergreifende Wohnpartnerschaften initiiert und begleitet. Ganz konkret heißt das, dass ältere Menschen Studierenden preisgünstig ein Zimmer in ihrer Wohnung vermieten und, als Gegenleistung, von den Studierenden eine fest vereinbarte und definierte Unterstützung im häuslichen Alltag erhalten.

#### 4.4.2.2.7 Virtuelle Wohnprojekte

Als ein weiteres Unterstützungselement für das selbstbestimmte Wohnen in der eigenen Häuslichkeit werden virtuelle Wohnprojekte dargestellt. Gemeint sind damit Projekte, die nicht im Sinne herkömmlicher Wohnprojekte real existieren, im Hinblick auf die damit verbundenen Möglichkeiten aber die entsprechenden Wirkungen entfalten können.

Bei der Veranstaltung der „Stuttgarter Plattform für selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen“ am 20. Oktober 2010 hat die Soziologin Gabriele Gerngroß-Haas über das Thema „Virtuelle Wohnprojekte“ referiert:

Der Ausgangspunkt eines virtuellen Wohnprojekts kann darin bestehen, dass sich innerhalb eines Stadtteils einige Interessierte näher zusammenschließen, die an ihrer Wohnsituation (noch) nichts verändern wollen, aber nach dem „Prinzip der kurzen Wege“ einen Kreis von Gleichgesinnten in der näheren Umgebung kennen lernen möchten, die Interesse an gegenseitiger Hilfe und hin und wieder gemeinsamer Freizeitgestaltung mitbringen. Die weitere Ausgestaltung eines solchen Projekts ist ganz unterschiedlich und hängt davon ab, welche Bedürfnisse die Beteiligten haben und auf welche Gemeinsamkeiten sie sich einigen.

Ein virtuelles Wohnprojekt könnte dazu führen

- sich gegenseitige Hilfe im Notfall und Unterstützung bei Krankheit zu sichern,
- alltagspraktische Hilfen, wie die Versorgung der Wohnung bei Abwesenheit, zu vereinbaren,
- einen täglichen Anruf zu verabreden,
- regelmäßig einmal in der Woche zusammen zu essen.

Allen Bemühungen virtuelle Wohnprojekte aufzubauen ist gemeinsam, dass die Initiatoren sich die positiven Wirkungen eines solchen Wohnprojekts wünschen, ohne aber jetzt schon unter ein gemeinsames Dach ziehen zu wollen; nach dem Motto „Zusammen leben – allein wohnen“.

Die damit verbundenen positiven Funktionen bestehen darin, dass ein soziales Netzwerk entsteht, das die Beteiligten im Notfall und im Alltag unterstützt, dass gemeinschaftliche Aktivitäten das Leben bereichern, die individuelle Selbstständigkeit jedoch gewahrt bleibt. Gleichzeitig kann eine derartige Gruppe eine gute Vorbereitung für ein künftiges Wohnprojekt sein.

#### 4.4.2.3 Dritter Ansatz: Selbstbestimmtes Wohnen im Quartier

Für die Zukunft ist es wichtig, den Blick stärker auf das Wohnen im Stadtbezirk oder im einzelnen Quartier zu richten.

Die zentralen Punkte sind in diesem Zusammenhang die kleinräumige Organisation und Vernetzung der Wohn- und Infrastruktur, die Stärkung der sozialen Integration durch ein generationenübergreifendes Miteinander, die partnerschaftliche Kooperation zwischen allen professionellen und nicht-professionellen Akteuren im Bereich Wohnen und Infrastruktur.

Zu den Schlüsselbausteinen erfolgreicher Quartiersentwicklung gehören sechs Elemente:

- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch eine größere Anzahl barrierefreier Wohnungen und die Gestaltung eines barrierefreien Wohnumfeldes (z. B. Nachverdichtung mit barrierefreiem Wohnraum).
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch eine qualifizierte Infrastruktur und Sicherung der Nahversorgung (z. B. häusliche Pflege, Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung, gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr).
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch gezielte Angebote zur sozialen Integration und zur Stärkung der sozialen Netzwerke zwischen den alten und jungen Bürgern des Wohnquartiers, um die Chancen für die Erbringung generationenübergreifender Hilfen zu optimieren.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch die Unterstützung und den Aufbau von integrativen Wohnkonzepten oder gemeinschaftlichen Lebensformen von Jung und Alt (z. B. selbstorganisiertes gemeinschaftliches Wohnen).
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch Alternativen zur herkömmlichen häuslichen Pflege durch quartiersbezogene Wohnformen für ältere Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf (z. B. ambulant betreute Seniorenwohngruppen).
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Leben und Wohnen im Quartier durch die Koordination der Entwicklungen des Quartiers mit Hilfe von Quartiersmanagement und die partnerschaftliche Kooperation von Wohnungswirtschaft, sozialen Dienstleistern, der Landeshauptstadt Stuttgart und Bewohnern.

Das Bestreben der Stadtverwaltung, die Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes generationenübergreifendes Wohnen im Quartier zu verbessern, sollte sich auf drei Schwerpunkte konzentrieren:

- Die enge Verknüpfung von Wohnen und Versorgung, von städtebaulichen und sozialen Entwicklungen.
- Die Intensivierung des sozialen Miteinanders, damit die Solidarität zwischen den jüngeren und älteren Bürgern wächst und die Chancen generationenübergreifender Hilfen steigen.
- Den Aufbau und die Pflege eines verlässlichen und partnerschaftlichen Dialogs zwischen der Wohnungswirtschaft, sozialen Dienstleistern, der Kommune sowie den Bewohnern des Stadtbezirks oder des Quartiers.

### 4.4.3 Handlungsempfehlungen

- Die Schaffung neuer betreuter Seniorenwohnungen, entsprechend dem Qualitätssiegel Baden-Württemberg, ist weiterhin zu befürworten, wenn an dem Ort eine gut ausgebaute Infrastruktur zur Verfügung steht.
- Die Landeshauptstadt Stuttgart verstärkt die Ausweisung von Grundstücken für selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnprojekte.
- Die Wohnungswirtschaft in Stuttgart unterstützt selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnprojekte auf Mietbasis durch entsprechend barrierefrei gestaltete Immobilien.
- Neue ambulant betreute Seniorenwohngruppen sind konzeptionell mit der Heimaufsicht, den Kranken- und Pflegekassen sowie dem örtlichen Sozialhilfeträger abzustimmen.
- Neuer Wohnraum wird im Hinblick auf die älter werdende Gesellschaft nach Möglichkeit barrierefrei erstellt.
- Barrierearme Wohnungsanpassungen sind als wesentliche Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in der vertrauten Wohnung zu unterstützen.
- Die Bezirksämter achten darauf, dass die notwendigen Einkaufsmöglichkeiten angeboten werden oder erhalten bleiben.
- Die Landeshauptstadt Stuttgart verknüpft die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum mit der Ausweitung der komplementären Infrastruktur.
- Die Bezirksämter unterstützen und begleiten den Aufbau und die Pflege eines verlässlichen und partnerschaftlichen Dialogs zwischen der Wohnungswirtschaft, den sozialen Dienstleistern sowie den Bürgern auf der Ebene der Stadtbezirke.

## 4.5 Gesundheit

### 4.5.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung steigt seit vielen Jahren an. Dieser Lebenszugewinn ist stets an die Hoffnung gekoppelt, auch im hohen Alter gesund und selbstständig zu sein. Teilweise ist zunehmendes Alter jedoch auch mit Krankheit verbunden. Der Hauptfokus liegt hier bei den chronischen Erkrankungen. Außerdem nimmt mit steigendem Alter die Häufigkeit von Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) zu<sup>1</sup>. Durch den demografischen Wandel gewinnt die Gesundheit älterer Menschen ganz besonders an Bedeutung. Der immer größer werdende Anteil von Seniorinnen und Senioren in der Bevölkerung stellt eine große Herausforderung für die sozialen Sicherungssysteme und die Gesundheitsforschung dar.

Ursachen für den Anstieg der Lebenserwartung waren bis Mitte des 20. Jahrhunderts vor allem der Rückgang der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie die Verbesserung der Hygiene, besonders in der Wasserversorgung, der Ernährung und den Wohnverhältnissen<sup>2</sup>. Heute ist hauptsächlich die verringerte Sterblichkeit im hohen Alter für den weiteren Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung verantwortlich<sup>3, 4, 5</sup>. Die medizinische Versorgung hat in dieser Entwicklung einen großen Beitrag geleistet.

Die Lebenserwartung hat sich bei den Geschlechtern unterschiedlich entwickelt. In allen Ländern der Welt haben Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer. Gründe hierfür sind zum einen biologisch-konstitutionelle Faktoren, wie beispielsweise die höhere Sterblichkeit von männlichen Säuglingen und Kleinkindern. Zum anderen liegen die Ursachen in geschlechtertypischen Verhaltensweisen, z. B. gehen Männer höhere Gesundheitsrisiken ein als Frauen, sie neigen eher zu einem gefährlicheren Lebensstil (Rauchen, Alkohol, Risikosport, riskantes Autofahren) und üben eher gefährlichere Berufe aus<sup>6</sup>. Überdies ernähren sich Frauen gesundheitsbewusster und nehmen früher ärztliche Hilfe bei Krankheitsanzeichen in Anspruch.

#### 4.5.1.1 Die Lebenserwartung der Stuttgarter Bürger

Die Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch bei unveränderten aktuellen Sterberisiken im Durchschnitt leben würde. Für die Auswertung der Stuttgarter Lebenserwartung wurden drei Jahre (2005 - 2007) zusammengefasst. In der 3-Jahres-Periode 2005/2007 hatte ein neu-

---

<sup>1</sup> Tesch-Römer C. (2007): Gesundheit im Alter: Schicksal, soziale Schicht oder Verhalten? Betagt, gesund und selbstständig. Aktueller Stand der Alters- und Altersforschung, Presseworkshop des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, S. 5. und 6., Juni 2007, Berlin.

<sup>2</sup> Gjonca A., Brockmann H. & Maier H. (2000): Old-Age Mortality in Germany prior to and after Reunification. Demographic Research, 3(1). Rostock.

<sup>3</sup> Kannisto V. (1994): Development of the oldest-old mortality, 1950–1990. Odense Univ Press, Odense.

<sup>4</sup> Kannisto V., Lauritsen J., Thatcher AR., Vaupel JW. (1994): Reductions in mortality at advanced ages: several decades of evidence from 27 countries. Popul Dev Rev 20(4), S. 793–830.

<sup>5</sup> Vaupel JW. (1997): The remarkable improvements in survival at old ages. Phil Trans R Soc Lond B 352, S. 1799–1804.

<sup>6</sup> Luy M. (2002): Die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede - Zeit für eine Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35(5), S. 412-429.

geborenes Mädchen in Stuttgart eine durchschnittliche Lebenserwartung von 84,0 Jahren. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Jungen, der innerhalb der 3-Jahres-Periode 2005/2007 geboren wurde, lag bei 79,2 Jahren.

Die Berechnungen können jedoch nicht nur für die Lebenserwartung bei Geburt, sondern auch für jeden Lebensabschnitt vorgenommen werden. Im Zusammenhang mit dem Thema Alter sind hier natürlich die Altersgruppen jenseits des 50. Lebensjahres von Bedeutung.

Im Alter von 50 Jahren lag die Lebenserwartung der Frauen (fernere Lebenserwartung) bei weiteren 35,2 Jahren, im Alter von 65 Jahren bei 21,9 Jahren und mit 80 Jahren betrug die durchschnittliche verbleibende Lebenszeit noch weitere 10,2 Jahre. Im Alter von 50 Jahren hatten Männer eine verbleibende Lebenszeit von weiteren 31,0 Jahren, mit 65 Jahren von 18,8 Jahren und mit 80 Jahren von 8,8 Jahren. Insgesamt betrachtet hatten Frauen gegenüber Männern bei Geburt einen Lebenserwartungsvorteil von 4,8 Jahren. Dieser Vorteil nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab, bis er sich in den höchsten Altersgruppen nahezu angleicht, mit 50 Jahren ist die Restlebenszeit der Frauen noch 4,2 Jahre höher als die der Männer, mit 65 Jahren beträgt der Abstand noch 3,1 Jahre und mit 80 Jahren nur noch 1,4 Jahre (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Lebenserwartung der Stuttgarter in der 3-Jahres-Periode 2005/2007 nach Geschlecht bei Geburt, mit 50 Jahren, mit 65 Jahren und mit 80 Jahren (Fernere Lebenserwartung)

Geschlecht	bei Geburt	mit 50 Jahren	mit 65 Jahren	mit 80 Jahren
Frauen	84,0	35,2	21,9	10,2
Männer	79,2	31,0	18,8	8,8

(Verwendet wurden immer die 5-Jahres-Altersgruppen 50-54 Jahre, 65-69 Jahre und 80-84 Jahre)

Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die fernere Lebenserwartung in den letzten 20 Jahren insgesamt gestiegen ist. Sie nahm bei 50-jährigen Frauen von 1988 bis 1998 um 1,2 Jahre und um weitere 1,8 Jahre bis zur 3-Jahres-Periode 2005/2007 zu. Bei 50-jährigen Männern ist sogar ein noch stärkerer Anstieg der ferneren Lebenserwartung mit 1,7 Jahre zwischen 1988 und 1998 zu verzeichnen und weiteren 2,6 Jahren bis zur 3-Jahres-Periode 2005/2007. Entsprechend hat sich die fernere Lebenserwartung auch bei den 65-jährigen Bewohnern Stuttgarts entwickelt. Bei den 80-jährigen Männern und Frauen konnte kein Anstieg der ferneren Lebenserwartung zwischen 1988 und 1998 verzeichnet werden; hier lag sogar ein Rückgang von 0,1 Jahren vor. Im darauf folgenden Jahrzehnt zeigte sich bei den 80-jährigen Stuttgartern beider Geschlechter ein Anstieg der ferneren Lebenserwartung um weitere 1,5 Jahre (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Entwicklung der Lebenserwartung in Stuttgart

	Frauen			Männer		
	1988	1998	2005/2007	1988	1998	2005/2007
bei Geburt	80,2	81,8	84,0	73,5	76,1	79,2
mit 50 Jahren	32,2	33,4	35,2	26,7	28,4	31,0
mit 65 Jahren	19,2	20,1	21,9	15,3	16,5	18,8
mit 80 Jahren	8,8	8,7	10,2	7,4	7,3	8,8

Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

Durch die Betrachtung der Lebenserwartung über einen längerfristigen Verlauf oder im regionalen Vergleich können allgemeine Rückschlüsse auf die gesundheitliche Lage und die medizinische Versorgung einer Bevölkerungsgruppe gezeigt werden.

#### 4.5.1.2 Die Lebenserwartung im bundesweiten Vergleich

Im bundesweiten Vergleich weist die Landeshauptstadt Stuttgart eine sehr hohe Lebenserwartung bei Neugeborenen aus. Für den Zeitraum 2005/2007 lag in Deutschland die Lebenserwartung neugeborener Mädchen bei 82,3 Jahren und die der Jungen bei 76,9 Jahren<sup>7</sup>. In Stuttgart geborene Mädchen haben somit eine um 1,7 Jahre höhere Lebenserwartung als der Bundesdurchschnitt. Bei den Jungen betrug der Vorsprung sogar 2,3 Jahre. Auch innerhalb Baden-Württembergs war die Lebenserwartung in der Landeshauptstadt Stuttgart überdurchschnittlich. Sie lag bei Frauen um 0,8 Jahre und bei Männern um 0,9 Jahre höher als in Baden-Württemberg (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Durchschnittliche Lebenserwartung im regionalen Vergleich getrennt nach Geschlecht für die 3-Jahres-Periode 2005/2007

Geschlecht	Stuttgart (2005/2007)	Baden-Württemberg (2005/2007)	Deutschland (2005/2007)
Frauen	84,0	83,2	82,3
Männer	79,2	78,3	76,9

Quelle: Statistisches Landesamt, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen, 2009

Als Ursachen für die innerdeutschen Unterschiede der Lebenserwartung kommen das Einkommen, der Bildungsstand und der soziale Status infrage. In Regionen mit einem durchschnittlich höheren Einkommen zeigen sich auch höhere Lebenserwartungen als in einkommensschwächeren Gebieten. Mit diesem Hintergrund wird vermutet, dass sich eine bessere Einkommenssituation und soziale Lage günstig auf die Lebensweise und Lebensumstände auswirken. Höhere Bildung und höheres Einkommen machen die Umsetzung eines Gesundheitsbewusstseins leichter und ermöglichen eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Auch der bessere Zugang zur gesundheitlichen Versorgung sowie zu zusätzlichen Gesundheitsleistungen kann die Lebenserwartung steigern.

#### 4.5.2 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist ein überwiegend altersspezifisches Problem, vor allem hoch betagte Personen sind davon betroffen. Bis zu einem Alter von 75 Jahren werden sowohl Männer als auch Frauen selten pflegebedürftig, erst danach kommt es zu einem sprunghaften Anstieg. Ab dem 75. Lebensjahr ist bei Frauen ein stärkerer Anstieg an Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen als bei Männern. Dieser Unterschied nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich zu. Durch den steigenden Anteil älterer Menschen in unserer Bevölkerung wird für die Zukunft eine erhebliche Zunahme der Pflegebedürftigen erwartet.

<sup>7</sup> vgl. Destatis (2011). Lebenserwartung in Deutschland. Statistisches Bundesamt Wiesbaden.



Die Gründe für Pflegebedürftigkeit sind sehr vielfältig. Beispielsweise können chronische Erkrankungen oder auch eine voranschreitende Demenz zu einer Pflegebedürftigkeit führen. Aber auch ein Unfall oder eine schwere Krankheit können plötzlich einen pflegebedürftigen Zustand herbeiführen. Im hohen Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit allein durch die Tatsache, dass sich der gesamte Gesundheitszustand mit dem Alter verschlechtert.

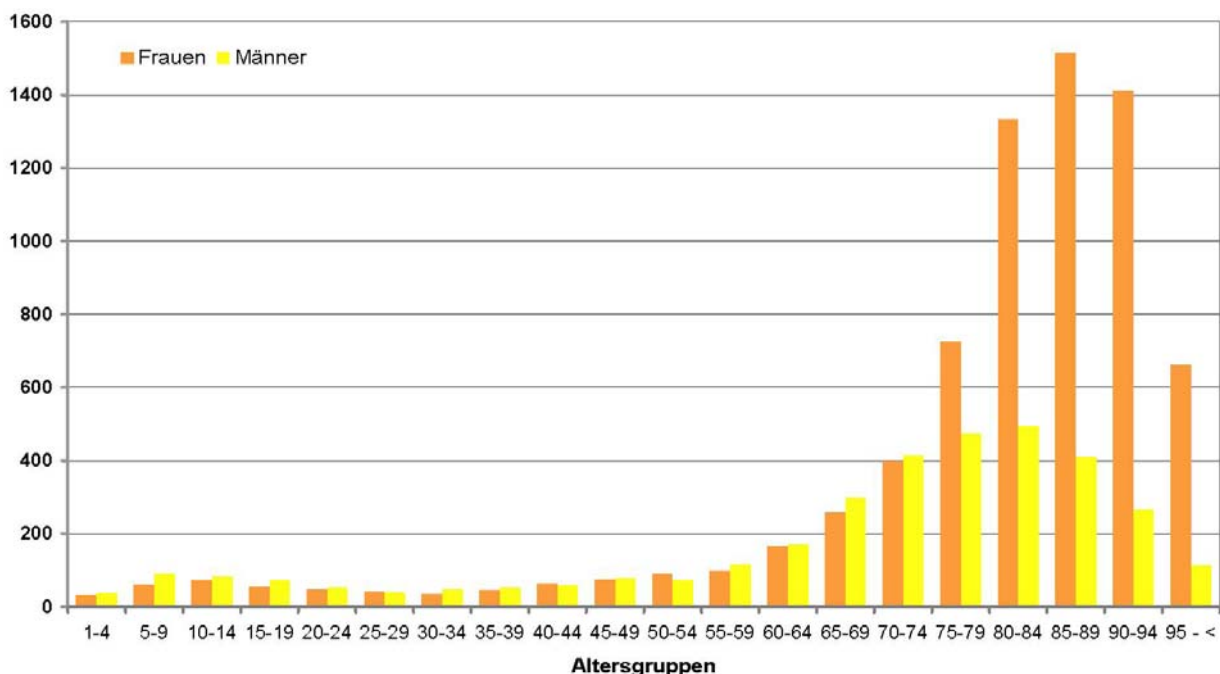
#### 4.5.2.1 Pflegebedürftigkeit in der Landeshauptstadt Stuttgart

Im Jahr 2005 waren im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes 10.720 Personen und im Jahr 2007 10.549 Personen in der Landeshauptstadt Stuttgart von Pflegebedürftigkeit betroffen, dies entspricht 2 % der Stuttgarter Bevölkerung. Die Zahlen zeigen sich relativ konstant.

Wie zu erwarten, war der Anteil der pflegebedürftigen Stuttgarter 2005 in der Altersgruppe bis 45 Jahre mit 0,3 % der Gesamtbevölkerung unter 45 Jahren (973 Personen) sehr gering. Die Altersgruppe der 45- bis unter 65-Jährigen zeigte einen etwas höheren Anteil an Pflegebedürftigkeit von 0,6 % (855 Personen). Die Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter stark an und erreicht in der Altersgruppe der über 80-Jährigen einen Anteil von 22,3 % (6.346 Personen). Die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit zeigte sich im Jahr 2007 in den jüngeren Altersgruppen unverändert, während in der Personengruppe der über 80-Jährigen eine Verringerung um 1,6 Prozentpunkte verzeichnet werden konnte.

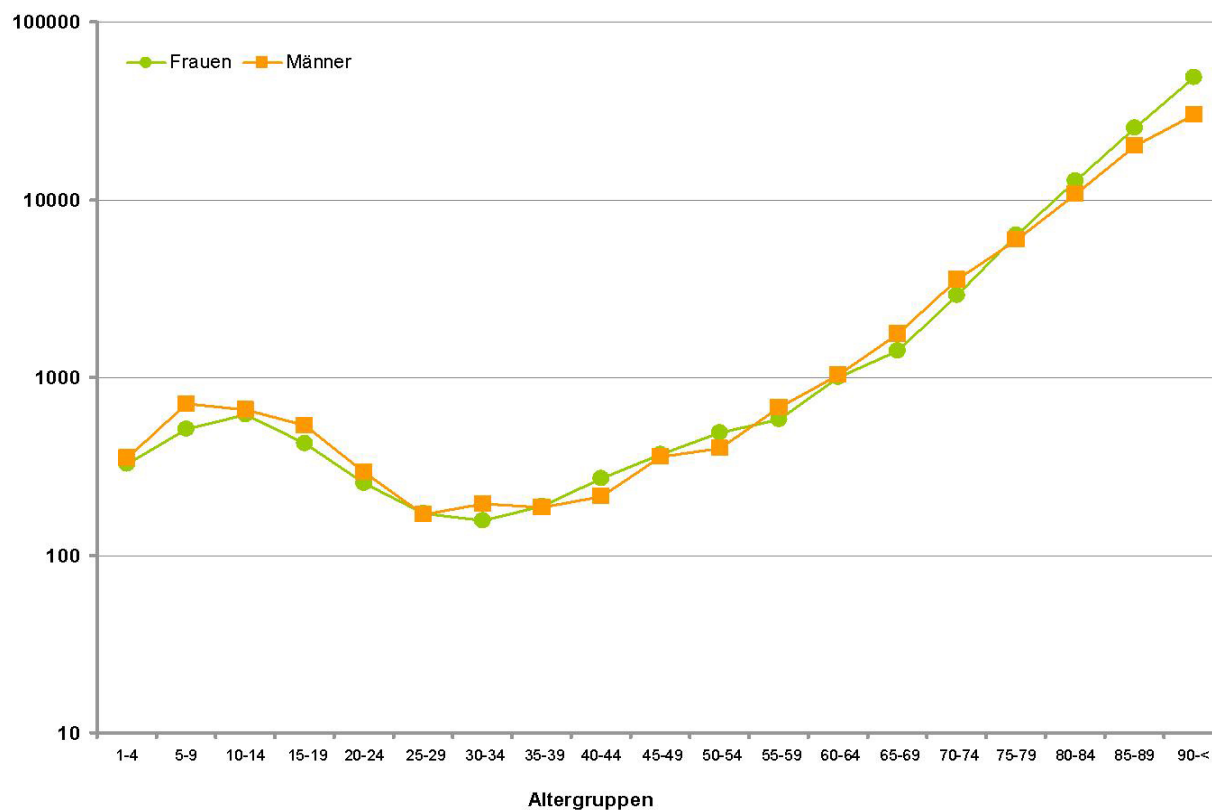
Da die weibliche Bevölkerung eine höhere Lebenserwartung als die männliche hat, wurden auch wesentlich mehr weibliche Pflegebedürftige gezählt. 2005 waren mehr als zwei Drittel (68 %) der Pflegebedürftigen in Stuttgart Frauen. Die Veränderung zum Jahr 2007 lag unter 1 %.

Abbildung 1: Pflegebedürftige Personen zusammengefasst für die Jahre 2005 und 2007 getrennt nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

Abbildung 2: Pflegebedürftigkeit pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht zusammengefasst für die Jahre 2005 und 2007



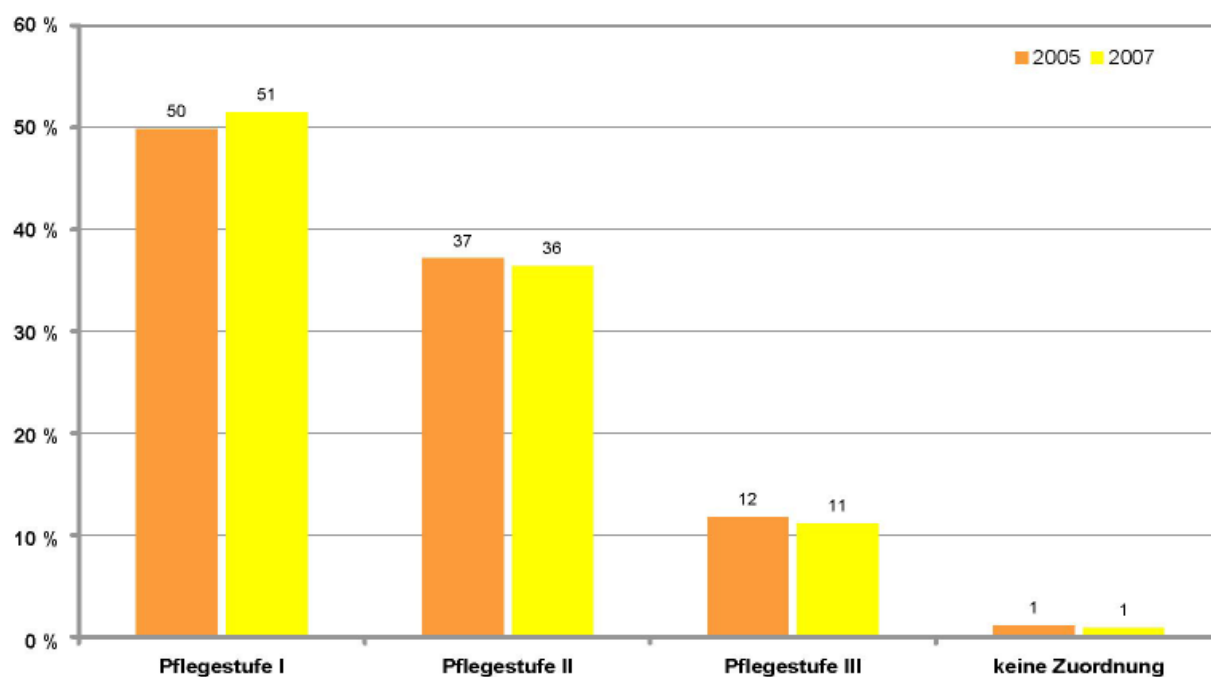
Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

Abbildung 1 zeigt eine sehr starke Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Frauen in höheren Altersgruppen. Der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bei Männern ist vergleichsweise moderat, auf einen Anstieg bis zur Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen folgt wieder eine Abnahme. Dieser ungleiche Verlauf bei Männern und Frauen beruht auf den unterschiedlichen Sterbezeitpunkten der Geschlechter. Werden die Daten auf 100.000 Einwohner standardisiert, zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein sehr ähnlicher Verlauf (vgl. Abbildung 2). So wird auch bei den Männern eine kontinuierliche Zunahme an Pflegebedürftigkeit bis ins hohe Alter sichtbar. Dies verdeutlicht abermals, dass die Schwerpunkte der Pflegebedürftigkeit in den höheren Altersklassen liegen.

#### 4.5.2.2 Differenzierung der Pflegebedürftigkeit

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen unterteilt, schlüsselt sich dies wie in Abbildung 3 dargestellt auf: 2005 waren 49,9 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, 37,2 % Pflegestufe II und 11,8 % Pflegestufe III zugeordnet. Die Erhebung 2007 zeigt geringfügige Verschiebungen zwischen den Pflegestufen. Es befanden sich 51,1 % in Pflegestufe I, in Pflegestufe II 36,4 % und in Pflegestufe III 11,2 %. Für 1,2 % der Betroffenen lag im Jahr 2005 und für 0,9 % im Jahr 2007 keine Einstufung in eine Pflegestufe vor. Hierbei handelt es sich vorrangig um Personen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in eine stationäre Pflegeeinrichtung überführt wurden und für die zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch keine entsprechende Pflegestufenzuordnung vorlag.

Abbildung 3: Pflegebedürftige Personen aufgeschlüsselt nach Pflegestufen für die Jahre 2005 und 2007 in %



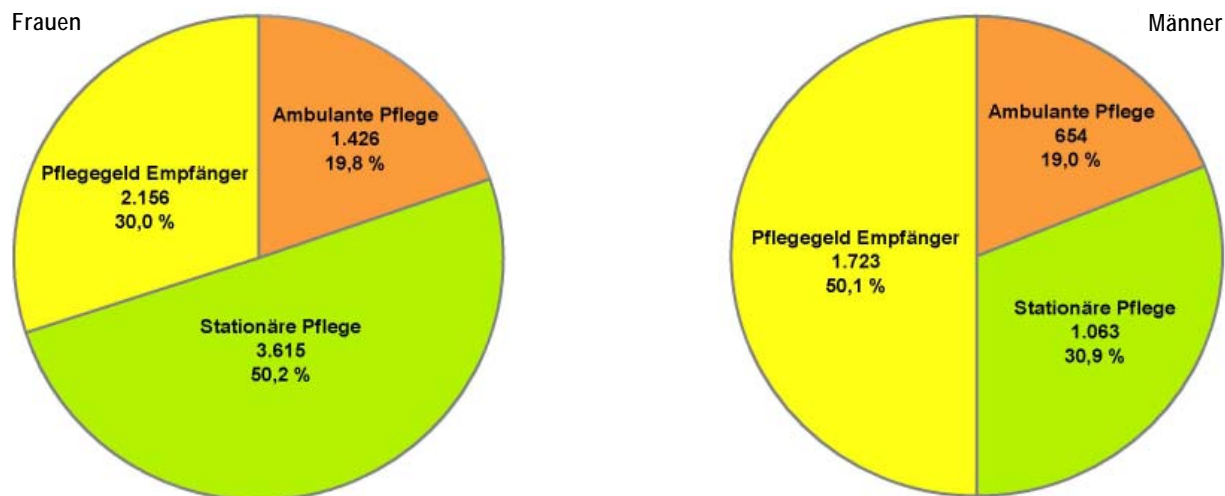
Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen wurden 2005 in ihrem häuslichen Umfeld gepflegt. Familienangehörige, oftmals Frauen, übernahmen in etwa zwei Drittel der Fälle die Pflege. Etwa ein Drittel nahm ambulante Pflegeleistungen in Anspruch.

Stationäre Pflege in Pflegeheimen wurden 44,8 % (2005) der Pflegebedürftigen zuteil. Die Zahlen von 2007 zeigten nur wenig Veränderung. Ein Zuwachs um 4 % wurde bei den Pflegegeldempfängern festgestellt, während eine Abnahme in der ambulanten Pflege um 3 % und in der stationären Pflege um 5,4 % zu verzeichnen war. Geschlechtsspezifisch zeigt sich folgender Unterschied: Männer werden häufiger von Familienangehörigen, vor allem von den Ehefrauen, versorgt, während Frauen im stärkerem Maße als Alleinstehende auf eine stationäre Versorgung in Pflegeheimen angewiesen sind (vgl. Abbildung 4).

2005 wurden in Stuttgarter Pflegeheimen 31 % der pflegebedürftigen Männer (2007: 30,8 %) und 51,4 % der pflegebedürftigen Frauen (2007: 49,1 %) gepflegt. 19,2 % (2007: 18,8 %) der pflegebedürftigen Männer und 19,9 % der pflegebedürftigen Frauen (2007: 19,7 %) wurden mit ambulanten Pflegediensten versorgt. 49 % (2007: 50,4 %) der pflegebedürftigen Männer und 28,7 % (2007: 31,3 %) der pflegebedürftigen Frauen erhielten Pflegegeld.

Abbildung 4: Pflegebedürftige Personen in der Landeshauptstadt Stuttgart zusammengefasst für die Jahre 2005 und 2007, getrennt nach Pflegeart und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

### Exkurs: Gesetzliche Grundlage der Pflegebedürftigkeit

Laut der Gesetzesgrundlage in Deutschland gelten „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“, als pflegebedürftig (SGB XI, § 14). Die Pflegekasse verlangt für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen. Dieser ist für die Beurteilung des Hilfebedarfs und die Zuweisung der Versicherungsleistungen bzw. die Zuteilung in einer der drei unterschiedlichen Pflegestufen zuständig.

Die Zuordnung zu den drei Pflegestufen erfolgt nach den folgenden Richtlinien: Erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) sind Personen, die täglich Hilfe für das mindestens zweimalige Verrichten der körperlichen Grundpflege benötigen und Personen, die zusätzlich mehrfach in der Woche hauswirtschaftliche Hilfen in Anspruch nehmen müssen. Der Zeitaufwand muss mindestens 90 Minuten pro Tag betragen, davon müssen mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen.

Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) Menschen benötigen mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Zeiten, Hilfe in der Grundpflege und zusätzlich mehrfache Hilfe für die Bewältigung der hauswirtschaftlichen Versorgung innerhalb einer Woche. Der Pflegeaufwand für Pflegestufe II muss täglich mindestens drei Stunden betragen. Es müssen mindestens zwei der drei Stunden für die Grundpflege benötigt werden.

Als schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) gelten Personen, die täglich rund um die Uhr Hilfe bei der Grundpflege und zudem mehrmals die Woche eine Hilfe für die hauswirtschaftliche Versorgung benötigen. Die Pflegestufe III sieht einen Arbeitsaufwand des Pflegepersonals von mindestens fünf Stunden am Tag vor, wobei mindestens vier Stunden davon auf die Grundpflege entfallen müssen.

### 4.5.2.3 Zukunftsprognosen zur Pflegebedürftigkeit

Kenntnisse über den eventuellen Pflegebedarf in der Zukunft sind unabdingbar. Bei der hier vorgestellten Zukunftsprognose der Pflegequote wird allein die Auswirkung der Bevölkerungsentwicklung mit eingerechnet, die Pflegehäufigkeit wird konstant gehalten. Es wird unterstellt, dass die letzte festgestellte Pflegewahrscheinlichkeit in den kommenden Jahren unverändert bleibt. Für Baden-Württemberg wurde mit dieser Modellrechnung bis ins Jahr 2030 (2005 als Basisjahr) ein Anstieg der Pflegebedürftigen von 54 % berechnet. Je nach Pflegearten ist eine unterschiedlich verlaufende Entwicklung zu erwarten. Die Prognosen für die ambulante Pflege zeigen einen Anstieg um 66 %, die stationäre Pflege um 65 % und den geringsten Anstieg um 41 % wird es bei den Pflegegeldempfängern geben.<sup>8</sup> Aufgrund von Veränderungen in den Familienstrukturen muss davon ausgegangen werden, dass die Pflege durch Angehörige immer seltener möglich und der oben angegebene Anstieg der Pflegegeldempfänger überschätzt ist. Die Erwerbsquote der Frauen wird weiterhin ansteigen wie auch die Notwendigkeit der beruflichen Mobilität. Daher wird immer weniger Potenzial für die Pflege in der Familie durch die Frau bzw. die Tochter vorliegen. Außerdem wird der Anteil an älteren Menschen sinken, die mit einem Partner zusammenleben (z. B. durch eine höhere Scheidungsrate). In der Zukunft wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit eine Schere zwischen Pflegebedürftigen und familiärem Pflegepotenzial öffnen. Diese Vermutung prophezeit einen Heimsog und wird die Pflege verteuern. Heute schon zeigt sich diesbezüglich ein Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Regionen in Baden-Württemberg. Verglichen mit den städtischen Regionen wird auf dem Land ein deutlich höherer Anteil der Pflegebedürftigen zuhause von Angehörigen gepflegt.<sup>9</sup>

Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass die Pflegewahrscheinlichkeit in der Zukunft sinken könnte. So könnten durch den medizinisch-technischen Fortschritt bahnbrechende Erfolge erzielt werden. Dies würde die Anzahl der Pflegebedürftigen zwar nicht verringern, da durch die demografische Entwicklung ein starker Anstieg der Hochbetagten zu erwarten ist. Es wären jedoch spürbar schwächere altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten zu erwarten.<sup>10</sup>

Außerdem können Veränderungen im Gesundheitsverhalten ab dem Kindesalter und auch gesundheitspolitische Prioritäten die Dauer der Pflegebedürftigkeit positiv beeinflussen. Beispielsweise zeigen epidemiologische Studien, dass körperliche Aktivität bis ins hohe Alter, der Verzicht auf das Rauchen und mäßiger Alkoholkonsum mit einer zunehmenden Lebenserwartung und einer abnehmenden Krankheitsanfälligkeit einhergehen.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Burger F., Weber M. (2007): Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals für Baden-Württemberg bis 2030. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 8/2007.

<sup>9</sup> Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009): Pflegebedürftige, Kinderbetreuung und Lebenserwartung 2008 in Baden-Württemberg. Presseheft, Februar 2009.

<sup>10</sup> Blinkert B., Klie T. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: Sozialer Fortschritt, Band 53, 11/12 2004, S. 319-325.

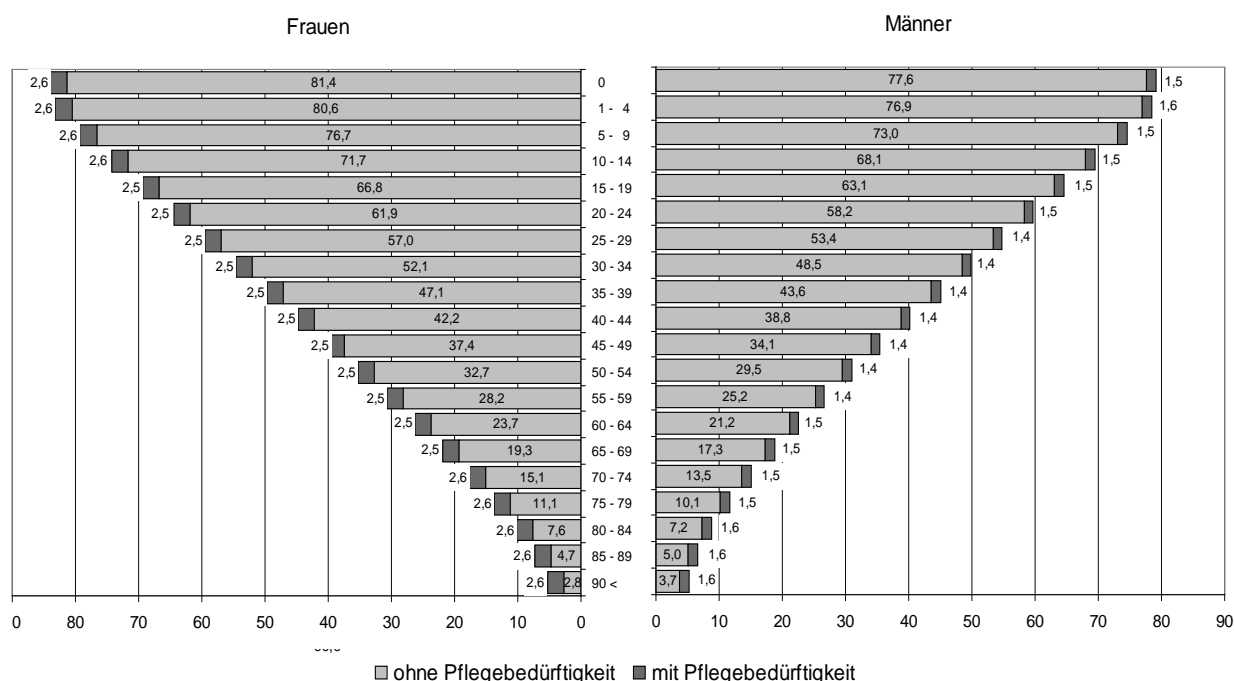
<sup>11</sup> GBE (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Juli 2006.

### 4.5.3 Gesunde Lebenserwartung unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit

Obwohl eine zunehmende Zahl älterer Menschen auf relativ gute soziale und gesundheitliche Ressourcen zurückgreifen kann, sowie ein hohes Maß an Autonomie in ihrer Lebensführung und Alltagsbewältigung hat, wird die Zahl derer steigen, die durch gesundheitliche Beeinträchtigungen (z. B. chronische Krankheiten oder sonstige Funktionsstörungen) pflegerische Leistungen benötigen. Der Hauptgrund für die Erhöhung des Pflegebedarfs wird in der steigenden Lebenserwartung und dem damit verbundenen immer weiter ansteigenden Anteil hochbetagter Menschen gesehen. Die Frage nach einer guten Lebensqualität auch in den hohen Altersgruppen rückt dabei immer mehr in den Vordergrund.

Die berechnete durchschnittliche Lebenserwartung kann jedoch keine Aussage über die Qualität und Gesundheit der Lebenszeit geben. In der Vergangenheit wurden verschiedene Verfahren entwickelt, die gesunde und beeinträchtigte Lebenszeit zu unterscheiden. Ein erster Ansatz für die Darstellung eines Gesundheitsindikators, der Informationen über Morbidität und Mortalität verbindet, wurde von Sanders<sup>12</sup> entworfen. Sullivan<sup>13</sup> entwickelte 1971 eine Methode zur Berechnung der Lebensjahre ohne Beeinträchtigung, die „disability free life expectancy“ (DFLE). Diese Methode bezieht für jede Altersgruppe aktuelle Mortalitätsdaten und Prävalenzmessdaten von gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Pflegebedürftigkeit in die Berechnung mit ein. So kann die pro Altersgruppe errechnete Lebenserwartung in eine Zeit mit und ohne Beeinträchtigung unterteilt werden.

Abbildung 5: Die gesunde Lebenserwartung in der Landeshauptstadt Stuttgart (2005/2007) mit und ohne Pflegebedürftigkeit getrennt nach Alter und Geschlecht



Quelle: Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen, 2009

<sup>12</sup> Sanders, B.S. (1964): Measuring community health levels. Am J. Public Health, 54, S. 1063-1070.

<sup>13</sup> Sullivan, D. F. (1971): A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971 April, 86(4), S. 347-354.

#### 4.5.3.1 Die gesunde Lebenserwartung in der Landeshauptstadt Stuttgart

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Stuttgarter Frauen lag in der 3-Jahres-Periode 2005/2007 bei 84 Jahren, Männer wurden im Schnitt 79,1 Jahre alt. Wird diese Lebenserwartung in eine Zeit mit und ohne Pflegebedürftigkeit aufgegliedert zeigt sich, dass Frauen von ihrer Gesamtlebenszeit 2,5 Jahre (3,1 %) und Männer 1,5 Jahre (1,9 %) in Pflegebedürftigkeit lebten.

Erwartungsgemäß steigt mit dem Alter der prozentuale Anteil der Jahre in Pflegebedürftigkeit an. Beim Eintritt in das Rentenalter mit 65 Jahren hatte eine Frau noch eine fernere Lebenserwartung von 21,8 Jahren, 2,5 Jahre davon durchlebte sie voraussichtlich in Pflege, dies entsprach 11,5 % ihrer verbleibenden Lebenszeit. Männer hatten in diesem Alter noch eine fernere Lebenserwartung von 18,8 Jahren, davon verbrachten sie voraussichtlich 1,5 Jahre (8 %) in Pflege.

Mit 80 Jahren steigt der Anteil der wahrscheinlichen Restlebenszeit in Pflege bei Frauen auf 25 % und bei Männern auf 18,2 %. Im Alter von 90 Jahren hatten Frauen eine nahezu gleiche Restlebenszeit in Gesundheit wie auch in Pflege. Hier standen 2,8 Jahre in Gesundheit 2,6 Jahren in Pflege gegenüber; dies entsprach 48,2 % der verbleibenden Lebenszeit.

Insgesamt gesehen lag bei den Männern der Zeitanteil ohne Pflegebedürftigkeit in jeder Altersgruppe höher als bei den Frauen (vgl. Abbildung 5).

#### 4.5.3.2 Beeinflussbarkeit der gesunden Lebenserwartung

Der Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Dauer einer Pflegebedürftigkeit ist per se nicht beeinflussbar. Jedoch können Veränderungen des individuellen Gesundheitsverhaltens (und das vom Kindesalter an) sowie gesundheitspolitische Prioritäten diesen Zusammenhang modifizieren. Wie schon berichtet, haben epidemiologische Studien gezeigt, dass körperliche Aktivität bis ins hohe Alter, der Verzicht auf Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum sowohl mit einer zunehmenden Lebenserwartung als auch mit einer abnehmenden Krankheitsrate einhergehen<sup>14</sup>.

#### 4.5.3.3 Limitation

Die Datengrundlage, die hier zur Berechnung der gesunden Lebenserwartung herangezogen wurde, zeigt die Problematik der Situationsunterschätzung. Die Berechnung basiert ausschließlich auf den Daten der Pflegebedürftigkeitsstatistik und dem Mortalitätsgeschehen. Der Fokus wird auf ein Spezialgebiet gelegt, da nur ein Anteil der erkrankten Bevölkerung erfasst wird. Krankheiten, die nicht zu einer Pflegebedürftigkeit führen, werden bei dieser Betrachtung nicht berücksichtigt.

---

<sup>14</sup> GBE Berlin (2005): Pflegebedürftigkeit in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Lebenserwartung. Gesundheitsberichterstattung Berlin: Statistische Kurzinformation 2005-1.



#### 4.5.4 Bürgerumfrage 2009 zum Gesundheitszustand

Für die Einschätzung des Gesundheitszustands der Bevölkerung können vielfältige Statistiken herangezogen werden, beispielsweise Todesursachen-, Krankenhausdiagnose-, Arbeitsunfähigkeits-, Schwerbehinderten- oder Pflegebedürftigkeitsstatistik. All diese Statistiken beleuchten immer nur einen bestimmten Bereich der Gesundheit oder eine spezielle Bevölkerungsgruppe. Bisher gibt es für die Landeshauptstadt Stuttgart keine umfassenden Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Auch für Deutschland liegen nur sehr wenige Daten vor, für Baden-Württemberg keine.

Im Rahmen der Bürgerumfrage 2009 wurden erstmals Fragen zum Gesundheitszustand gestellt. Die Ergebnisse dieser Bürgerumfrage sollen Aufschluss über die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands geben und zur Entwicklung einer Präventionsstrategie mit dem Teilziel „Gesund leben und gesund alt werden“ beitragen.

Als „subjektive Gesundheit“ wird der Gesundheitszustand bezeichnet, den eine Person individuell erlebt. Der medizinisch diagnostizierte Gesundheitszustand wird entsprechend als „objektive Gesundheit“ bezeichnet. Diese Zustände müssen nicht übereinstimmen. Personen, die der medizinischen Diagnose zufolge gesund sind, also eine gute objektive Gesundheit haben, fühlen sich teilweise dennoch krank. Umgekehrt haben Personen, die nach medizinischer Diagnose eine oder mehrere Erkrankungen haben, oftmals eine gute subjektive Gesundheit.

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands erscheint in verschiedener Hinsicht bedeutsam. Unabhängig von ärztlichen Diagnosen und Laborparametern beeinflusst die Selbsteinschätzung der Gesundheit die Lebensqualität der Betroffenen entscheidend. Beschwerden, für die keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, bleiben den offiziellen Statistiken in der Regel verborgen. Diese Beschwerden wirken sich jedoch oft erheblich auf das subjektive Gesundheitsempfinden aus. Informationen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands sind wichtig, da sich daraus längerfristige Entwicklungen der individuellen Gesundheit abschätzen lassen. In verschiedenen Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass sich anhand der selbst eingeschätzten Gesundheit die zukünftige Sterblichkeit teilweise vorhersagen lässt.<sup>15</sup> Demnach besteht ein Zusammenhang zwischen dem subjektiv schlechten Gesundheitszustand und der Sterbewahrscheinlichkeit in der Folgezeit. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten, wurden für die Stuttgarter Bürgerumfrage die Fragestellungen nach international üblichen Standards gewählt. Für die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands wird auf das so genannte „Minimal European Health Module“ (MEHM) zurückgegriffen, das von der EU empfohlen wird und für das bereits bundesweite Daten vorliegen.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Robert Koch-Institut (2001): Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 5. RKI, Berlin.

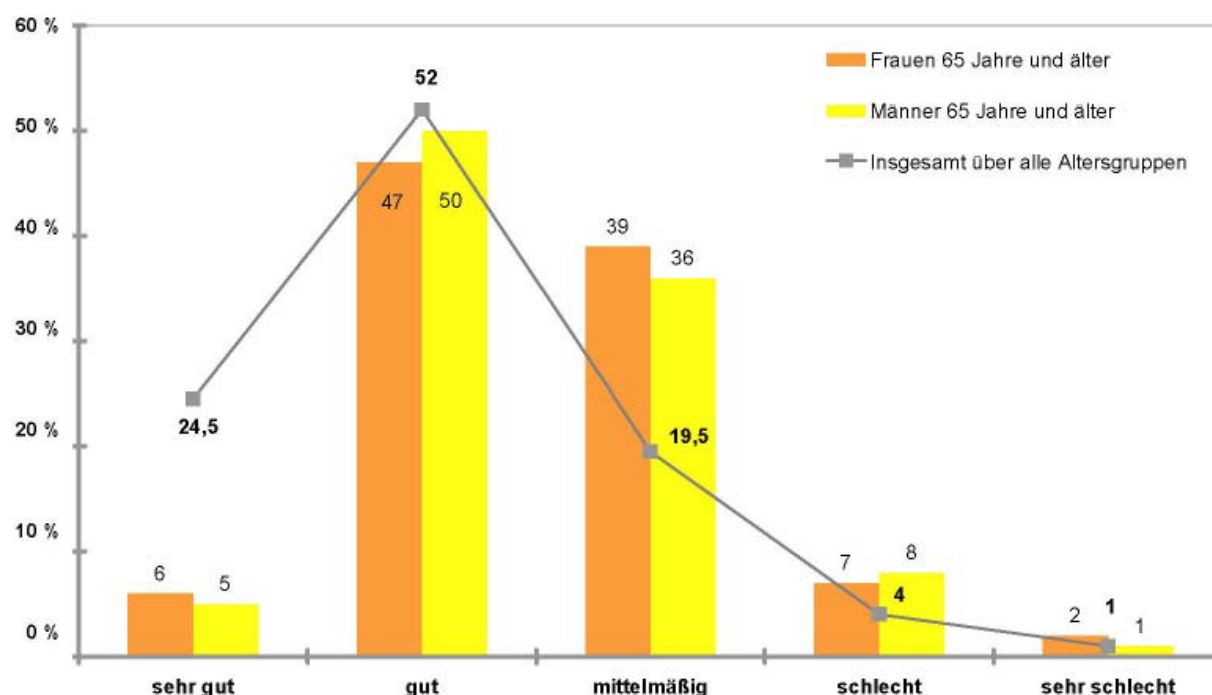


#### 4.5.4.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit

Die subjektive Einschätzung der Gesundheit wurde mit der Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ abgefragt. Fünf Antwortmöglichkeiten standen zur Verfügung: „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“.

Von den 3.800 Personen, die die Frage zum Gesundheitszustand beantworteten, schätzen 75 % der Frauen und 78 % der Männer ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein. 21 % der Frauen und 18 % der Männer beurteilten ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ und jeweils 5 % als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Frauen und Männer zeigen bei der subjektiven Einschätzung ihrer eigenen Gesundheit kaum Unterschiede.

Abbildung 6: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands von Stuttgarter Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter sowie allen Teilnehmern ab 18 Jahren



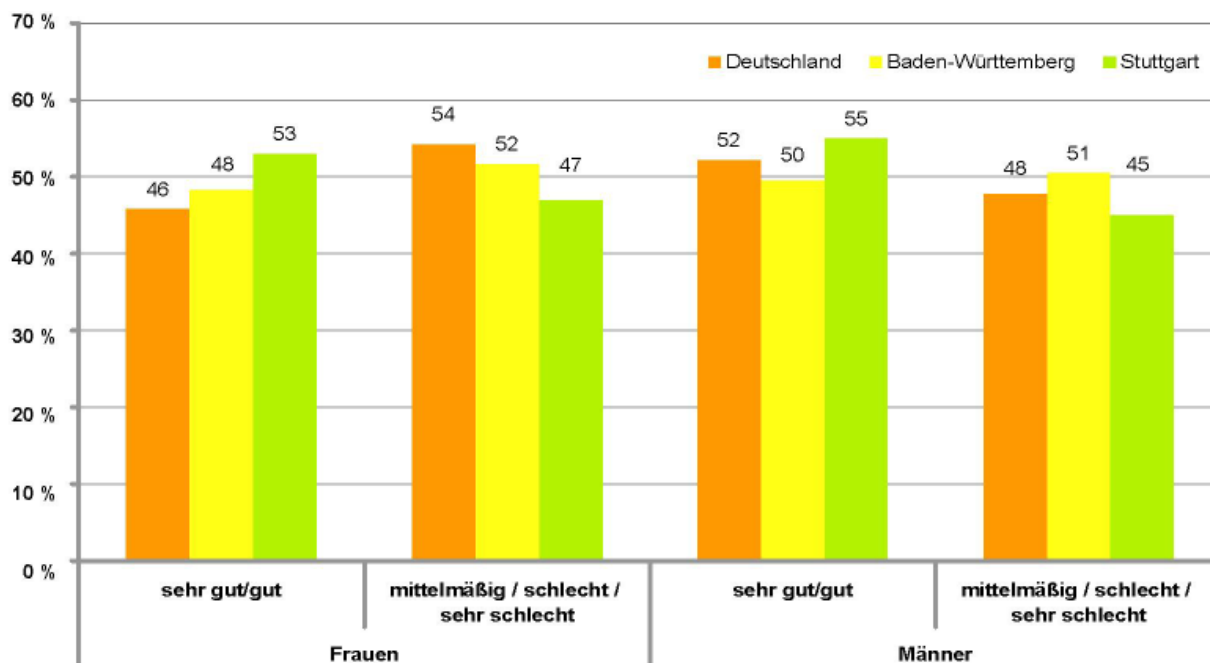
Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, eigene Berechnungen, 2011

Werden die Ergebnisse speziell in der Altersgruppe der über 65-Jährigen (n=948) betrachtet, zeigen sich auch hier ähnliche Ergebnisse bei Frauen und Männern. Es bewerten 53 % der Frauen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ und 39 % als „mittelmäßig“. Die über 65-jährigen Männer schätzen ihren Gesundheitszustand zu 55 % als „gut“ oder „sehr gut“ ein und 36 % als „mittelmäßig“. Die Einschätzung „schlecht“ oder „sehr schlecht“ lag mit 9 % bei Frauen und Männern gleich (vgl. Abbildung 6).

<sup>16</sup> The EHEMU/EHLEIS team (2010): The Minimum European Health Module Background documents. EHEMU Technical report 2010.

Um Vergleichsmöglichkeiten zu haben, hat das Gesundheitsamt die Stuttgarter Ergebnisse mit den Umfrageergebnissen der repräsentativen Gesundheitsdatenerhebung (GEDA-Erhebung) des Robert-Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2009 verglichen. Im Vergleich mit Baden-Württemberg und Deutschland schätzen die Stuttgarter Frauen und Männer ihre subjektive Gesundheit besser ein. Frauen in Deutschland hatten die schlechteste subjektive Gesundheitseinschätzung, nach Baden-Württemberg und der Landeshauptstadt Stuttgart. Männer fühlten sich in Baden-Württemberg am schlechtesten. Im Allgemeinen schätzen Frauen ihre Gesundheit in der Regel schlechter ein als Männer (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Vergleich der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands bzw. der subjektiven Gesundheit von Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland, Baden-Württemberg und in der Landeshauptstadt Stuttgart.

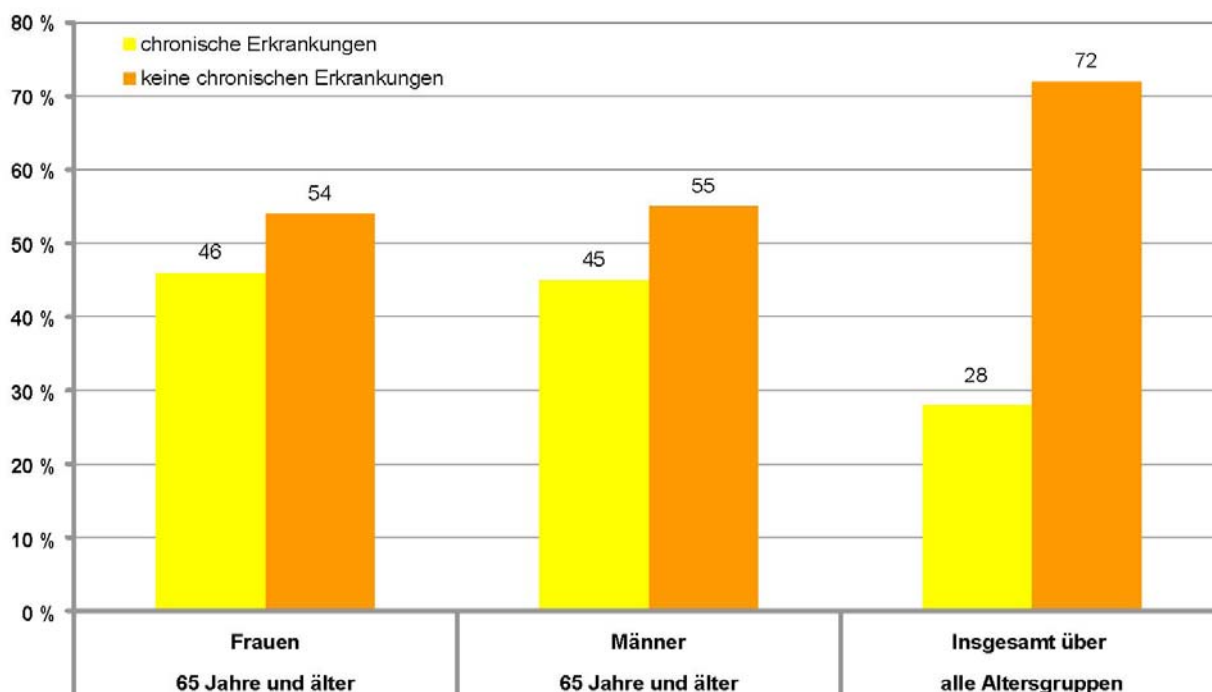


Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen, 2011

#### 4.5.4.2 Chronische Erkrankungen

In zunehmendem Maße ist der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch chronische Krankheiten wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen beeinträchtigt. Um einen Überblick über die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Stuttgarter Bevölkerung zu bekommen, wurde bei der Bürgerumfrage erfragt: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten?“ Die Antwortmöglichkeiten waren „Ja“ und „Nein“. Eine genauere Spezifizierung wurde nicht vorgenommen. Der Fokus der Befragung basierte auf der Selbsteinschätzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Abbildung 8: Anteil der Stuttgarter mit und ohne chronischen Erkrankungen bei Frauen und Männer im Alter von 65 Jahren und älter sowie aller Teilnehmer ab 18 Jahren

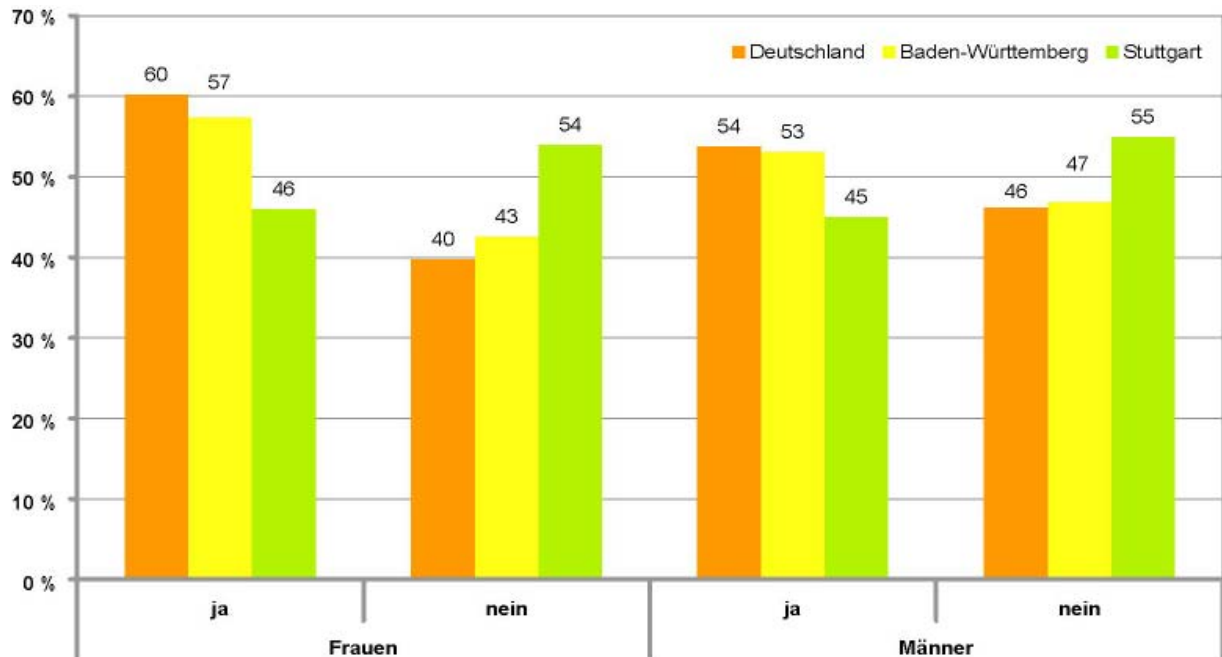


Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, eigene Berechnungen, 2011

Insgesamt 3.784 Personen beantworteten die Frage zu chronischen Krankheiten. Hiervon gaben 29 % der Frauen und 27 % der Männer an, andauernde chronische Erkrankungen zu haben. Der Anteil der Personen mit chronischen Erkrankungen steigt mit dem Alter und ist in den höheren Altersgruppen nahezu identisch. In der Gruppe der über 65-Jährigen (n=930) gaben 46 % der Frauen und 45 % der Männer andauernde chronische Erkrankung an (vgl. Abbildung 8).

In der Regel leiden Frauen häufiger an chronischen Krankheiten als Männer. Dies zeigten die Ergebnisse von Baden-Württemberg und Deutschland noch deutlicher. Im Vergleich mit Deutschland und Baden-Württemberg litten die Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart wesentlich seltener an chronischen Krankheiten. Der Unterschied zwischen Deutschland und Baden-Württemberg war weniger deutlich ausgeprägt (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Vergleich chronischer Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland, Baden-Württemberg und in der Landeshauptstadt Stuttgart.



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen, 2011

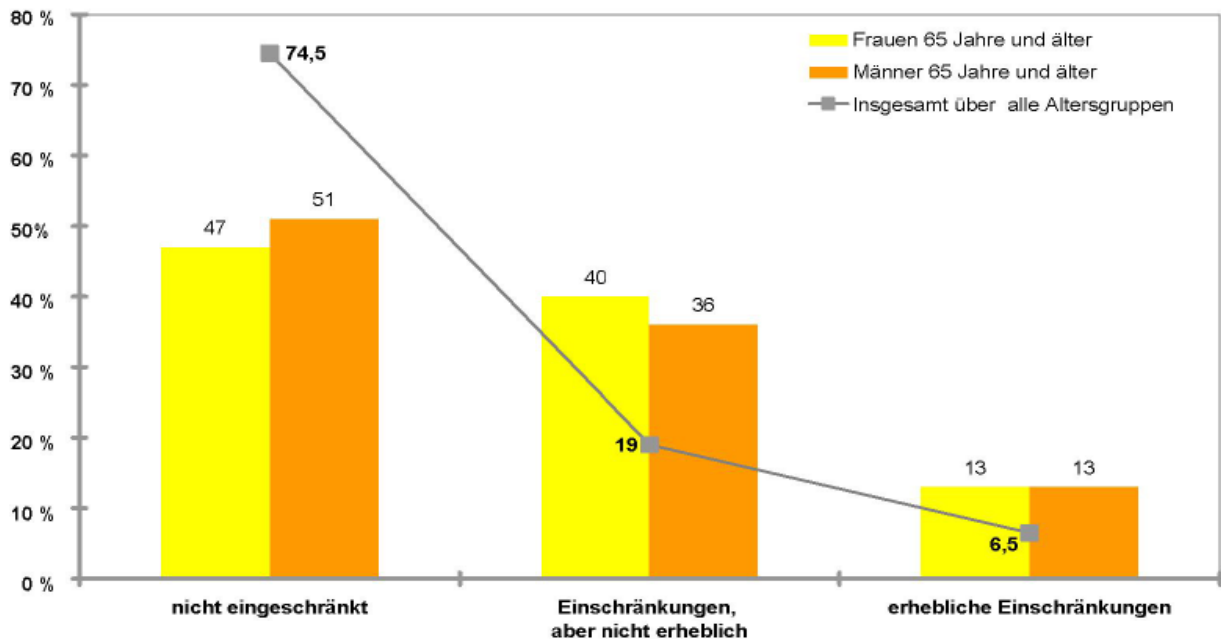
#### 4.5.4.3 Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten aufgrund von Krankheit

Krankheiten führen häufig zu Funktionsbeeinträchtigungen und schränken die Aktivitäten des täglichen Lebens ein. Einschränkungen durch eine akute Erkrankung normalisieren sich nach einer Genesungsphase wieder. Bei chronischen Erkrankungen können diese dauerhaft die täglichen Aktivitäten des Lebens beeinträchtigen. Inwieweit der Gesundheitszustand die alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft beeinträchtigt, wurde mit der folgenden Frage abgefragt: „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten, mindestens seit einem halben Jahr, dauerhaft eingeschränkt?“. Als Antwortmöglichkeiten standen „Erheblich eingeschränkt“, „Eingeschränkt, aber nicht erheblich“ sowie „Nicht eingeschränkt“ zur Verfügung. Von 3.725 Personen lagen hier Antworten vor.

Insgesamt 6 % der Befragten gaben an, durch Krankheit dauerhaft erheblich eingeschränkt zu sein. Weitere 19 % gaben eine nicht erhebliche Einschränkung an. Bei 74 % der Befragten lag keine Einschränkung vor. Frauen waren etwas häufiger betroffen als Männer. Auch in diesem Bereich stieg mit dem Alter der Anteil der betroffenen Personen stark an.

In der Altersgruppe der über 65-Jährigen (n=921) lag der Anteil bei Männern und bei Frauen, die bei ihren täglichen Tätigkeiten erheblich eingeschränkt waren, bei 13 %. Nicht erheblich eingeschränkt in ihren täglichen Aktivitäten waren in dieser Altersgruppe 40 % der Frauen und 36 % der Männer (vgl. Abbildung 10).

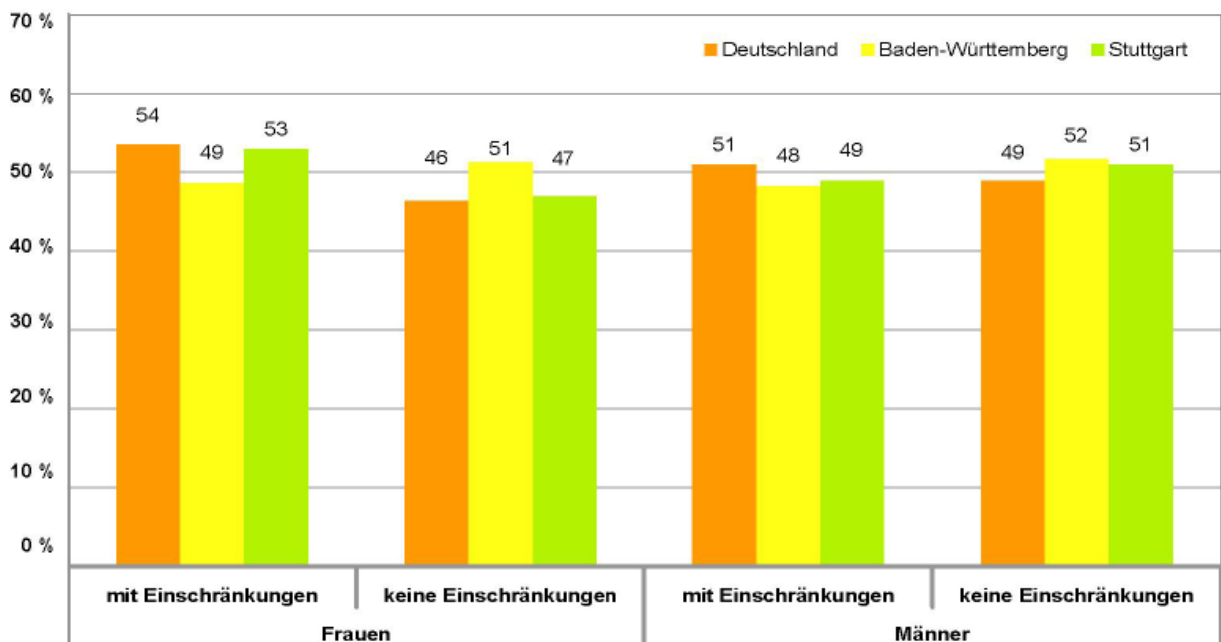
Abbildung 10: Einschränkungen in den alltäglichen Tätigkeiten durch Krankheit bei Stuttgarter Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter sowie bei allen Teilnehmern ab 18 Jahren



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, eigene Berechnungen, 2011

Im Vergleich mit Baden-Württemberg und Deutschland zeigt sich, dass über 65-Jährige in Baden-Württemberg am seltensten mit krankheitsbedingten Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten zu kämpfen haben. Insgesamt gesehen zeigten sich aber keine großen Unterschiede (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Vergleich von Einschränkungen durch Krankheit bei Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter in Deutschland, Baden-Württemberg und in der Landeshauptstadt Stuttgart



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, Robert Koch-Institut, eigene Berechnungen, 2011

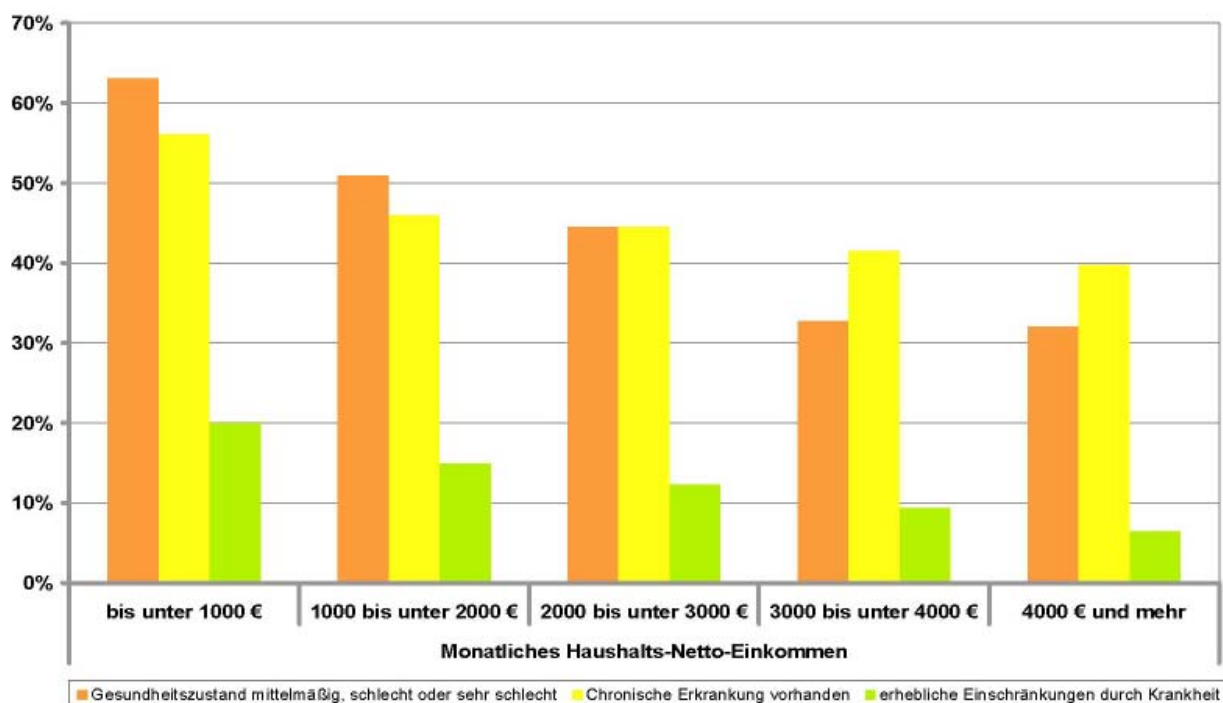
#### 4.5.4.4 Zusammenhänge von Gesundheit und sozioökonomischem Hintergrund

Aus vielen Studien ist bekannt, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozioökonomischen Status gibt. Materiell schlechter gestellte Menschen haben durchschnittlich eine 7 Jahre kürzere Lebenserwartung als besser gestellte. Dieser Zusammenhang kann auch in fast allen anderen gesundheitlichen Aspekten beobachtet werden.<sup>17</sup>

Für die Auswertung bei der Bürgerumfrage wurden das monatliche Haushaltsnettoeinkommen und der höchste Bildungsabschluss als Indikatoren für die sozioökonomische Lage gewählt.

Sowohl im Bereich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, den chronischen Erkrankungen als auch im Bereich der Einschränkungen bei täglichen Tätigkeiten durch Krankheit zeigen sich große Unterschiede hinsichtlich des sozio-ökonomischen Hintergrunds der Betroffenen. Je höher das Einkommen und je besser das Bildungsniveau umso geringer sind auch im Alter gesundheitliche Einschränkungen (vgl. Abbildungen 12 und 13).

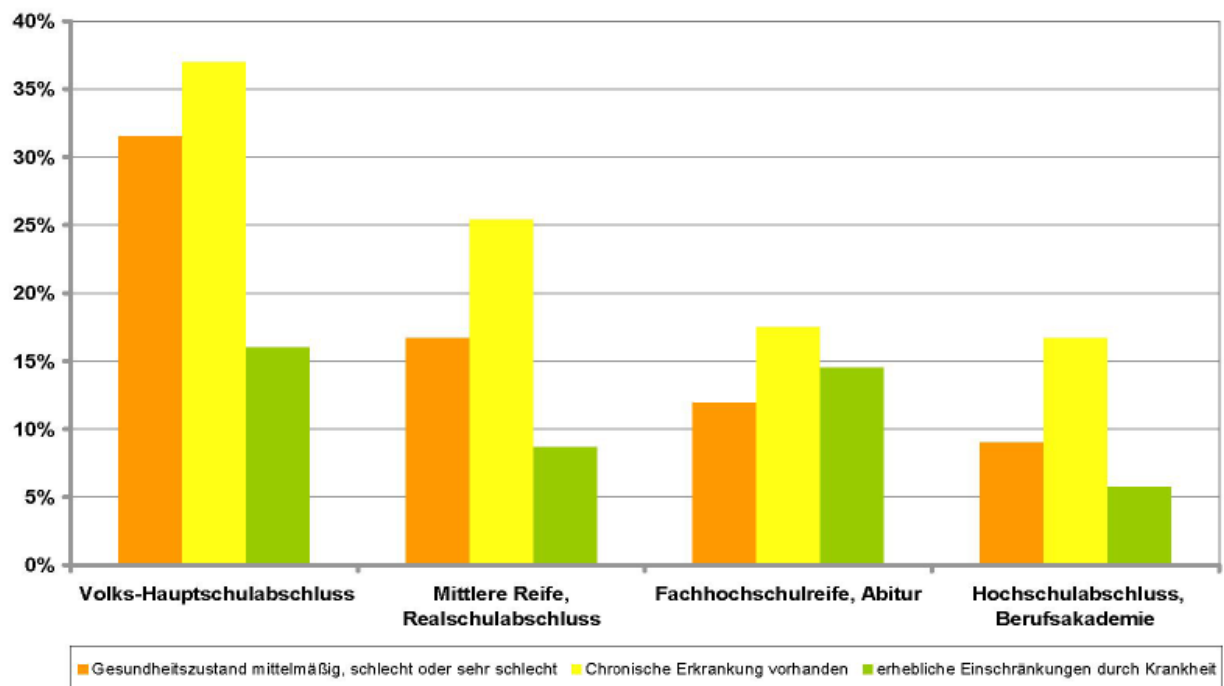
Abbildung 12: Anteil der über 65-jährigen Stuttgarter mit einer schlechten Selbsteinschätzung der Gesundheit (Zusammengefasste Antworten: mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht), mit chronischen Erkrankungen und mit erheblichen Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, eigene Berechnungen, 2011

<sup>17</sup> Rosenbrock, R. (2007). Worauf wir nicht verzichten sollten Gesundheitssystem und Solidarität. Langfassung des Artikels in Dr. med. Mabuse Nr. 165, Januar/Februar 2007, S. 29-32:

Abbildung 13: Anteil der über 65-jährigen Stuttgarter mit einer schlechte Selbsteinschätzung der Gesundheit (Zusammengefasste Antworten: mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht), mit chronischen Erkrankungen und mit erheblichen Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten nach dem höchsten Bildungsabschluss



Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, eigene Berechnungen, 2011

#### 4.5.5 Fazit

Die hohe und auch gesunde Lebenserwartung in der Landeshauptstadt Stuttgart könnte auf die gute sozioökonomische Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart, wie auch in ganz Baden-Württemberg, mit einer sehr niedrigen Arbeitslosenquote und einem eher hohen Lebensstandard zurückgeführt werden.

Außerdem zeigt sich, dass trotz konstant bleibender Einwohnerzahlen in der Altersgruppe der Hochbetagten in der Landeshauptstadt Stuttgart der Anteil an Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, im Gegensatz zu Baden-Württemberg und Deutschland, zurückgeht. Dies kann ein Hinweis auf einen zeitlichen Trend hin zu besserer Gesundheit im Alter sein. Auf der anderen Seite könnten die günstigen Stuttgarter Zahlen aber auch auf eine Abwanderung von kranken und pflegebedürftigen älteren Menschen aus der Landeshauptstadt Stuttgart hinaus hinweisen. Die Bindung an einen Arbeitsplatz in Stuttgart entfällt für ältere Menschen nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Die aktuelle Datenlage gibt einen ersten Einblick über den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, jedoch ist die Aussagekraft gering. Ein repräsentativer Alterssurvey (vgl. Kapitel 1) ist daher unabdinglich, um die Gesundheits- und Lebenssituation älterer Menschen besser abbilden zu können. Diese Informationen sind, speziell für diesen Personenkreis, essentiell für eine gute Gesundheits- und Sozialplanung der Landeshauptstadt Stuttgart. Über einen Alterssurvey können sowohl neue Erkenntnisse über die Lebenslagen von älteren Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart gewonnen und zugleich auch auf der Ebene des Sozialraums konkrete Handlungsansätze initiiert werden.

#### 4.5.6 Handlungsempfehlungen

- Mit dem hier vorgestellten Zahlenmaterial über die Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit der Stuttgarter Bürger könnte mithilfe der Bevölkerungsprognose für die kommenden Jahre eine auf die Stuttgarter Situation bezogene Bedarfsberechnung von Pflegeplätzen in Pflegeheimen vorgenommen werden. Die bisherige Bedarfsplanung bei Pflegeplätzen geht von landesweiten Richtwerten aus, die die spezielle großstädtische Situation nicht berücksichtigen.
- Über die konkrete Lebenssituation älterer Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart gibt es zurzeit nur wenige Informationen. Klar ist, dass Ältere immer häufiger trotz Pflegebedürftigkeit selbstständig leben wollen und ambulante Versorgung benötigen. Ein Alterssurvey (vgl. Kapitel 1) könnte hier wichtige zusätzliche Informationen liefern und die Kommune und ihre Partner in die Lage versetzen, gezielt und passgenau dort Hilfen zu initiieren, wo sie benötigt werden (vgl. GRDRs 993/2009 - Frühe Förderung von Familien II - Konzept „Altwerden“ im Rahmen Gesunde Stadt).
- Zurzeit fehlen dem Stuttgarter Gesundheitsamt die personellen und finanziellen Ressourcen für die Entwicklung und Finanzierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter und zur Durchführung einer Gesundheitskonferenz zu diesem Thema. (Einzelheiten dazu sind in der GRDRs 993/2009 Frühe Förderung von Familien II - Konzept „Altwerden“ im Rahmen Gesunde Stadt dargelegt.)



- Über die Lebens- und Gesundheitssituation von älteren Migrantinnen und Migranten gibt es zurzeit noch sehr wenige Erkenntnisse. Bei schriftlichen Befragungen, wie beispielsweise der Bürgerumfrage, nehmen Migrantinnen und Migranten möglicherweise wegen Sprachproblemen unterdurchschnittlich teil. Um hier mehr Informationen zu bekommen, könnten muttersprachliche Interviews geeignet sein. Zurzeit fehlen die nötigen Mittel zur Durchführung einer so gearteten Studie.
- In der Bürgerumfrage 2011, die zurzeit durchgeführt wird, werden Fragen zum Alkoholkonsum gestellt. Neben einer allgemeinen Auswertung der Umfrage eröffnet sich die Möglichkeit, eine gesonderte Auswertung des Alkoholkonsums älterer Menschen vorzunehmen. Diese Auswertung wird konkrete Anhaltspunkte für die Suchthilfeplanung und die Suchtberatung älterer Menschen liefern. Die Suchtberatungsstellen überlegen derzeit zusammen mit der Sozialplanung des Gesundheitsamts, wie Suchtberatungsangebote für ältere Menschen künftig aussehen könnten und welche Kooperationspartner dafür nötig wären.
- Über die Ernährungssituation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten gibt es zurzeit auch auf nationaler Ebene kaum Untersuchungen. Der Fachbereich Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften der Hochschule Albstadt-Sigmaringen hat sich angeboten, zusammen mit dem Stuttgarter Gesundheitsamt Abschlussarbeiten an Studentinnen und Studenten auszugeben. Um Studentinnen und Studenten zu gewinnen, die in der Lage sind, gute Arbeiten zu fertigen, wäre der Abschluss von Werkverträgen erforderlich. Zurzeit fehlen die nötigen Mittel zur Durchführung einer so gearteten Studie.
- In Federführung des Forums Gesunde Stadt Stuttgart e. V. wurden 2009 Qualitätskriterien für Stuttgarter Krankenhäuser erarbeitet. Unter anderem wird in diesen Kriterien darauf hingewiesen, dass sich die Krankenhäuser verstärkt auf die spezifischen Anforderungen älterer Menschen einstellen sollten, wie z. B. vermehrte Seh- und Hörbehinderungen, Bewegungseinschränkungen und Bewegungsunsicherheit, Ernährungsstörungen, Multimorbidität oder Demenz. Bei einer Fachtagung am 27.10.2010 zu diesem Thema wurde deutlich, dass es sich bei der Umsetzung um einen langfristig anzulegenden Prozess handelt, der kontinuierlich begleitet werden sollte.

## 4.6 Pflege

### 4.6.1 Hintergrund

Unsere Gesellschaft wird in den kommenden 20 Jahren auf Grund des demografischen Wandels tiefgreifende Veränderungen erfahren. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird weiter anwachsen und in Baden-Württemberg voraussichtlich bis 2030 um ca. 54 % zunehmen (vgl. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 8/2007).

Bis 2020 wird sich landesweit die Zahl der Pflegebedürftigen um 32,9 % erhöhen, in der Landeshauptstadt Stuttgart um 9,7 %. Damit liegt die Landeshauptstadt Stuttgart weit unter dem Landesdurchschnitt. Die Gründe sind sicherlich in dem „Demografietypus“ zu suchen, dem die Landeshauptstadt Stuttgart zugeordnet werden kann. Die Landeshauptstadt Stuttgart wird dem Cluster „prosperierende Wirtschaftszentren“ zugeordnet, der neben anderen Merkmalen von „verlangsamten Alterungsprozessen“ gekennzeichnet wird ([www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de)).

Dennoch stellt der demografische Wandel die Landeshauptstadt Stuttgart wie alle anderen Kommunen vor große Herausforderungen. Doch er bietet auch Chancen, denn der demografische Wandel kann vor Ort aktiv mit gestaltet werden und muss nicht passiv erlebt werden.

Das Erwerbsverhalten, Änderungen der Familienstruktur, Einkommen und das Vorhandensein von Versicherungsschutz haben neben der demografischen Entwicklung einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegesettings.

Zwar werden die Pflege und die Betreuung in der Familie nach wie vor als Leitbild der Pflege betrachtet, doch spüren mittlerweile viele Bürger, dass es künftig schwierig werden wird, traditionelle „Familien-Pflegesettings“ zu verwirklichen. Die Angst, anderen zur Last zu fallen oder keine ausreichende Versorgung bei eigener Pflegebedürftigkeit zu erfahren, lässt viele Menschen den Wunsch äußern, möglichst vor einer schweren Pflegebedürftigkeit zu sterben. Politik, Kommunen, Leistungserbringer, Bürger sollten deshalb gemeinsam eine Antwort entwickeln, wie eine gelingende und sozialraumorientierte Pflegeinfrastruktur umgesetzt werden kann.

Die Potenziale und Gestaltungsmöglichkeiten, die Kommunen, Leistungserbringer und alle beteiligten Akteure im Hinblick auf eine lokale Pflegeinfrastruktur bieten, werden im Folgenden dargestellt.

### 4.6.2 Pflegebedürftigkeit in der Landeshauptstadt Stuttgart

Wie oben schon angedeutet, wird die Landeshauptstadt Stuttgart dem Demografietypus „prosperierende Wirtschaftszentren“ zugeordnet. Diesem Cluster sind neben der Landeshauptstadt Stuttgart u. a. auch Hamburg, München, Düsseldorf oder Mainz zugeordnet (insgesamt sind 19 Städte in diesem Demografietypus erfasst).

Kennzeichen „prosperierender Wirtschaftszentren“ sind stabile bis wachsende Bevölkerungsentwicklung, hohe Zuwanderungsgewinne bei jungen Erwachsenen, wirtschaftliche Prosperität und verlangsamte Alterungsprozesse.

Das bedeutet, dass bundesweit der Anteil der über 60-jährigen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2020 bei 24,5 Mio. (31 %) prognostiziert wird (Statistisches Bundesamt 2006), während für die Landeshauptstadt Stuttgart ein Wert von 23,7 % vorausgesagt ist. Auch bei den Hochbetagten schlägt sich der Trend nieder. Während bundesweit der Anteil der über 80-jährigen derzeit mit 7 % beziffert wird, beträgt der Wert für die Landeshauptstadt Stuttgart 4,7 %. Der verlangsamte Alterungsprozess ist dafür ausschlaggebend, dass in der Landeshauptstadt Stuttgart die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 unterdurchschnittlich zunimmt (Land Baden-Württemberg 32,9 % vs. Landeshauptstadt Stuttgart 9,7 %).

Grundsätzlich bleibt trotz verlangsamtem Alterungsprozess festzuhalten, dass auch Stuttgart von dem vierfachen Altern unserer Gesellschaft mittel- und langfristig betroffen sein wird.

Vierfaches Altern einer Gesellschaft heißt:

- Die Zahl der Älteren nimmt zu,
- die Älteren werden zunehmend hochbetagter,
- den Älteren stehen immer weniger Junge gegenüber,
- immer weniger Menschen stehen im Erwerbsleben.

Bezogen auf die Zukunft der Pflege bedeutet dies:

Einerseits

- ist eine zunehmende Zahl Pflegebedürftiger,
- auf immer mehr Pflegepersonen
- und wachsende finanzielle Ressourcen angewiesen.

Andererseits

- geht die Zahl potenzieller familiärer und professioneller Pflegepersonen
- und im Erwerbsleben stehender Beitragszahler für das Versicherungssystem zurück

(vgl. Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020, Potenziale für die Pflege daheim, Trendstudie, LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., 2008).

Aus historischer Sicht betrachtet, können wir auf keine vergleichbaren Prozesse und Erfahrungen zurückgreifen, d. h. die Aufgabenstellungen, denen wir gegenüberstehen, sind neu und erfordern innovative Antworten und Lösungen.

Die Herausforderungen, die Pflege und Betreuung älterer Menschen an uns stellen, können nur bewältigt werden, wenn wir uns vergegenwärtigen, wer gepflegt wird?

Bundesweit werden rund 2,25 Mio. pflegebedürftige Personen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) gezählt, davon ca. 340.000 Pflegebedürftige im Land Baden-Württemberg und 10.549 in der Landeshauptstadt Stuttgart (vgl. Statistisches Amt der Landeshauptstadt Stuttgart, Statistik und Informationsmanagement, Monatsheft 5/2009).

Generell können folgende Aussagen getroffen werden:

- Zwei von drei Pflegebedürftigen leben zu Hause,
- zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind weiblich,
- jeder zweite Pflegebedürftige leidet unter kognitiven Beeinträchtigungen,
- Pflegebedürftigkeit ist vor allem ein Thema jenseits des 80. Lebensjahrs,
- die Anzahl der allein lebenden Pflegebedürftigen hat sich stetig erhöht und zwar mit 37 % am häufigsten in Ballungsräumen, während im ländlichen Raum der Wert bei 20 % liegt.

(vgl. Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020, Potenziale für die Pflege daheim, Trendstudie, LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 2008).

Am 31.12.2009 lebten 28.658 Menschen ab 80 Jahren in Stuttgart (vgl. 1.1.1 Tabelle 1). In 2025 werden es laut Prognose 34.117 Menschen, die 80 Jahre und älter sind, sein. Dies bedeutet einen Anstieg um 5.694 Menschen.

Tabelle 1: Prognose der Einwohnerzahl der Teilaltersgruppen ab 80 Jahren bis 2025 (31.12.2008)

Alter	Daten 2008		Prognose 2020		Prognose 2025	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
80 bis unter 85 Jahre	14.493	2,4	19.304	3,2	17.704	3,0
85 bis unter 90 Jahre	9.723	1,6	9.961	1,7	11.788	2,0
90 Jahre und älter	4.197	0,7	4.462	0,7	4.625	0,8
Über 80 Jahre gesamt	28.413	4,7	33.727	5,6	34.117	5,8
Stuttgart insgesamt	593.070	100,0	596.529	100,0	594.508	100,0

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt Prognose 31.12.2008

Leider wird in der statistisch erfassten Pflegebedürftigkeit die steigende Prävalenzrate von Demenzkranken mit zunehmendem Alter nur unzureichend erfasst.

Gründe sind, dass das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) einen stark somatisch ausgerichteten Pflegebegriff beinhaltet. Zudem ist die Diagnostik von Demenz schwierig:

Am ehesten gelingt eine Diagnose noch bei den schweren bis mittelschweren Fällen. Unter den 80- bis unter 85-Jährigen leiden etwa 15 % an einer schweren oder mäßig schweren Demenz; unter den über 90-jährigen sind es 30 bis 40 % (vgl. Manfred Geiger, Pflege in einer alternden Gesellschaft, Saarbrücken 2009).

Durch den demografischen Wandel steigt langfristig die Zahl der älteren hochbetagten Menschen und damit auch die Zahl der Pflegebedürftigen mit oder ohne demenzielle Erkrankung. Das Hilfesystem Pflege hat sich in der Landeshauptstadt Stuttgart frühzeitig auf die oben genannten demografischen Entwicklungen eingestellt und ist im Gemeinwesen gut aufgestellt und auf einem nachhaltigen Weg (vgl. Statistisches Amt der Landeshauptstadt Stuttgart, Statistik und Informationsmanagement, Monatsheft 5/2009).

Nach den Berechnungen des Landes Baden-Württemberg benötigt die Landeshauptstadt Stuttgart im Jahr 2015 voraussichtlich 5.650 stationäre Dauerpflegeplätze. Derzeit gibt es 5.445 Plätze in Einrichtungen der Altenpflege; mit den in Bau und Planung befindlichen Plätzen sind es 5.725 im Jahr 2015. Bis voraussichtlich 2020 wird kein Mangel an stationären Dauerpflegeplätzen in Stuttgart auftreten.

Nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ ist die stationäre Dauerpflege in der Landeshauptstadt Stuttgart sehr gut aufgestellt. Die Qualität wird gekennzeichnet durch:

- Einen hohen baulichen Modernisierungsgrad durch Neubauten oder Generalsanierungen in den letzten Jahren,
- innovative Versorgungskonzepte in den Einrichtungen, z. B. Hausgemeinschaftsmodelle, Palliative Care, Betreuungskonzepte nach § 87b SGB XI,
- ein flächendeckendes Versorgungssystem, mit dem eine wohnortnahe Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gewährleistet werden kann.

Auch in den „Teilsystemen“ der ambulanten Dienste, Tages- und Kurzzeitpflege, niederschweligen Betreuungsangeboten nach § 45c SGB XI verfügt die Landeshauptstadt Stuttgart über ein sehr gut differenziertes und regionenbezogenes Hilfesystem, das derzeitigen und mittelfristigen Ansprüchen genügt.

Wie bereits in der Vergangenheit werden die freien Träger der Wohlfahrtspflege auch in den nächsten 15 Jahren Bestandssanierungen oder Ersatzneubautätigkeiten angehen. Dies wird zur Folge haben, dass die Zahl der Einzelzimmer steigt und die Landesheimbauverordnung (LHeim-BauVO) umgesetzt wird.

#### 4.6.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Eine leistungsfähige Pflegeinfrastruktur ist wesentlich von bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen abhängig. Im Allgemeinen gilt, dass für die notwendige Versorgung der Bevölkerung durch eine möglichst wohnortnahe und leistungsfähige Pflegeinfrastruktur die Bundesländer verantwortlich sind; Entsprechendes wird durch landesrechtliche Bestimmungen geregelt (§ 9 SGB XI).

Der Landespflegeplan (§ 3 Landespflegegesetz) und der Kreispflegeplan bilden wichtige Instrumente, damit eine leistungsfähige und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur, den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten angepasst, vorgehalten wird. § 8 SGB XI fordert ebenfalls die Kommunen auf, eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung zu gewährleisten und zwar durch Zusammenwirken mit anderen Akteuren vor Ort.

Seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ist es nicht mehr zulässig, eine Bedarfsplanung auf Landes- und Kommunalebene durchzuführen, die das Verhältnis von ambulanten und stationären Angeboten steuern könnte (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!, Berlin, Dezember 2008; Urteil des Bundessozialgerichts zur Förderpraxis im ambulanten Versorgungsbereich vom 28. Juni 2001, Az. B 3 P 9/00).

Auch die Pflegekassen haben gem. § 69 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Grundversorgung zu gewährleisten. Dies geschieht durch den Abschluss von Versorgungsverträgen. Diese sind grundsätzlich mit allen Pflegeeinrichtungen abzuschließen, die die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 SGB XI einlösen.

Die bisherigen Reformen der Pflegeversicherung zielen auf eine weitere Stärkung des häuslichen Pflegepotenzials ab und zwar durch:

- Die Anhebung der finanziellen Leistungen,
- die Etablierung von Pflegestützpunkten und Fallberatern,
- ausgeweitete Leistungen für demenziell Erkrankte,
- eine Einführung der Pflegezeit für Beschäftigte,
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege,
- Unterstützung des generationenübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements.

Die Pflegekassen haben dem Vorrang der häuslichen Versorgung Geltung zu verschaffen nach § 3 SGB XI.

Die bisherigen Intentionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung greifen wichtige Impulse und Beiträge der Fachwelt auf, die eine Stärkung der häuslichen Versorgung seit längerem fordern. Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff steht dem allerdings im Weg.

Im Herbst 2006 wurde von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff“ unter Vorsitz von Prof. Dr. Jürgen Gohde eingerichtet. Der „neue Pflegebedürftigkeitsbegriff“ soll für mehr Bedarfsgerechtigkeit in der Pflege sorgen, da der gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert ist.

Wesentliche Aspekte wie soziale Teilhabe und Kommunikation werden nicht berücksichtigt, ebenso der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die wachsende Zahl der Pflegebedürftigen mit demenzieller Erkrankung oder anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz erhalten keine adäquate Unterstützung durch die Leistungen der Pflegeversicherung. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird der Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen hinsichtlich allgemeinem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (z. B. Weglauftendenzen, Angst, Wahnvorstellungen, Aggression, Selbst- und Fremdgefährdung) nicht erfasst.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und mit einem neuen Begutachtungsinstrument soll die seit langem bekannte Ungleichbehandlung von somatisch erkrankten und psychisch oder demenziell erkrankten Menschen beendet werden. In Zukunft soll der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in insgesamt acht pflegerelevanten Lebensbereichen, wie kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, erfasst werden.

Das Verfahren um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stockt derzeit auf Bundesebene, da keine klaren Vorstellungen darüber herrschen, wie diese Reform finanziert wird. Denn eines ist klar, sollte der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, bedeutet es eine Ausweitung des Personenkreises, der Leistungen aus der Pflegeversicherung beanspruchen kann und in der Konsequenz stellen sich zwei Möglichkeiten zur Wahl:

- Beitragserhöhung der Pflegeversicherung oder
- Leistungsabsenkungen in den einzelnen Pflegestufen.

In den kommenden Jahren ist eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unabdingbar, die auf den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbaut.

#### 4.6.4 Potenziale einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur

Unter den Stichworten „Selbstbestimmung, Familienfreundlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Selbsthilfepotenziale“ hat der Deutsche Verein in seinen Empfehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur unter dem Titel „Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!“ lokale Versorgungspotenziale zusammengefasst:

##### **Selbstbestimmung**

Eine gute lokale Pflegeinfrastruktur ermöglicht älteren Menschen bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eine weitgehend selbstbestimmte Lebensweise. Grundbedingungen sind eine funktionierende Alltagsversorgung, medizinische und pflegerische Versorgung sowie soziale Teilhabe.

##### **Familienfreundlichkeit**

Eine pflegerechte Infrastruktur entlastet andere Familienmitglieder, in der Hauptsache pflegende Angehörige. Die Attraktivität einer Kommune wird für alle Personengruppen erheblich gesteigert, auch für junge Familien, was zur Folge hat, dass generationenübergreifende Hilfepotenziale leichter erschlossen werden.

##### **Wirtschaftlichkeit**

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird durch eine gute sozialraumorientierte Pflegeinfrastruktur gesteigert. Davon profitieren neben jüngeren Arbeitskräften auch Investoren und Arbeitgeber. Der Pflege- und Dienstleistungsbereich ist für die Landeshauptstadt Stuttgart bezogen auf Arbeitskräfte und -plätze ein nicht zu vernachlässigender Sektor, der für die wirtschaftliche Entwicklung eine bedeutende Rolle spielt.

## Selbsthilfepotenziale

Da der Wunsch des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegebedürftigkeit an erster Stelle steht, muss ein kommunaler Altenplan hierin eine wichtige Zielbestimmung für die Gestaltung einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur sehen.

Die aufgeführten „positiven Strukturpotenziale“ sind für eine großstädtische Kommune wie die Landeshauptstadt Stuttgart leicht nachzuvollziehen. Die strukturellen Potenziale lassen sich aber nur erfüllen, wenn entsprechende „Pflegepotenziale“ in der Zukunft vorhanden bzw. bereit gestellt sind.

Die Landeshauptstadt Stuttgart steht mit ihrer großstädtischen Gesellschaftsstruktur, die mittel- und unmittelbar das Pflegepotenzial beeinflusst, vor besonderen Schwierigkeiten und Aufgabenstellungen.

## Abnehmendes Pflegepotenzial durch den Partner

Nach wie vor sind die (Ehe-)Partner die größte Gruppe, die in der häuslichen Pflege die Hauptverantwortung tragen (vgl. Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020, Potenziale für die Pflege daheim, Trendstudie, LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., 2008, S. 48).

Das zukünftige Pflegepotenzial durch die (Ehe-)Partner wird beeinflusst durch:

- Zunahme derer, die im Laufe ihres Lebens nie geheiratet haben,
- Zunahme an Scheidungen,
- Abnahme des Frauenüberschusses,
- Zunahme nichtehelicher Lebensgemeinschaften.

Die aufgeführten Trends führen zu einer Abnahme des Pflegepotenzials durch den Partner.

## Abnehmendes Pflegepotenzial von Töchtern und Schwiegertöchtern

Töchter und Schwiegertöchter sind nach den (Ehe-)Partnern ebenfalls eine wichtige Gruppe bezogen auf die häusliche Pflege. Alle Trends deuten darauf hin, dass der Betreuungsquotient pflegender Töchter und Schwiegertöchter sinken wird, z. B. durch die zunehmende Frauenerwerbsquote.



## Großstädtisches Pflegemilieu

Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass im ländlichen Milieu eine deutlich höhere Bereitschaft zur häuslichen Pflege besteht, d. h. im städtischen Milieu kommt eine stationäre Pflege eher in Betracht.

Tabelle 2: Pflegebedürftige im regionalen Vergleich 2007

Regionaleinheit	Pflegebedürftige Anzahl	Stationär in %	Ambulant in %	Pflegegeldempfänger in %
Stadtkreis Stuttgart	10.549	43,1	19,4	37,5
Landkreis Böblingen	6.218	38,5	14,9	46,6
Landkreis Esslingen	10.003	34,8	21,7	43,5
Landkreis Göppingen	5.807	32,4	24,4	43,2
Landkreis Ludwigsburg	8.902	37,5	20,9	41,6
Landkreis Rems-Murr-Kreis	8.566	37,8	19,5	42,7
Baden-Württemberg	236.998	35,4	19,7	44,9

Quelle: Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, 2007

## Soziale Milieus

Generell gilt, dass soziale Milieus mit einer hohen Selbstpflegebereitschaft abnehmen und Milieus, die eine stationäre Versorgung präferieren, zunehmen.

Die Bereitschaft zum Selbstpflegen ist in sozialen Milieus unterschiedlich anzutreffen. Sie ist am geringsten im liberal-bürgerlichen Milieu, also bei viel strukturellen Ressourcen (Schulbildung, Berufsausbildung, Haushaltseinkommen) und einem modernen Lebensentwurf (vgl. Blinkert, Pflege 2030 Chancen und Herausforderung!, Dokumentation der Fachtagung 1. Juli 2009, Berlin).

Beim „traditionellen Unterschichtsmilieu“ besteht ein größeres Engagement, selber zu pflegen. „Zu erklären sind diese Unterschiede mit einer milieutypischen unterschiedlichen Sicht von Kosten-Nutzen-Erwägungen bzw. Opportunitätskosten im Sinne von entgangenen Chancen, die sich wiederum auf die mit Pflegeverrichtungen gegenüber Angehörigen einhergehenden Handlungsstruktur und Gratifikationserwartungen zurückführen lassen“ (vgl. Manfred Geiger, Pflege in einer alternden Gesellschaft, Saarbrücken 2009, S. 15).

Die Landeshauptstadt Stuttgart besitzt ein breites „liberal-bürgerliches Milieu“, d. h. das Potenzial zum Selbstpflegen ist geringer anzusetzen (vgl. Tabelle 2).

## Berufliches Pflegepotenzial

Im vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung aus dem Jahr 2008 heißt es, dass vor dem Hintergrund des demografischen Wandels für die Zukunft von einer Verschärfung der Personalsituation im Bereich der Altenpflege ausgegangen werden kann. Dies ergibt sich aufgrund der Zunahme des Pflegekräftebedarfs, insbesondere des Fachkräftebedarfs, bei gleich-

zeitigem Rückgang der Schülerzahlen. Um die geringer werdende Zahl der Schulabgänger wird der Pflegebereich verstärkt mit anderen Wirtschaftsbereichen konkurrieren müssen.

Für die Versorgung der 133.663 Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg in stationären und ambulanten Pflegearrangements standen Ende 2009 landesweit 105.998 Beschäftigte zur Verfügung, ein Zuwachs um 8,4 % gegenüber 2007 (vgl. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Pressemitteilung Nr. 42/2011). Jedoch ist zu bezweifeln, ob dieser Trend in Zukunft anhalten wird bzw. ausreicht, um eine qualifizierte Pflege im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen.

Gründe für den Pflegefachkräftemangel sind unter anderem:

- Schlechtes gesellschaftliches Image der Pflegeberufe,
- unattraktive Bezahlung,
- belastende Arbeitszeiten / Schichtdienste,
- hohe körperliche und psychische Anforderungen,
- Bürokratisierung der Arbeitswelt.

Die Stuttgarter Pflegeeinrichtungen haben erhebliche Probleme, qualifizierte Fachkräfte zu gewinnen. Das Stuttgarter Trägerforum Altenhilfe e. V. hat eine aufwändige Kampagne gestartet, um junge Arbeitskräfte für die Berufe der Altenpflege zu werben.

#### 4.6.5 Pflegenden Angehörige

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, d. h. die eigene Häuslichkeit bildet das Zentrum der Pflege:

- 86 % der Hauptpflegepersonen gehören zum engeren Familienkreis,
- es gibt immer mehr Personen, die pflegen und bereits das Rentenalter von 65 Jahren erreicht haben. Der Anteil liegt bei rund 40 % und
- bei der familiären Pflege tragen die Frauen mit einem Anteil von 73 % die Hauptlast.

(vgl. Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020, Potenziale für die Pflege daheim, Trendstudie, LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V., 2008).

Ein weiterer Trend zeigt aber auch, dass die Übernahme der häuslichen Pflege von Angehörigen immer weniger als moralische Pflicht angesehen wird. Nach einer Pflegestudie der Universität Hamburg und der Krankenkasse AOK sahen sich im Jahr 2009 45 % moralisch verpflichtet, ihre Angehörigen zu pflegen. 1997 waren es noch ca. 59 %.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit ist ein zunehmendes Problem für viele pflegende Angehörige, da ein Anstieg der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter zu verzeichnen ist (Stichwort: steigende Frauenerwerbstätigkeitsquote).

Laut LIGA-Trendstudie 2008 ist die „private häusliche Pflege mehrheitlich ein Full-Time-Job. Der Aufwand für Pflege und Betreuung wurde in der Infratest-Befragung im Durchschnitt mit knapp 37 Stunden pro Woche angegeben, eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit geben 64 % der Hauptpflegepersonen an.“

Gründe für eine Überlastung pflegender Angehöriger sind daher:

- Zeitmangel,
- soziale Isolation,
- Depression,
- Beziehungsverluste,
- Unabhängigkeitsverlust.

Die drei häufigsten Gründe für eine Inanspruchnahme von Entlastungspflege (vgl. Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, Studie „Temporäre Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit demenzieller Erkrankung“, Zürich 2009):

- Körperliche Erschöpfung 88 %,
- Psychische Erschöpfung 82 %,
- Schlafschwierigkeiten 76 %.

Pflegende Angehörige formulieren folgende Erfahrungen, Probleme und Belastungen:

- Fehlende gesellschaftliche Anerkennung,
- fehlende Transparenz bzgl. Angeboten und Kosten, z. B. von Sozialen Diensten,
- fehlende soziale und finanzielle Absicherung (z. B. ist die Bewilligung von Sozialleistungen oft sehr kompliziert),
- fehlende Informationen über rechtliche Aspekte (Vollmacht, Patientenverfügung),
- mangelnde Flexibilität seitens der Pflegedienste,
- Mangel an Pflegepersonen und / oder Physiotherapeuten,
- soziale Ausgrenzung / Isolation,
- fehlende finanzielle Mittel für die Inanspruchnahme entsprechender Dienste,
- fehlende Möglichkeiten, an sozialen Aktivitäten außerhalb des Hauses teilzunehmen,
- wenig Gelegenheit, sich durch Freizeitaktivitäten zu erholen,
- körperliche / psychosomatische Beschwerden,
- Gewalterfahrungen in häuslichen Pflegekontexten

(vgl. Tibor Vetter, Pflegende Angehörige, Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, August 2010).

### Forderungen und Wünsche pflegender Angehöriger:

- Entstigmatisierung bzw. Enttabuisierung (Pflegearbeit, Tod, demenzielle Erkrankung) übergeordneter Informationsstellen,
- kurzfristige bzw. kurzzeitige Betreuungsübernahmen,
- unbürokratischer Zugang zu Pflegehilfsmitteln,
- mehr Informationsbedarf zu pflegerischen, medizinischen, pharmazeutischen und rechtlichen Belangen (Infos über Sozialleistungen, Vollmacht, Patientenverfügung, Pflegegeld etc.),
- mehr Beratung und Unterstützung durch Mobile Dienste / Soziale Dienste,
- umfassende hauswirtschaftliche Unterstützungsmöglichkeiten,
- mehr Unterstützung im Medikamentenmanagement,
- mehr Transparenz (Angebot und Kosten von sozialen Diensten, aber auch bzgl. Sozialleistungen oder sonstigen Vergünstigungen),
- eine transparentere und adäquatere Begutachtungspraxis durch MDK,
- mehr Tageszentren, die flexible Betreuungszeiten und individuelle Betreuung anbieten,
- eine Sensibilisierung der Professionellen, um Fälle häuslicher Gewalt wahrzunehmen,
- mehr Anerkennung für ihre Situation

(vgl. Seidl / Labenbacher (Hrsg.): *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen*, Köln, Weimar, Wien 2007; Meyer / Döhner (Hrsg.): *Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*, Band 10, Hamburg 2006).

Anhand der Forderungen und Wünsche pflegender Angehöriger lassen sich nachfolgende Beratungserfordernisse ableiten (vgl. Tibor Vetter, *Pflegende Angehörige*, Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, August 2010):

- Art, Inhalt und Ziele der Unterstützungs- und Beratungsangebote. Sie müssen wissen, welche Angebote für ihre spezifische Situation geeignet sind und auf welche sie zurückgreifen können.
- Das Krankheitsbild des Pflegebedürftigen. Sie müssen vorhandene Symptome verstehen und eine Ahnung haben, welche Anforderungen auch zukünftig zu erwarten sind.
- Für ihre Situation nützliche Hilfsmittel. Abhängig vom Krankheitsbild und Zustand der Pflegebedürftigen können sehr unterschiedliche Hilfsmittel benötigt werden.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung, über die Begutachtung des MDK, die Leistungen für die Pflegeperson, rechtliche Fragen.
- Psychosoziale Themen, z. B. veränderte Familiensituation, soziale Kontakte, Rollenkehr, Abschied nehmen.
- Entspannung, Geselligkeit, Kultur zur Verbesserung der eigenen Wahrnehmung und zum Aufbau sozialer Kontakte.

## Ziele bedarfsorientierter Unterstützungsangebote pflegender Angehöriger

Das Forschungsinstitut Geragogik hat drei Ziele in dem Modellprojekt „Pflegebegleiter“ definiert (vgl. [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht\\_Pflegebegleiter\\_8512.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Endbericht_Pflegebegleiter_8512.pdf); März 2010):

### Empowerment

Die Entlastung pflegender Angehöriger genügt nicht, sondern als „wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung von Empowerment werden Information, Beratung und Schulung sowohl für Hilfe- und Pflegebedürftige als auch für die Hauptpflegeperson“ angesehen (vgl. Tibor Vetter, Pflegende Angehörige, Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, August 2010).

### Kompetenzentwicklung

Der Informations- und Lernbedarf pflegender Angehöriger, um ihre Situation gestalten zu können, ist sehr hoch. Die verschiedenen Akteure im Pflegemix müssen Kompetenzen entwickeln, die sich gegenseitig bedingen und zusammenspielen. Dadurch wird eine „umfassende“ Entlastung der pflegenden Angehörigen erreicht.

### Vernetzung

Notwendig sind Kooperationen und Unterstützungsnetzwerke der unterschiedlichen lokalen Organisationen, die sich aus professionellen Anbietern des Pflege- und Bildungsbereichs sowie aus bürgerschaftlich Engagierten zusammensetzen.

Die oben genannten Ziele verfolgen auf Grund der demografischen Entwicklung geschuldeten Zunahme des Pflegebedarfs eine erhöhte Eigen- und Mitverantwortung aller Akteure und eine gezielte Entwicklung von Selbstorganisationskompetenzen.

### Exkurs „Leben in Gastfamilien“

Bundesweit bildet sich immer mehr eine alternative und relativ neue Betreuungsform heraus und zwar das „Leben in Gastfamilien“.

Gastfamilien übernehmen vorübergehend die Betreuung von pflegebedürftigen älteren oder behinderten Menschen, wenn pflegende Angehörige die Pflege zeitlich befristet nicht leisten können, z. B. wegen Urlaub, Kur oder Krankheit. In den Gastfamilien wird eine den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Menschen angepasste Betreuung und Pflege in familiärer Atmosphäre geleistet. Die Betreuungsdauer ist flexibel, d. h. von einigen Tagen bis zu ca. vier Wochen. Die Gastfamilien besitzen Kompetenz und Erfahrung in der Pflege und im Umgang mit älteren pflegebedürftigen Menschen sowie die räumlichen Voraussetzungen.

Bedingungen sind, dass der pflegebedürftige Mensch mit der Aufnahme in eine Gastfamilie einverstanden sein muss, dass sein gesundheitlicher Zustand eine Verhinderungspflege zulässt, dass sein Pflegezustand in einer Gastfamilie bewältigt werden kann und er keine ständige medizinische Überwachung benötigt.

Gastfamilien können eine Alternative zu einer stationären Kurzzeitpflege sein. Sie sind auf absehbare Zeit sicherlich kein Konzept, das eine bedeutsame Rolle in der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen spielt, aber in Bezug auf zukünftige quartiersbezogene Pflegesettings überlegenswert.

In bisher verwirklichten Projekten erhält die Gastfamilie für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung ca. 800 bis 1.000 EUR pro Monat. Außerdem können zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung in Betracht kommen, insoweit die Voraussetzungen des pflegebedürftigen Menschen gegeben sind.

### Exkurs „Ambient Assisted Living“

Wie oben konstatiert, wird häusliche Pflege primär von Angehörigen geleistet, so dass die Aussage „die Familie ist der größte Pflegedienst Deutschlands“ ihre Berechtigung hat.

Die Überforderung der pflegenden Angehörigen ist oftmals Beweggrund, alternative Lösungen in Betracht zu ziehen.

Eine neue Entwicklung in der „Pflegeunterstützung“ rückt daher bei Experten und Angehörigen immer häufiger in das Blickfeld, nämlich das Ambient Assisted Living (AAL). „Man versteht darunter technisch unterstützte Assistenzsysteme und bedarfsgerechte Dienstleistungen, die bei Menschen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen zur Erhaltung ihrer Selbstständigkeit beitragen (vgl. <http://www.aal-deutschland.de>)“.

Nachstehende Anforderungen sind an Ambient Assisted Living-Technologien zu stellen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)/VDE Innovationspartnerschaft AAL (Hg.): AAL in der alternden Gesellschaft. Anforderungen, Akzeptanz und Perspektiven, AAL Schriftenreihe, Band 2, Berlin und Offenbach 2010):

- Zuverlässig, leicht installierbar und einfach zu bedienen,
- flexibel und nachrüstbar, so dass sie auch in bestehenden Wohnungen eingebaut werden können,
- Sicherheit gewährleisten und die persönliche Autonomie der Nutzerinnen und Nutzer schützen,
- adaptierbar an konkrete Alltagszusammenhänge und Arbeitsprozesse sowie sich an Veränderungen der Lebensumstände anpassen können,
- Kommunikation zwischen allen Beteiligten erleichtern,
- ästhetischen Ansprüchen der Zielgruppen genügen und nicht stigmatisieren,
- kostengünstig sein oder von Kranken- und Pflegekassen unterstützt werden.

Vier Anwendungsfelder für Ambient Assisted Living-Technologien bieten sich vorrangig an (vgl. BMBF (Hg.): AAL. Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben, Berlin 2008. Internet <http://www.aal-deutschland.de/deutschland/aal-faltblatt>).

## Gesundheit und Homecare

Einsatz von intelligenten Assistenzsystemen, die sowohl die Prävention als auch die Rehabilitation im häuslichen Bereich unterstützen, z. B. Systeme für die Teleüberwachung, Pflegeunterstützung durch elektronische Hilfen und Roboter.

## Sicherheit und Privatsphäre

Technische Unterstützungssysteme, die den Wunsch nach größtmöglicher Sicherheit und möglichst weitgehender individueller Freiheit ermöglichen, sind hier gefragt, z. B. Sicherheitssysteme zur frühzeitigen Gefahrenerkennung (vergessenes Ausschalten von Geräten wie Herd oder vergessenes Zudrehen von Wasserhähnen) oder Erinnerungsfunktionen (vergessene Medikamenteneinnahme oder Termine). Aber auch einfache Umbauten (rutschfeste Teppiche, Haltegriffe in Badewannen) können neben dem Sicherheitsbedürfnis die Mobilität älterer Menschen erhöhen.

## Versorgung und Haushalt

Schaffung eines „intelligenten mitdenkenden“ Gesamtsystems durch Verknüpfung einzelner bereits im Haushalt vorhandener technischer Gerätschaften (z. B. Heizung, Licht oder Alarmanlage).

## Soziales Umfeld

Technische Assistenzsysteme können für den Bereich „soziales Umfeld“ entwickelt werden, z. B. durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der sozialen Teilhabe.

Probleme in der Anwendung verursachen:

- Mangelnde Akzeptanz der Endverbraucher,
- Schwierigkeiten bei der Bedienbarkeit,
- mit den Diensten oder Produkten assoziierte Stigmatisierung,
- Kosten,
- Know-how-Defizite selbst bei Experten.

Vom Bundesministerium für Bildung und Forschung werden seit 2009 unter dem Titel „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“ 18 Projekte gefördert. Die bisherigen Erfahrungen mit Ambient Assisted Living-Technologien haben folgende Vorteile aufgezeigt (vgl. Tibor Vetter, Ambient Assisted Living, Wie neue Technologien pflegende Angehörige entlasten können. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Ausgabe 1/2011. Januar/Februar 2011, Seite 26 bis 29):

- Steigende Unterstützung der Selbstversorgungskompetenz von Menschen mit Assistenzbedarf in ihrer Wohnumgebung,
- Entlastung pflegender Angehöriger,
- erwartetes Einsparpotenzial für die Sozialversicherungssysteme,
- erfolgversprechender Markt für innovative Technologien und Dienstleistungen des Ambient Assisted Livings.

#### 4.6.6 Ältere Menschen mit Migrationshintergrund und Pflege

Unstrittig ist, dass die interkulturelle Öffnung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe von großer Bedeutung ist, zumal in der Landeshauptstadt Stuttgart die Integrationspolitik einen hohen Stellenwert einnimmt.

Zwar wird vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt Stuttgart ein Rückgang der Anzahl der Ausländerinnen und Ausländer ab 50 Jahren von 35.859 Personen (Stand: 31.12.2008) auf 34.597 Personen im Jahr 2025 prognostiziert, dennoch besitzt das Thema „interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“ seine Bedeutung.

Ältere Migrantinnen und Migranten haben einen schlechteren gesundheitlichen Allgemeinzustand und der Beginn der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit setzt daher früher ein. Zum Beispiel haben die schlechtere Wohnsituation und / oder eingeschränkte sprachliche Verständigungsmöglichkeiten Auswirkungen auf das Altern von Migrantinnen und Migranten. Eine sinnvolle und präventive Nutzung des Gesundheitssystems wird durch Sprachhindernisse und damit verbundene Informationsdefizite be- oder verhindert.

In den Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Berlin, 2010) zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund heißt es:

„Vor dem Hintergrund wachsender ethisch-kultureller Vielfalt sind Sonderdienste oder Sonderwege zu vermeiden; vorrangig ist die interkulturelle Öffnung der Regelversorgung anzustreben. Interkulturelle Öffnung bedeutet die gezielte Verbesserung der Bedingungen, unter denen Zugangsrechte verwirklicht werden können ... ihre früher einsetzende Alterung und Pflegebedürftigkeit erfordert mehr Anstrengungen zur interkulturellen Öffnung der Altenhilfe in den Kommunen. Kultursensible, mehrsprachige, leicht verständliche Informationen zu Gesundheitsfragen im Alter (Lebensstil, Demenz usw.), Gesundheitswegweiser zu mehrsprachigen Gesundheitseinrichtungen und Informationen zu Strukturen und Angeboten der Altenhilfe und Pflege (offene, ambulante Dienste, Wohnformen) sollten vor Ort vorhanden sein. Zielgruppen zur Verbreitung sind nicht nur die älteren Menschen selbst, sondern auch Vertrauenspersonen wie Vorstände von Gemeinden, Missionen, Vereinen usw. Sinnvoll sind Mehrgenerationenansätze, so können über jüngere Angehörige z. B. in Integrationskursen auch die Älteren erreicht werden.“



Die Stuttgarter Träger der Altenhilfe haben sich seit geraumer Zeit der interkulturellen Öffnung ihrer Regelangebote für ältere Menschen mit Migrationshintergrund angenommen, entweder über eine programmatische Leitbildverankerung, konkrete Angebote oder Projekte.

Der Strategiekreis „Ältere Migrantinnen und Migranten in Stuttgart“, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern der regionalen und überregionalen Wohlfahrtsverbände, dem Treffpunkt Senior und der Landeshauptstadt Stuttgart zusammensetzt, bearbeitet die Themen:

- Niederschwellige Beratungsdienste und -zugänge für ältere Migrantinnen und Migranten,
- kultursensible Pflege und
- gesellschaftliche Teilhabe.

In diesem Zusammenhang muss auch die Zielkonferenz „Integration und Islam“, die von der Abteilung Integration der Landeshauptstadt Stuttgart ins Leben gerufen wurde, erwähnt werden. Die Zielkonferenz „Integration und Islam“ befasst sich neben anderen Themen mit den Bedürfnissen älterer Migrantinnen und Migranten, wobei im Rahmen der geführten Gespräche die Vorstände der islamischen Gemeinden als Bindeglied, Multiplikatoren bzw. Katalysatoren zu den älteren Menschen vor Ort dienen.

In der Landeshauptstadt Stuttgart gibt es differenzierte Angebote in der ambulanten Pflege, die interkulturell arbeiten oder die bestimmte Personengruppen ansprechen, wie z. B. russischsprachige ältere Menschen.

Die stationäre Pflege sollte Sonderwege bzw. „Sonderheime“ möglichst vermeiden, d. h. vorrangige Zielsetzung sollte eine interkulturelle Öffnung und Ausrichtung der Regelversorgung sein. Dies kann erreicht werden über Mitarbeiter unterschiedlicher Herkunft oder kultursensible Angebote (Gebetsräume, interkulturelle Besuchsdienste, religiöse Traditionen berücksichtigendes Speiseangebot usw.).

#### 4.6.7 Palliative Care und Palliativ-Netz Stuttgart

Palliative Care ist die internationale Bezeichnung für eine umfassende, palliative (lindernde) Betreuung im Erleben von schwerer Krankheit und Leiden. Palliative Care ist ein Angebot, das sich an Menschen richtet, die unter einer schweren, fortschreitenden, unheilbaren oder chronischen Krankheit leiden. Diese umfassende und fürsorgliche Betreuung soll geschehen durch das rechtzeitige Vorbeugen und Lindern von Schmerzen und anderen belastenden krankheitsbedingten Beschwerden. Dazu gehört auch das frühzeitige und sorgfältige Wahrnehmen und Berücksichtigen der Kernbedürfnisse und Kernprobleme der Betroffenen, wie auch deren Angehörigen, im biologischen, seelisch-geistigen, sozialen und kulturellen Bereich.

Dies soll erfolgen durch die Verfügbarkeit und die gezielte, koordinierte Inanspruchnahme verschiedener qualifizierter Fachpersonen und bewährter Organisationen in der Palliativen Betreuung. Der rechtzeitige Einbezug und die Begleitung der Angehörigen, wie auch später die Unterstützung der Hinterbliebenen, soll von Anfang an mit berücksichtigt werden.

Das Ziel einer umfassenden Palliativen Betreuung besteht darin, miteinander würdevolle Bedingungen (wenn immer möglich, am Ort der Wahl des Betroffenen und seiner Familie) für eine

bestmögliche Einflussnahme auf die Lebensqualität der Betroffenen und seiner Angehörigen bis zuletzt zu schaffen und zu gestalten (Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1990, von der WHO angepasst im Jahr 2002).

Die Anforderungen, die in der Definition von Palliative Care genannt werden, sind anspruchsvoll und vor allem in einem größeren Gemeinwesen, wie es die Landeshauptstadt Stuttgart darstellt, grundsätzlich sehr schwer zu erfüllen.

Die Landeshauptstadt Stuttgart verfügt über ein differenziertes und sehr gut ausgebautes Hilfesystem für Menschen, „die unter einer schweren, fortschreitenden, unheilbaren oder chronischen Krankheit leiden“. Dies drückt sich in ambulanten und stationären Hilfen aus, wie den zwei stationären Hospizen, den Brückenschwestern des Onkologischen Schwerpunkts Stuttgart e. V., den Sitzwachengruppen in den Stadtteilen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Ebenso zeigt es sich in einem herausragenden bürgerschaftlichen Engagement in den einzelnen Hilfesegmenten, das bundesweit erstrangig ist.

Alleine mit einem gut ausgebauten Hilfesystem für den erwähnten Personenkreis können die Anforderungen des Palliative Care nicht bewältigt werden, sondern die Angebote und Bedürfnisse müssen aufeinander abgestimmt und vernetzt werden. Ziel ist die Überwindung der institutionellen Zergliederung und Versäulung der einzelnen Hilfsangebote für sterbende Menschen.

#### 4.6.7.1 Palliativ-Netz Stuttgart

Das Palliativ-Netz Stuttgart wurde gegründet, um die Versorgungssituation und Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase, Menschen mit todbringenden Krankheiten, Sterbenden, Angehörigen und Trauernden in Stuttgart zu Hause oder in stationären Einrichtungen zu verbessern. Kirchliche Initiativen und freie Träger, Kliniken, Heime und ambulante Dienste haben hier bereits vorbildliche Lösungen aufgezeigt und für einen öffentlichen Bewusstseinswandel gesorgt. Ihre Arbeit gilt es zu unterstützen, zu vernetzen und zu verbreiten. Dabei sieht das Palliativ-Netz in der veränderten und immer älter werdenden Bevölkerung der „Einwandererstadt“ Stuttgart eine wichtige Herausforderung.

Ins Leben gerufen wurde das Palliativ-Netz Stuttgart vom Palliativ-Forum, einem Gremium, das die Koordinatorinnen des Palliativ-Netzes weiter berät und unterstützt. Es besteht aus jeweils einer Vertreterin/einem Vertreter der Stuttgarter Hospize, des Wohlfahrtswerks Baden-Württemberg (als Vertretung der Stuttgarter Pflegeeinrichtungen), der Stuttgarter Kliniken, der Stuttgarter Ärzte- und Anwaltschaft, der Stadt Stuttgart - Sozialamt, des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, der Robert Bosch Stiftung und der Bürgerstiftung Stuttgart.

Zum März 2011 hat das Palliativ-Netz Stuttgart 90 Mitglieder. Sie gehören allen beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger), Gesundheitssektoren und Trägern an und sind hauptberuflich oder ehrenamtlich in Stuttgart im Palliativ- und Hospizbereich tätig. Durch ihre Mitwirkung im Palliativ-Netz Stuttgart erhalten die Mitglieder Informationen über die für die Zusammenarbeit notwendigen Strukturen und Veranstaltungen und prägen den Arbeits- und Vernetzungsprozess mit. Jede Institution, die im Palliativ-Netz Stuttgart vertreten ist, steht für sich selbst und verpflichtet sich zu den eigenen Qualitätsanforderungen.

Dank einer Treuhandstiftung konnten 1,5 Stellen für Aufbau und Koordination geschaffen werden. Die Koordinatorinnen sind bei der Bürgerstiftung Stuttgart angestellt. Die Bürgerstiftung Stuttgart versteht sich in erster Linie als lokaler Akteur der Bürgergesellschaft. Sie vernetzt Initiativen und sieht sich als neutrale Plattform für bürgerschaftlich Engagierte aus Wirtschaft, Politik und Stadtverwaltung.

Grundsätze des Palliativ-Netztes Stuttgart:

- Die Betroffenen und Angehörigen stehen im Zentrum. Ziel jeder Maßnahme ist es, deren Lebensqualität zu steigern,
- Respekt, Wertschätzung und Toleranz sind die Grundwerte des Palliativ-Netztes Stuttgart,
- konstruktive Kommunikation ermöglicht Problemlösungen,
- die gemeinsame Mitwirkung verbindet und schafft Verantwortlichkeit,
- die Zusammenarbeit ist von Verbindlichkeit geprägt,
- Lernbereitschaft und das Streben nach hoher Professionalität sind die Grundlagen für Entwicklung und Nachhaltigkeit,
- Transparenz und Unabhängigkeit schaffen Vertrauen.

Folgende inhaltliche Schwerpunkte setzt das Netzwerk derzeit:

- Vernetzung / Verbesserung der Zusammenarbeit,
- Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit mit den Zielen:
  - Hilfenetz und v. a. Anknüpfungspunkte (Kontaktstellen, Multiplikatoren) öffentlich bekannter machen,
  - Themen Tod, Sterben und Trauer präsent machen, um Tabus abzumildern.

Die Erarbeitung von Lösungen erfolgt in multiprofessionell besetzten Arbeitskreisen (AK). Zum Stand März 2011 gibt es die folgenden Arbeitskreise:

- AK 1 „Wegweiser“:  
Wer benötigt welche Informationen? Wie sorgen wir dafür, dass sie ihn/sie erreicht?  
Konzeption von Medien und Bildungsarbeit. Eine Homepage ([www.palliativ-netz-stuttgart.de](http://www.palliativ-netz-stuttgart.de)) ist im Aufbau (unterstützt durch die Veronika-Stiftung). Die Einbindung weiterer Medien, Fortbildungen und Veranstaltungen ist in Planung.
- AK 2 „Ethische Entscheidungen“:  
Entwickelt ein Mitmach-Logo. Mit dem Mitmach-Logo sollen die Institutionen ausgezeichnet werden, die sich in besonderer Weise um Schwerkranken, Sterbende, Menschen mit todbringenden Erkrankungen, Angehörige und Trauernde kümmern.
- AK 3 „Patientenwege“:  
Wie können wir die Übergänge/Überleitungen verbessern?

- AK 4 “Palliative Care in Altenheimen”:  
Dieser Arbeitskreis hat das Konzept “Palliative Care Treff Stuttgart” entwickelt, wie offene, multiprofessionelle Fortbildungen rund um Palliative Care im Altenhilfebereich.
- AK 5 “Tabuthemen Sterben, Tod und Trauer”:  
Wie lassen sich die Tabus abmildern? Konzeption der Öffentlichkeitsarbeit.

#### Veranstaltungen

- Netzwerktag des Palliativ-Netz Stuttgart: Einmal im Kalenderjahr. Ziele: Treffen und Austausch innerhalb des Netzwerks. Präsentation des Netzwerks, der Mitglieder und seiner Arbeit in der Öffentlichkeit.
- Palliative Care Treff Stuttgart (seit 23. Februar 2011, Pilotphase bis Januar 2012): Viermal im Jahr. Aufgabe: Niederschwelliges Angebot für multiprofessionelle Fortbildung und Austausch.

In Arbeit ist ein gemeinsamer Veranstaltungs- und Fortbildungskalender, um Koordination, Austausch und Synergienbildung zu verbessern sowie Transparenz zu schaffen.

In den Stadtteilen bzw. Stadtbezirken wird mit den Verantwortlichen und Aktiven (Bezirksvorsteher, Mitarbeiter des Bürgerservice Leben im Alter, Seelsorger, Ehrenamtliche, Vereinsaktive, Palliativ-Netz-Mitglieder) gemeinsam erarbeitet, welche Unterstützung und Maßnahmen zum Erreichen der genannten Ziele vor Ort notwendig und sinnvoll sind. Im Rahmen eines von der Baden-Württemberg Stiftung von 2011 bis 2014 geförderten Projekts wird das Thema Palliative Care gemeinsam und niederschwellig in die sozialen Räume getragen. Dabei werden die für Verstetigung und Transfer notwendigen Materialien und Konzepte der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Struktur und Finanzierung zur Begleitung von Ehrenamtlichen entwickelt.

#### 4.6.8 Kernpunkte und Zielbestimmungen einer sozialraum-orientierten Pflegeinfrastruktur

Bei traditionellen Pflegesettings liegt vorrangig die Hauptlast der Pflege bei nahen Angehörigen (Partnern, Töchtern und Schwiegertöchtern). Zukünftig wird eine Verlagerung von traditionellen zu alternativen Pflegearrangements stattfinden, da das Potenzial der traditionellen Pflegeformen wie oben dargestellt abnehmen wird. Allerdings werden sie auf absehbare Zeit weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

Nachstehende Fragen sind zu berücksichtigen im Hinblick auf eine Stabilisierung und „Ermöglichung“ der häuslichen Pflege:

- Wie kann häusliche Pflege unterstützt und gefördert werden?
- Kann der Personenkreis, der bisher häusliche Pflege leistet, erweitert werden, z. B. durch nachbarschaftliche Transferbeziehungen?

Häusliche Pflege muss auf mehreren Ebenen assistiert werden (vgl. Manfred Geiger, Pflege in einer alternden Gesellschaft, Saarbrücken 2009):

- Mikroebene, fallbezogene konkrete Unterstützung,
- Mesoebene, lokal abgestimmte Pflegeinfrastruktur,
- Makroebene, staatliche Pflegeversicherungspolitik.

Auf der Mikro- und Mesoebene können die Kommunen ihre Handlungsfähigkeit bezogen auf die Versorgung pflegebedürftiger Menschen unter Beweis stellen.

Selbstverständlich sind auch professionelle Hilfeinstanzen einem Wandel unterzogen und zwar im Sinne einer

- Ambulantisierung,
- Differenzierung und
- Flexibilisierung.

Die Kernpunkte und Ziele einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur sind daher:

- Systematische Sozialraumorientierung und Quartiersbezug,
- professionelle Hilfeinstanzen – Weiterentwicklung hinsichtlich Ambulantisierung, Differenzierung und Flexibilisierung,
- integrierte Beratung und Case Management,
- Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen,
- Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements und Vernetzung der Hilfeinstanzen.

#### 4.6.8.1 Systematische Sozialraumorientierung und Quartiersbezug

Mit einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur ist mehr gemeint, als dass Pflege und Betreuung vor Ort angeboten werden; sondern ein „integrativer Verknüpfungsmechanismus“ ist notwendig, mit dem eine positive Wechselwirkung hergestellt wird zwischen (vgl. Manfred Geiger, Pflege in einer alternden Gesellschaft, Saarbrücken 2009):

- Identifikation mit sozialen Orten,
- Beziehungskonstellationen,
- technischen Möglichkeiten,
- stärkerer Sozialraumorientierung von Dienstleistungen, z. B. ambulante Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen.

Die aufgeführten Punkte zeigen, dass der soziale Nahraum eine räumliche und soziale Dimension umfasst.

Eine lokale Pflegeinfrastruktur hat zum Ziel:

- Selbsthilfepotenziale fördern,
- solidarische Transferbeziehungen herstellen,
- bürgerschaftliches Engagement ermöglichen.

Die aufgeführten Ziele können nur erreicht werden, wenn die Landeshauptstadt Stuttgart Aufgaben übernimmt im Hinblick auf Planungs- und Monitoringfunktionen, auf Moderations- und Vernetzungsaufgaben, die für eine partizipative Entwicklung der Pflegeinfrastruktur und hier gerade für die Anregung und Formierung von informellen Hilfekontexten wichtig sind (vgl. Klie, Pfundstein, Desing, Grundlagen zur Pflegestrukturplanung in Rheinland-Pfalz nach dem Landespflegegesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, hg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, Mainz 2008).

Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten der Forderungen bieten die stadtbezirksbezogenen Arbeitsgemeinschaften, die unter Leitung des Bürgerservice Leben im Alter in den Stadtbezirken etabliert worden sind. Die stadtbezirksbezogenen Arbeitsgemeinschaften können auf Grund ihres ausdifferenzierten Fachwissens wesentliche Impulse zur Pflegestrukturplanung und der Entwicklung zukunftsfähiger Pflegelandschaften liefern. Außerdem sind die stadtbezirksbezogenen Arbeitsgemeinschaften in der Lage, mittels ihrer sozialräumlichen „Eingebundenheit“ vorliegende Bedarfslagen aufzunehmen und weiterzuleiten.

#### 4.6.8.2 Professionelle Hilfeinstanzen – Weiterentwicklung hinsichtlich Ambulantisierung, Differenzierung und Flexibilisierung

Trotz der Forderung und der Notwendigkeit einer Verlagerung der Pflegeinfrastruktur von stationären Pflegesettings hin zu einer Ambulantisierung wird auch in Zukunft die stationäre Pflege unverzichtbar bleiben.

Gesellschaftliche Entwicklungen wie die zunehmende Individualisierung werden eine Personengruppe entstehen lassen, die ohne familiäre oder sonstige Bindungen ist, so dass eine ambulante Versorgung nur sehr schwer verwirklicht werden kann, da entsprechende „Andockungsmöglichkeiten“ fehlen.

##### 4.6.8.2.1 Stationäre Pflege

Die stationäre Pflege für ältere Menschen ist in der Landeshauptstadt Stuttgart sehr gut aufgestellt und wird mittelfristig den Bedarf decken. Ein hoher Modernisierungsgrad der Einrichtungen, innovative Versorgungskonzepte und ein flächendeckendes, wohnortnahes Versorgungssystem sind in den vergangenen Jahren unter großen, auch finanziellen Anstrengungen verwirklicht worden.

Zukünftige Erfordernisse sind:

- „Gemeinweseneinbindung“ der Pflegeeinrichtungen, Öffnung der Pflegeeinrichtungen hin zum sozialen Nahraum und der Gemeinde, Kooperationen mit Vereinen und Kultureinrichtungen,
- Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitern,
- Nutzung von ambulanten „Versorgungsstrukturen“, z. B. Ärzte, Apotheken, Therapeuten,
- Etablierung von Kleinräumigkeit durch Hausgemeinschaften,
- Verlagerung von Service-Angeboten aus dem Haus (Fußpflege, Friseur usw.),
- Schaffung und Grundfinanzierung von Angeboten für das Wohnumfeld, z. B. Bereitstellung von Räumen innerhalb der Einrichtung, die vom Quartier genutzt werden können.

Ein wesentlicher Punkt im Zusammenhang mit einer „Gemeinweseneinbindung“ der Pflegeeinrichtungen ist der Bau von kleineren, sozialräumlich eingebundenen Außenwohngruppen, die eine quartiersgebundene Einbeziehung erleichtern und das gesamte Spektrum der Pflege abdecken.

„Gemeinweseneinbindung und Dezentralisierung“ der Pflegeeinrichtungen bedingen sich gegenseitig bzw. verringern die scharfe „Grenzziehung“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Allerdings muss auch auf gesetzgeberischer Seite noch einiges geschehen, damit sich flexible, innovative Pflege-Wohnkonzepte regelmäßig verwirklichen lassen und sich nicht Heimgesetz, SGB XI und SGB XII gegenseitig blockieren und Möglichkeiten eher verhindern als befördern. Bundesweit können innovative „Pflege-Wohnkonzepte“ oft nur als „Modellprojekte“ verwirklicht werden.

#### 4.6.8.2.2 Ambulante Dienste

In der Landeshauptstadt Stuttgart sind rund 100 ambulante Pflegedienste tätig, die eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherstellen, d. h. ein funktionierender Markt hat sich entwickelt. Wie für die stationäre Pflege kann für die ambulanten Dienste die Aussage getroffen werden, dass die Landeshauptstadt Stuttgart in diesem „Pflege-segment“ gut aufgestellt ist.

Um den zukünftigen Anforderungen einer modernen Pflegeinfrastruktur gerecht zu werden, müssen die ambulanten Dienste konzeptionelle Entwicklungen aufgreifen:

- Speziellere Zielgruppenorientierung, wie Demenzkranke, Sterbende oder Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund. In der Landeshauptstadt Stuttgart haben sich bereits einzelne Pflegedienste auf palliative Pflege, interkulturelle Pflege, PEG Sonden oder die Betreuung von demenziell Erkrankten spezialisiert.
- Betreuung und Begleitung, Aktivierung der Pflegebedürftigen und ihre Unterstützung in der Alltagsbewältigung sowie das beratende Gespräch mit Angehörigen; hier könnte die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs große Dienste leisten.



Das setzt allerdings auch sozialrechtliche Regelungen voraus, die eine flexible Inanspruchnahme von vielen Hilfearten und hier auch gerade von sogenannten „weichen“ Betreuungsleistungen ermöglichen. Dazu scheinen u. a. „Budgetlösungen“ geeignet; also die Möglichkeit, im Rahmen eines als Versicherungsanspruch gewährten Budgets, individuell passende Leistungen einzukaufen (vgl. Manfred Geiger, Pflege in einer alternden Gesellschaft, Saarbrücken 2009).

#### 4.6.8.2.3 Tagespflege

Das Angebot der Tagespflege ist ein teilstationäres Angebot für die Versorgung und Betreuung von Senioren während des Tages. Nach § 41 SGB XI können Tagespflegegäste mit einer Pflegestufe einen Zuschuss der Pflegekasse für das Angebot erhalten.

Zum Ende des Jahres 2009 sowie Anfang des Jahres 2010 wurde eine Umfrage zur Nutzung des Tagespflegeangebotes in Stuttgart unter den Einrichtungen und den Angehörigen der Tagespflegegäste durchgeführt. Alle 14 Stuttgarter Tagespflegeeinrichtungen und viele Angehörige haben sich an der Umfrage beteiligt. Aufgrund der Ergebnisse erfolgte daraufhin eine ergänzende Umfrage unter den deutschen Großstädten.

Insgesamt wurden in der Landeshauptstadt Stuttgart zum Stichtag der Erhebung am 01.12.2009 186 Tagespflegeplätze vorgehalten. Die meisten Tagespflegen in Stuttgart sind an Pflegeheime angebunden. Die Stuttgarter Tagespflegeeinrichtungen wurden von insgesamt ca. 270 Gästen besucht (Stand: 01.12.2010). Von den Tagespflegegästen erhielten nur wenige Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, auch hatten nur wenige Tagespflegegäste einen Migrationshintergrund. 148 Tagespflegegäste hatten eine demenzielle Erkrankung.

60 % der Tagespflegegäste waren zum Stichtag 80 Jahre und älter; 80 % der Tagespflegegäste waren in Pflegestufe 1 oder 2 eingruppiert. 52 % der Tagespflegegäste besuchten ein- bis zweimal in der Woche die Tagespflegeeinrichtung.

57 % der Angehörigen von Tagespflegegästen haben sich an der Angehörigenumfrage zum Thema Tagespflege beteiligt. 30 % der Tagespflegegäste, deren Angehörige sich an der Umfrage beteiligt haben, leben alleine, 55 % mit einem (Ehe-)Partner zusammen. Für die Wahl einer Tagespflege sind vor allem die Nähe zum Wohnort, die Atmosphäre in der Tagespflege und die Konzeption ausschlaggebend. Viele Tagespflegegäste nehmen zu Beginn die Möglichkeit eines Probebesuchs wahr.

Die Finanzierung erfolgt vorrangig über die Zuschüsse der Pflegekassen und Eigenmittel der Pflegebedürftigen und/oder der Angehörigen.

Die meisten Angehörigen bewerten das Stuttgarter Tagespflegeangebot überaus positiv. Von den pflegenden Angehörigen wird das Angebot der Tagespflege als sehr entlastend empfunden.

Die Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart möchte das Tagespflegeangebot zusammen mit den Trägern mittelfristig weiterentwickeln. Ideen hierzu sind erweiterte Öffnungszeiten (z. B. am Wochenende), spezielle Angebote für Migranten (z. B. individuelles Mittagessen) und vor allem eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und bessere Beratung für pflegende Angehörige.



Zusammenfassend erfordert eine Ambulantisierung des „Pflege-Hilfesystems“ nachstehende Elemente:

- Qualifizierte Beratungs- und Vermittlungsangebote, die eine weitergehende Fallsteuerung wahrnehmen; Stichwort: Case Management,
- ausdifferenziertes System von Wohnformen im Quartier,
- Besuchs- und Betreuungsdienste, bei denen eine „alltagspraktische Begleitung“ von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen im Mittelpunkt steht,
- ambulante Dienste, die neben einer Grund- und Behandlungspflege eine spezielle Zielgruppenorientierung besitzen,
- flächendeckende, wohnortnahe Versorgung durch Tages- und Kurzzeitpflege.

#### 4.6.8.3 Integrierte Beratung und Case Management

Eine moderne Pflegeinfrastruktur lässt sich nur mit einer lokal verankerten Beratungsinfrastruktur verbinden.

Die Landeshauptstadt Stuttgart verfügt mit dem Bürgerservice Leben im Alter (vgl. Kapitel 4.1) über eine hervorragende Beratungsinfrastruktur, die eine fachlich kompetente Begleitung der Klientinnen und Klienten bei Entscheidungen bezüglich gegenwärtiger und zukünftiger Lebenssituationen bietet und viel mehr leistet als die Zurverfügungstellung von Informationen. Im Jahr 2010 wurden rund 4.700 Menschen beraten.

Der Bürgerservice Leben im Alter ist die zentrale Anlaufstelle für ältere Menschen ab 63 Jahren und deren Angehörige und bietet:

- Transparenz und Neutralität in der Beratung,
- zugehende Beratung mittels Hausbesuchen,
- frühzeitige Beratung im Vor- und Umfeld von Pflege,
- Beratung über die verschiedenen Pflege- und Betreuungssettings, die im jeweiligen Stadtbezirk bzw. in der Landeshauptstadt Stuttgart zur Verfügung stehen.

Der Bürgerservice Leben im Alter erfüllt damit wesentliche fachliche Anforderungen einer integrierten Beratung, die eine lokale Pflegeinfrastruktur unterstützen.

In komplexen Fallkonstellationen wird vom Bürgerservice Leben im Alter Case Management geleistet, d. h. er übernimmt im Hilfeprozess die anstehenden Sondierungs-, Assessment- und Steuerungsfunktionen. Wichtig ist, dass diese Funktionen trägerunabhängig geschehen und somit bedarfsgerechte Lösungen entstehen.

#### 4.6.8.4 Potenziale der Pflegestützpunkte nutzen

Die künftigen zwei Pflegestützpunkte in der Landeshauptstadt Stuttgart sind wichtige Bausteine in der Beratungsinfrastruktur und sind auf eine enge inhaltliche Kooperation mit dem Bürgerservice Leben im Alter ausgerichtet.

Soweit Pflegestützpunkte existieren, sollen sie als Anknüpfungspunkte für die Koordination und Vernetzung von Angeboten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, der Beratung und Leistungskoordination sowie der Vernetzung mit Strukturen der Selbsthilfe immer in Betracht gezogen werden (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!, Berlin 2010).

Bilden Pflegestützpunkte die angesprochenen Anknüpfungspunkte, können sie wichtige Hinweise auf Bedarfslagen für die kommunale Sozialplanung liefern.

Über die Beratungsinfrastruktur des Bürgerservice Leben im Alter und den Pflegestützpunkten, die jeweils Case Management leisten, ließe sich in der Landeshauptstadt Stuttgart ein „regionales Care Management“ entwickeln. Ein „regionales Care Management“ kann in komplexen Fällen ein nuanciertes Spektrum an Hilfen stellen.

#### 4.6.8.5. Individualisierung der Finanzierung zur Unterstützung des Care und Case Managements

Sowohl das Handlungskonzept Case Management als auch die Einrichtung von Pflegestützpunkten verfolgen das Ziel, aus den Fällen, die mit den Möglichkeiten der bestehenden Versorgungsangebote nicht passend behandelt werden können, Entwicklungsanforderungen für die bestehenden Organisationen abzuleiten. Unter den Bedingungen der demografischen Verschiebungen ist dieser Ansatz dringend erforderlich, um frühzeitige Strukturanpassungen vornehmen zu können. Im Gegensatz zur Pflegeberatung sollen sich die Pflegestützpunkte vor allem um systemkritische Fälle kümmern, damit aus den Erkenntnissen des Case Managements Versorgungsnotwendigkeiten für die nächsten Jahre abgeleitet werden. Die systematische Bedarfsanalyse im Hinblick auf fehlende, unpassende und ineffektive Maßnahmen kann sich dabei nur aus einer engen Zusammenarbeit des Case Managements (in den Pflegestützpunkten), der Sozialplanung und der Finanzierung ergeben.

Bis heute ist die Maßnahmenfinanzierung im Rahmen der Hilfe zur Pflege allerdings vor allem auf Standardfälle ausgerichtet, sodass neue Angebote nur schwer umzusetzen sind. Im Normalfall ist die Angebotsentwicklung von den Initiativen der Leistungsanbieter abhängig, eine gezielte Steuerung durch das Case Management kann deswegen nicht stattfinden und die Möglichkeiten einer Demografie geleiteten Strategie sind eingeschränkt. Es ist deswegen notwendig, dass zunehmend fallzentrierte Finanzierungsformen entwickelt, geprüft und umgesetzt werden. Ziel muss es dabei vorläufig sein, den Einsatz von Finanzierungsmitteln verstärkt über die individuelle Fallplanung zu bestimmen und auch zu kontrollieren. Dies ließe sich am besten über den Einsatz von Budgets realisieren, die bei den beteiligten Mitarbeitern angesiedelt sind. Sinnvoll wäre es, dass solche Budgets von den Mitarbeitern beim Bürgerservice Leben im Alter oder den Pflegestützpunkten gemeinsam mit den Mitarbeitern der Leistungsabteilung zu verantworten wären.

Einsatz und Wirkung solcher innovativer Maßnahmen sollten immer von der Sozialplanung begleitet und evaluiert werden, um schließlich zu entscheiden, ob sich daraus ein dauerhaftes Angebot ergeben sollte.

#### 4.6.8.6. Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements und Vernetzung von Hilfeinstanzen

Das bürgerschaftliche Engagement ist in den verschiedenen Pflegesettings in der Landeshauptstadt Stuttgart fest verankert und ohne die engagierten Ehrenamtlichen könnte die Arbeit nicht in der geleisteten Qualität erhalten werden.

Typische Felder des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich Pflege sind:

- Tagesstrukturierende Angebote,
- Freizeitgestaltung,
- Gesprächskreise,
- Besuchs- und Begleitdienste,
- Mitarbeit im Zusammenhang von ambulanten und stationären Angeboten,
- Mitarbeit in Träger- und Fördervereinen,
- Hospizarbeit,
- Betreuung von Demenzkranken.

Das Potenzial von bürgerschaftlichem Engagement in der Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen kann künftig nur erweitert werden, wenn die Anforderungen des „neuen“ Ehrenamts erfüllt werden (vgl. Kapitel 4.2., Prof. Paul-Stefan Roß, Duale Hochschule Stuttgart):

- Wahl des Engagements (aus der Perspektive vorhandener Alternativen) nach Interesse an den Inhalten,
- Sinnhaftigkeit / Nützlichkeit ergeben sich aus dem Inhalt des Engagements,
- Erwartung an interessante Arbeit, die dem individuellen Anspruchsniveau entspricht und auch Selbstentfaltung ermöglicht,
- Mitgestaltung der Arbeit (Inhalt, Umfang, Dauer) als bedeutsames Motiv,
- Wunsch nach Vielfalt und Abwechslungsreichtum,
- auf kurz- und mittelfristige Verpflichtung angelegte Initiativgruppen, Projekte und Aktionen als Organisationsform.

Hinzu kommt, dass eine stärker ausgerichtete Ambulantisierung einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur eher Gelegenheiten schafft, sich bürgerschaftlich zu engagieren als eine institutionalisierte Pflegelandschaft.

Kommunen werden zukünftig ausgeprägter als Initiatoren, Förderer, Moderatoren und teilnehmende Akteure von Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten gefordert sein. Integrierende Hilfeansätze im „Sozialen“ lassen sich nur über funktionierende Netzwerke etablieren.

In einer gelingenden Pflegeinfrastruktur bieten sich Netzwerken typische Aufgabenfelder:

- Definition von Patientenfäden, die verbindlich sind,
- Verständigung über Hilfepläne und Durchführung von Fallkonferenzen,
- wechselseitige Einblicke in Arbeitsweise und Qualitätssicherung,
- Abgabe von angestammten Kompetenzen an ein übergeordnetes Case Management,
- Öffnung der stationären Altenhilfe im Wohnumfeld.

Die aufgeführten Kernpunkte einer sozialraumorientierten Pflegeinfrastruktur sind nicht als isolierte Bausteine zu betrachten, sondern müssen miteinander verknüpft werden. Die „Verknüpfungsleistung“ kann durch eine moderne kommunale Pflegeinfrastrukturplanung erbracht werden, wie sie zukünftig für die Landeshauptstadt Stuttgart vorgesehen und zum Teil schon umgesetzt ist. Neben einer Bestandserfassung stationärer und ambulanter Einrichtungen muss eine moderne kommunale Sozialplanung die Gestaltung der Alltagsstruktur, der Unterstützungsstruktur im Vor- und Umfeld der Pflege und die Infrastruktur zur Stärkung der Selbsthilfepotenziale in ihre Planungsziele aufnehmen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern!, Berlin 2010). Nur unter Partizipation aller Akteure (Bürger, Anbieter der Freien Wohlfahrtspflege, Kostenträger usw.) kann dies gelingen.

#### 4.6.9 Handlungsempfehlungen

- Die Dezentralisierung stationärer Einrichtungen ist weiterzuentwickeln und zu verwirklichen durch den Bau von kleinen, sozialräumlich eingebundenen Wohngruppen.
- Die interkulturelle Öffnung der Pflegeeinrichtungen ist voranzutreiben (Schulung der Mitarbeiter) und Sonderheime bzw. Sonderwege sind möglichst zu vermeiden.
- Mitarbeiter mit Migrationshintergrund sind zu gewinnen.
- Kultursensible Angebote in den Einrichtungen sind auszubauen.
- Ausbau der Umgestaltung herkömmlicher Wohnbereiche in den Pflegeeinrichtungen zu überschaubaren Wohngruppen oder Hausgemeinschaften.
- Stärkere Vernetzung der Versorgungsangebote im pflegerischen Sektor.
- Optimierung des Übergangs vom Krankenhaus in die häusliche Pflege.
- Optimierung der Zusammenarbeit zwischen REHA-Einrichtung und Pflegeheim bzw. ambulanten Diensten.
- Ausbau der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten und Pflegeheimen und ambulanten Diensten.

- Flexible Tagespflegeangebote, die eine stundenweise Betreuung sowie an Wochenenden anbieten, eventuell Nachtcafe.
- Einführung und Etablierung haushaltsnaher Dienstleistungen.
- Initiierung und Aufbau von alternativen quartiersbezogenen Betreuungs- und Pflegekonzepten, z. B. „Leben in Gastfamilien“.
- Schaffung von Gesprächsangeboten und -kreisen für pflegende Angehörige in den Stadtbezirken.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der ambulanten Dienste hinsichtlich spezieller Zielgruppenorientierung und alltagspraktischer Begleitung pflegebedürftiger Menschen.
- Planung und Einrichtung von Budgets zur Erprobung und Entwicklung von neuen Maßnahmen im Rahmen einer Demografie geleiteten Strategie. Diese Budgets sind von Mitarbeitern des Bürgerservice Leben im Alter und der Leistungsabteilung des Sozialamtes gemeinsam zu verwalten.

## 4.7 Gerontopsychiatrische Versorgung und Demenz

### 4.7.1 Prävalenz Gerontopsychiatrischer Erkrankungen und Demenz

Die statistischen Daten der Bevölkerungsentwicklung belegen, dass die Zahl und der Anteil von älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung drastisch zunehmen. Dem gegenüber steht eine sinkende Anzahl von jungen Menschen. Der Grund für die Verschiebung des Altersaufbaus liegt wesentlich in zwei Entwicklungen: Einerseits ist in Deutschland, wie in anderen Ländern auch, eine sinkende Geburtenrate zu beobachten. Andererseits ist u. a. aufgrund von optimierter medizinischer Versorgung ein Ansteigen der Lebenserwartung zu konstatieren.

Diese Überalterung der Gesellschaft hat einen tiefgreifenden Strukturwandel zur Folge. Die demografische Entwicklung ist eine Herausforderung für die Politik, die Gesellschaft und die Sozialversicherungssysteme.

Die Gruppe älterer Menschen ist keine homogene Gruppe. Sie besteht zum einen aus aktiven älteren Menschen, die aufgrund ihrer guten gesundheitlichen Verfassung, ihrer Einkommenslage und ihres Bildungsstandes ein selbstbestimmtes Leben führen und unter entsprechenden Bedingungen und Voraussetzungen ein hohes Potential für bürgerschaftliches Engagement haben. Zum anderen wächst die Gruppe derjenigen, die Hilfe benötigen und auf Unterstützung pflegerischer und sozialer Hilfesysteme angewiesen sind, ständig an. Dies betrifft vor allem die Gruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahren). Ab diesem Alter ist die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden besonders hoch.

Im internationalen Vergleich ergibt sich für die Bundesrepublik Deutschland für den Anteil der über 65-Jährigen eine Wachstumsrate von 2010 bis 2050 von 47,4 %.<sup>1</sup>

Tabelle 1: Wachstumsrate des Anteils der Menschen ab 65 Jahren von 2010 bis 2050

Land	Wachstum des Anteils der Menschen ab 65 Jahren (%)
Spanien	88,5
Schweiz	74,7
Niederlande	72,1
Australien	64,2
Japan	63,7
Österreich	59,1
Frankreich	58,8
Norwegen	58,2
Großbritannien	56,7
USA	55,4
Dänemark	48,2
Deutschland	47,4
Luxemburg	39,2
Schweden	33,9

Quelle: Eigene Berechnung nach Daten von U.S. Census Bureau (2010).

<sup>1</sup> (vgl. WIP, Wissenschaftliches Institut der PKV „Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP- Diskussionspapier 2/10).

Für den Anteil der Menschen ab 80 Jahren ergibt sich bis 2050 eine Zuwachsrate von 13,1 %.

Tabelle 2: Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahren

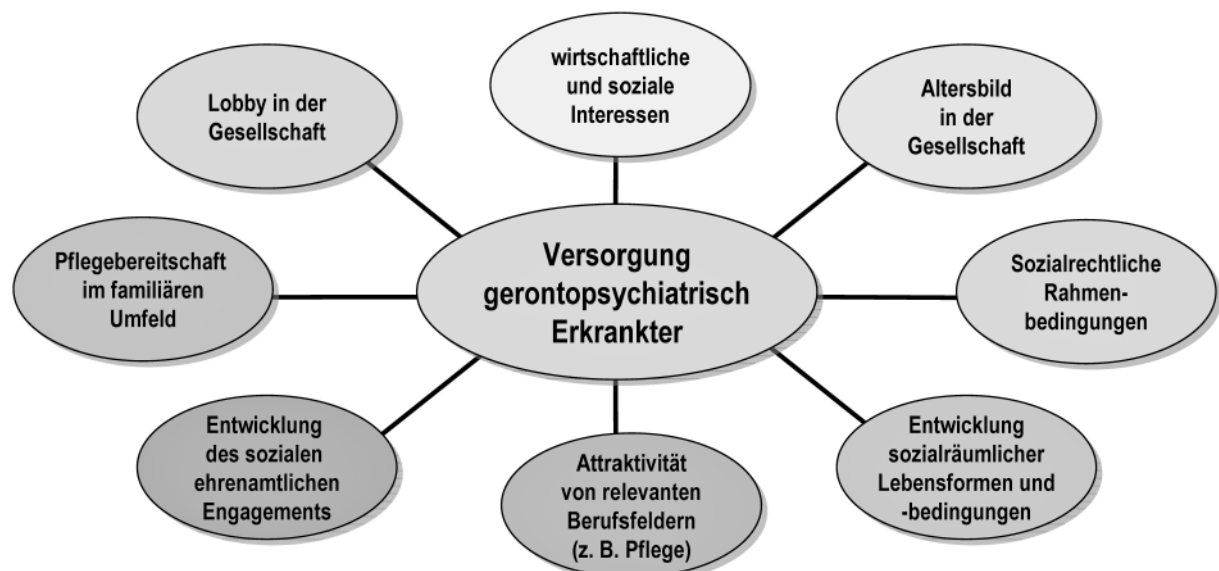
Land	Anteil der Menschen ab 80 Jahren 2010 in %	Anteil der Menschen ab 80 Jahren 2050 in %	Wachstum des Anteils der Menschen ab 80 Jahren in %
Japan	6,3	14,4	128,6
Spanien	5,5	12,8	132,7
Schweden	5,3	10,2	92,5
Frankreich	5,3	10,0	81,8
Deutschland	5,2	13,1	151,9
Österreich	5,0	12,8	156,0
Schweiz	4,7	12,0	155,3
Norwegen	4,7	9,9	110,6
Großbritannien	4,6	10,0	117,4
Dänemark	4,2	9,7	131,0
Luxemburg	4,0	7,6	90,0
Australien	3,9	8,1	107,7
Niederlande	3,8	10,5	176,3
USA	3,7	7,4	100,0

Quelle: U.S. Census Bureau (2010)

Die Gerontopsychiatrie als Fachgebiet der Psychiatrie befasst sich mit Menschen in höherem Lebensalter, die an psychischen Erkrankungen leiden. Die Gerontopsychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten sowohl in der Forschung als auch in der Versorgungsstruktur etabliert. Eine Differenzierung der Methoden, Möglichkeiten und des Wissens über psychische Erkrankungen hat zur Herausbildung eines alterspsychiatrischen Schwerpunktes in der Psychiatrie geführt.

Als spezieller Bereich der Psychiatrie beschäftigt sie sich mit einer verbesserten Kenntnis der Ursachen und Fortschritte der Diagnostiktherapie und Prävention der psychischen Störungen, die im höheren Lebensalter auftreten.

Dabei muss die Versorgung in einem größeren Kontext von Einflüssen und Rahmenbedingungen betrachtet werden. Bei Maßnahmen jeglicher Art muss die Wechselwirkung dieser Einflüsse berücksichtigt werden:



Bei älteren Menschen stellen häufig vorkommende, komplexe, gesundheitliche Situationen und sog. Multimorbidität-Patienten eine besondere Herausforderung dar. Ebenso ist das Spektrum der psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter ein anderes als bei jüngeren Erwachsenen.

Bei allen Alterskrankheiten, so auch bei den gerontopsychiatrischen Erkrankungen, ergibt sich durch die komplexe Verschränkung von spezifischen biologischen Krankheitsursachen, generellen körperlichen Veränderungen im Alter sowie spezifischen psychologischen und sozialen Altersveränderungen eine besondere medizinische Herangehensweise und ärztliche Aufgabe. Zwischen 20 und 30 % der alten Menschen in der Allgemeinbevölkerung leiden an seelischen Erkrankungen. Etwa ein Drittel der Erkrankten sind dadurch schwer beeinträchtigt. Depressionen und Demenzen sind im Alter die häufigsten Erkrankungen.<sup>2</sup>

Der Anteil an Depressionen mit Krankheitswert wird bei 65-Jährigen und älter auf 10 bis 15 % geschätzt. Bei Zunahme leichter depressiver Zustände ergeben sich Häufigkeiten bis zu 30 %. Das Risiko der Chronifizierung ist bei Älteren besonders hoch. Ältere Menschen mit weiteren Erkrankungen (Multimorbidität) sind ebenso wie Bewohner von Pflegeheimen deutlich häufiger von einer Depression betroffen (ca. 30 bis 45 %). Frauen sind vergleichsweise doppelt so häufig von einer Depression betroffen.<sup>3</sup>

Nach dem 60. Lebensjahr wächst auch die Häufigkeit dementieller Erkrankungen exponentiell an. Diese sind insgesamt bei über 65-Jährigen 7 bis 8 %, bei 65- bis 70-Jährigen ca. 2 %, bei 75- bis 80-Jährigen bereits 5 bis 6 % und bei 80- bis 85-Jährigen sogar 10 %, bei den 90-Jährigen und älter sogar 30 %.<sup>4</sup>

Bezogen auf die Menschen ab 65 Jahren sind in Deutschland etwa eine Million von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen und in der Regel nicht mehr zur selbstständigen Lebensführung in der Lage; erstmals an einer Demenz erkranken jährlich nahezu 200.000 Menschen. Über zwei Drittel der Demenzerkrankten sind Frauen. Der Unterschied ist vor allem auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen.<sup>5</sup>

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl von Demenzkranken (65 Jahre und älter) in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2050 bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten

Jahr	Demenzkranke (in 1.000)
2000	935
2010	1.165
2020	1.415
2030	1.690
2040	1.920
2050	2.290

<sup>2</sup> vgl. ZI Mannheim [www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de)

<sup>3</sup> vgl. Berliner Altersstudie [www.base-berlin.mpg.de](http://www.base-berlin.mpg.de).

<sup>4</sup> vgl. ZI Mannheim [www.zi-mannheim.de](http://www.zi-mannheim.de).

<sup>5</sup> vgl. RKI Gesundheitsberichterstattung des Bundes Siegfried Weyerer, Titel: Themenheft 28 „Altersdemenz“, 2005.



Schätzungsgrundlage; Prävalenzraten nach Bickel (90) und Bevölkerung nach 10. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung (mittlere Variante) des Statistischen Bundesamtes (91).<sup>6</sup>

Tabelle 4: Schätzung der Prävalenz von Demenzkranken in Deutschland zum Ende des Jahres 2002

Altersgruppe	Männer	Frauen
65 bis unter 69 Jahren	35,2	24,4
70 -bis unter 74 Jahren	46,2	61,7
75 bis unter 79 Jahren	57,7	109,7
80 bis unter 84 Jahren	62,4	169,4
85 bis unter 89 Jahren	27,8	132,5
90 Jahre und älter	28,9	138,0

Prävalenz in 1.000, Schätzungsgrundlage: Prävalenzraten von Lobo et. al. (26).<sup>7</sup>

Tabelle 5: Schätzung der jährlichen Inzidenz in Deutschland

Altersgruppe	Männer	Frauen
65 bis unter 69 Jahren	5,2	6,0
70- bis unter 74 Jahren	9,9	9,1
75 bis unter 79 Jahren	13,3	30,1
80 bis unter 84 Jahren	13,9	40,1
85 bis unter 89 Jahren	7,4	28,2
90 Jahre und älter	4,1	25,3

Neuerkrankungen in 1.000, Schätzungsgrundlage: Inzidenzraten nach Fratiglioni et al. (29) und Bevölkerung Ende des Jahres 2002.<sup>8</sup>

Die Gerontopsychiatrie wird in den kommenden Jahrzehnten eine noch stärkere Bedeutung erlangen, insbesondere auch für den Anteil der Hochaltrigen, die komplexe gesundheitliche Störungen und multimorbide Erkrankungsbilder aufweisen.

Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich wies schon vor langer Zeit auf die Leitprinzipien und Versorgungsmängel einer künftigen Versorgung hin und fasste diese in der Psychiatrieenquête zusammen:

- Verzahnung von allgemeinmedizinischer und gerontopsychiatrischer Behandlung,
- Früherkennung und -behandlung,
- Assessment durch ein multiprofessionelles Team,
- Schaffung von gemeindenahen Behandlungs- und Beratungsangeboten,
- Entlastung psychiatrischer Krankenhäuser,
- Umstrukturierung von Altenheimen.

<sup>6</sup> vgl. Quelle: Bickel (1)

<sup>7</sup> vgl. Quelle: Bickel (1)

<sup>8</sup> vgl. Quelle: Bickel (1)

#### 4.7.2 Gerontopsychiatrische Beratungsdienste (GerBera)

In der Landeshauptstadt Stuttgart steht ein breitgefächertes Angebot verschiedener Einrichtungen und Dienste, stationär und ambulant, sowie eine differenzierte medizinische Versorgung zur Verfügung.

Einen Überblick über die vorhandenen Angebote gibt der „Altenhilfefinder der Landeshauptstadt Stuttgart“, (über Zielgruppe „Senioren-Rat und Hilfe im Alter“ - Suche nach Dienstleistungen) und der Demenzwegweiser Stuttgart (über [www.netz-fuer-pflegende.de](http://www.netz-fuer-pflegende.de)).

Für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und deren Angehörige stehen seit 2005 die Gerontopsychiatrischen Beratungsdienste (GerBera) zur Verfügung.

Sie sind mittlerweile fester Bestandteil der Angebote in der Landeshauptstadt Stuttgart. Die Dienste bieten eine bedarfsgerechte, vernetzte und transparente Versorgung auf der Grundlage vorhandener Dienste an. Ihre Zielgruppe sind gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ab 63 Jahren und deren Angehörige.

Derzeit stehen 10 Vollzeitstellen für die Einzelfallarbeit der GerBera und 2 Stellen für die „Vierte Lebensphase“ (flächendeckende ehrenamtliche Besuchsdienste in Stuttgart) und die Fachberatung Demenz (zentrale Fachberatung und niederschwellige Angebote) zur Verfügung.

Ziel ist die Erhaltung und Förderung sozialer Alltagskompetenzen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben, die Linderung des Verlaufs und der psychosozialen Auswirkungen gerontopsychiatrischer Erkrankungen (sekundäre und tertiäre Prävention) sowie die Verminderung seelischer Leidenszustände und krisenhafter Entwicklungen. Damit soll ein selbstbestimmter Verbleib im gewohnten Umfeld möglichst lange ermöglicht werden.

Die Dienste sind angegliedert an die Gemeindepsychiatrischen Zentren der Landeshauptstadt. Die Mitarbeiter von GerBera nehmen an gemeinsamen Fallbesprechungen der Gemeindepsychiatrischen Zentren teil und nutzen deren Infrastruktur. Mit den Mitarbeitern des Besuchsdienstes Vierte Lebensphase und der Fachberatungsstelle finden zweimal im Jahr trägerübergreifende Treffen statt.

Die Aufgaben der Gerontopsychiatrischen Beratungsdienste (GerBera) umfassen:

- **Direkte Hilfe**  
Für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen werden die zur Verfügung stehenden Hilfsmöglichkeiten, die psychische und körperliche Verfassung und die soziale und wirtschaftliche Situation erfasst und erschlossen. Dazu gehört auch die Vermittlung an Fachärzte zur Abklärung der Diagnose und der darauf aufbauenden Behandlung. Die Koordination und Steuerung der unterschiedlichen Hilfen wird durch das Case Management sichergestellt.
- **Beratung**  
Dazu zählt die Beratung von Angehörigen, Bezugspersonen und deren Umfeld, Information, psychosoziale Beratung und langfristige Begleitung und Krisenmanagement.

## ■ Vernetzung

Es wurden acht Versorgungssektoren gebildet. Darin werden bestehende Dienste in eine gemeinsame Versorgungsstruktur eingebunden und eine Kooperation, aufbauend auf den vorhandenen Strukturen, angestrebt. Bei auftretenden Versorgungslücken bzw. auffälligen Entwicklungen im Versorgungssektor wird die Sozialverwaltung informiert.

## ■ Personenkreis

Zielgruppe des GerBera sind in erster Linie Menschen (vorwiegend ab 63 Jahren), die an

- demenziellen Erkrankungen,
- Veränderungen der Stimmungslage, wie z. B. Depressionen,
- Verkennungen der Realität, z. B. wahnhaften Störungen im Alter oder
- Ängsten und anderen psychosozialen Beeinträchtigungen leiden

und keinen Zugang zur Sozialpsychiatrie finden. Außerdem gehören zur Zielgruppe der GerBera Angehörige, nahestehende Bezugspersonen und andere Menschen im sozialen Umfeld des gerontopsychiatrisch Erkrankten.

## ■ Ziel des Dienstes

Grundsätzliches Ziel ist die Verbesserung der Lebenssituation gerontopsychiatrisch Erkrankter im häuslichen Umfeld und die Entlastung Angehöriger.

## ■ Arbeitsinhalt des Dienstes

- Case Management,
- psychosoziale Beratung und langfristige Begleitung von Betroffenen und Angehörigen,
- Qualitätssicherung und Vernetzung.

## ■ Hilfemaßnahmen und -methoden

Einzelfallbezogen: Auftragsklärung, Problemanalyse, Zielbestimmung, Ressourcenanalyse, Hilfeplanung (Gemeinsam mit dem Klienten und den Angehörigen werden „soweit wie möglich“ im Rahmen des Hilfeplans individuelle Ziele erarbeitet. Die Zielstellungen werden regelmäßig überprüft und ggf. angepasst.), Leistungssteuerung, Auswertung.

Einzelfallübergreifend: Bedarfs- und Bestandsanalyse, Wirkungsanalyse, Setzung strategischer Ziele, Angebotsentwicklung, Angebotssteuerung.

Mit der Fachberatung des Gerontopsychiatrischen Dienstes wird ein wichtiger Beitrag zur Erhaltung und Förderung sozialer Alltagskompetenzen gerontopsychiatrisch erkrankter älterer Menschen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben, die Linderung des Verlaufs und der psychosozialen Auswirkungen gerontopsychiatrischer Erkrankungen sowie die Verminderung seelischer Leidenszustände und krisenhafter Entwicklungen geleistet. Damit soll ein selbstbestimmter Verbleib im gewohnten Umfeld möglichst lange gelingen.

Die Aufgaben der Fachberatungsstelle für die GerBera umfassen vor allem:

- Gesprächskreise für Angehörige Demenzkranker,
- Betreuungsgruppen für Demenzkranke,
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger Demenzkranker,
- Fachberatung für Dienste im ambulanten und stationären Bereich,
- Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft,
- Erstellung und Weitergabe umfassender schriftlicher Informationsmaterialien zu allen relevanten Beratungsthemen,
- regelmäßige Rundbriefe an betroffene Familien und Fachstellen.

Die Aufgaben des Besuchsdienstes „Vierte Lebensphase“ sind Schulung und Organisation eines flächendeckenden ehrenamtlichen Besuchsdienstes in Stuttgart.

Verteilung pro Träger und Stadtbezirke bezogen auf die Gerontopsychiatrischen Dienste

Einzelfallhilfe Vernetzung in der Region	Stuttgart-Ost Stuttgart-West Botnang Feuerbach Hedelfingen Obertürkheim Untertürkheim Wangen Weilimdorf	Landeshauptstadt Stuttgart, Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Einzelfallhilfe Vernetzung in der Region	Stuttgart-Mitte Stuttgart-Nord Stuttgart-Süd Bad Cannstatt (Hofen Mühlhausen Münster Steinhaldenfeld)	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Einzelfallhilfe Vernetzung in der Region	Birkach Degerloch Möhringen Mühlhausen (Freiberg Mönchfeld) Plieningen Sillenbuch Stammheim Vaihingen Zuffenhausen	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Aufbau/Begleitung ehrenamtlicher Besuchsdienste	zentral	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V. (Vierte Lebensphase)
Fachberatung	zentral	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.

Insgesamt hat sich die Nachfrage nach den Leistungen seit Beginn ihrer Tätigkeit kontinuierlich gesteigert. Dies entspricht sowohl dem Bedarf als auch der demografischen Entwicklung in der Landeshauptstadt Stuttgart mit einem hohen Anteil von sogenannten Single-Haushalten.

Tabelle 6: Leistungszahlen Gerontopsychiatrische Beratungsdienste 2005 - 2010

Leistungsbereiche	2005	2007	2009	2010
Anzahl Mitarbeiter	10	10	10	10
Betreute Klienten insgesamt	679	1.283	1.522	1.589
Kurzbetreuungen (1 – 4 Kontakte)	172	320	254	292
Indirekte Betreuung: Kontakte zu Angehörigen, Nachbarn (1 – 4 Kontakte)	100	225	354	323
Langfristige Betreuungen (über 4 Kontakte)	347	738	918	974
Hausbesuche	1.616	3.796	3.707	4.233

Die GerBera verzeichnen seit 2005 in allen Leistungsbereichen Zuwächse.<sup>9</sup> Immer wieder wurde auch festgestellt, dass die Überleitung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zu Angeboten vor Ort in Begegnungsstätten oder Tagesbetreuungen aus sehr unterschiedlichen Gründen problematisch sein können. Zum Teil sind die Angebote noch nicht ausreichend für bestimmte Zielgruppen ausgestattet. Ebenso ist aber auch grundsätzlich daran zu denken, welche „Barrieren“ beseitigt werden müssen oder welche Hilfen nötig sind, um die Zugänge zu erleichtern. Für Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen Hilfen und Angebote nicht aktiv aufsuchen können, müssen zugehende Hilfen und Angebote im nahen Umfeld vorhanden sein. Hierfür und auch um Potentiale im sozialen Umfeld besser aktivieren und nutzen zu können, sind sozialräumliche oder quartiersbezogene Konzepte hilfreich.

Eine Stärken- und Schwächenanalyse des Quartiers, die die Lebensqualität aller Bürger im Fokus hat, ist ebenso wichtig wie Infrastrukturmaßnahmen, z. B. Bereitstellung barrierefreier öffentlicher Gebäude und Räume, Treffpunkte für Nachbarschaftskontakte und Angebote zur Mobilität. Sie bilden die Grundlage für eine entsprechende Dienstleistungserbringung und für sozialraumorientierte Versorgungskonzepte im Sinne von Verantwortungsgemeinschaften im Quartier (KDA)<sup>10</sup>.

Orte der Begegnung und Kommunikation spielen eine wichtige Rolle in der Begegnung und für Kontaktmöglichkeiten sowie ambulante Betreuungs- und Hilfsangebote bis hin zu alternativen Betreuungs- und Wohnformen.

Bezogen auf die Entwicklungen in den Stadtteilen könnten die GerBera durch ihren niederschweligen Ansatz auf Stadtteilebene einen Beitrag zur Entwicklung von quartiersbezogenen Konzepten leisten. In Zusammenarbeit mit anderen Basisdiensten vor Ort können sie wohnortnah eine Lotsenfunktion übernehmen. Derzeit sind die Dienste jedoch mit den steigenden Fallzahlen an ihren Kapazitätsgrenzen angelangt und versorgen die dringlichsten Fälle.

<sup>9</sup> Der leichte Rückgang in 2010 bei Anfragen, bei denen es lediglich zu einigen Kontakten mit Fachdiensten, Angehörigen oder Personen aus dem Umfeld kam, ist möglicherweise auf eine inzwischen höhere Selektivität (Passgenauigkeit) der Anfragen zurückzuführen.

<sup>10</sup> vgl. Kuratorium Deutscher Altershilfe ([www.kda.de](http://www.kda.de))

### 4.7.3 Vernetzung verschiedener Ebenen und Quartiersentwicklung

Quartierskonzepte zielen darauf, einen sozialen Nahraum, mit dem sich die Bewohner identifizieren, z. B. einen Stadtteil, so zu gestalten, dass auch ältere Menschen und Menschen mit Unterstützungsbedarf in ihrem vertrauten Wohnumfeld verbleiben können. Einige Akteure haben sich auf den Weg gemacht, um solche Quartiersprojekte bzw. einzelne Bausteine von diesen umzusetzen und dabei vielfältige Erfahrungen gewonnen.<sup>11</sup>

Für stadtteil- bzw. stadtbezirksbezogene Konzepte gibt es auch in der Landeshauptstadt vielfältige Ansätze, z. B. im Rahmen der Konzepte Demografischer Wandel, Demografielotsen und Demenzpaten.

Ebenso bestehen auf Stadtebene vielfältige Arbeitsgemeinschaften und Netzwerke, deren Know-how genutzt werden kann und in denen bereits verschiedene Akteure auf gesamtstädtischer Ebene aktiv sind (z. B. Netzwerk Demenz).

Insgesamt mangelt es jedoch noch daran, eine verbindliche Vernetzungsstruktur auf Stadtteil- bzw. Stadtbezirksebene zu entwickeln. Grundlage und Ausgangspunkt dafür könnten die bereits existierenden Arbeitsgemeinschaften und Stadtteilrunden sein, die sich insbesondere auch mit der Frage der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Stadtteil beschäftigen sollten. Die prozesshafte Entwicklung solcher Strukturen sollte dort beginnen, wo bereits schon jetzt besondere Zuwächse zu verzeichnen sind. Individuelle Lösungen, je nach Situation und vorhandenen Ressourcen im Stadtteil, sind dabei vorzuziehen, da sie auf größere Akzeptanz der Akteure stoßen werden.

### 4.7.4 Entwicklungsbedarfe und Entwicklungsperspektiven

Die Angebote und Hilfen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen werden übersichtlich und umfassend im Demenz Wegweiser Stuttgart beschrieben, der von einer Arbeitsgruppe des Netzwerks Demenz Stuttgart erarbeitet wurde. Durch den Wegweiser wurden die Unterstützungsmöglichkeiten zur Betreuung, Pflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und medizinischen Behandlung ebenso wie rechtliche und finanzielle Fragestellungen und technische Unterstützungsmöglichkeiten allen Interessenten verständlich zugänglich gemacht (vgl. Kapitel 6.14 „Demenz Wegweiser Stuttgart“).

Trotz der vergleichsweise großen Angebotsvielfalt in der Landeshauptstadt Stuttgart ergeben sich ebenso Lücken und Entwicklungsbedarfe sowie dauerhaft bestehende Aufgaben in Bezug auf die Versorgung.

---

<sup>11</sup> vgl. (KDA) Befragung wird im Rahmen des Forschungsprojektes „LoVe - Lokale Verantwortungsgemeinschaften in kleinen Lebenskreisen“ des Netzwerkes „Soziales neu gestalten (SONG)“ durchgeführt, im Rahmen eines europäischen Forschungsprojektes

#### 4.7.4.1 Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit

Eine kontinuierliche Aufgabe besteht beispielsweise darin, die bestehenden Angebote über die Medien und die Öffentlichkeitsarbeit der Institutionen bekannt zu machen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Menschen häufig erst dann gezielt Informationen aufnehmen, wenn ein persönlicher Bedarf entsteht. Zwar hat die zunehmende Aufklärung und Medienaktivität über Demenzerkrankungen in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Zunahme an Wissen geführt, jedoch führt dies nicht ebenso unmittelbar zur Bekanntheit wichtiger Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten im regionalen Umfeld. Hinzu kommt, dass pflegende Angehörige und Betroffene in ihren Möglichkeiten, sich zu informieren, häufig stark beeinträchtigt sind. Informationen müssen daher immer wieder über unterschiedliche Wege vermittelt werden.

#### 4.7.4.2 Informationen vernetzen

Entwicklungspotenziale bestehen nach wie vor auch in der Vernetzung von Informationen zwischen Institutionen. Ratsuchende kommen oft zufällig bei einer der vielfältig in Stuttgart vorhandenen Institutionen an. Daher müssen grundlegende Informationen zur Weitergabe an Betroffene im gesamten Hilfesystem verfügbar sein und auch genutzt werden. Moderne Kommunikationsmittel wie Internet und E-Mail-Verteiler können hierbei hilfreich sein. Konkurrenzen zwischen Einrichtungen und Trägern können bei der bedarfsorientierten Weitergabe von Informationen hinderlich sein. Diese Hindernisse müssen im Interesse der Betroffenen reflektiert und überwunden werden. Ebenso wichtig wie die Weitergabe von Informationen ist deren angemessene Vermittlung und Aufbereitung. Hierbei kommt den Beratungsstellen wie GerBera eine wichtige Aufgabe zu. Noch wichtiger in dem Zusammenhang ist häufig das geduldige Motivieren und Heranführen an geeignete Unterstützungsmöglichkeiten. Die Schwellen sind für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und deren Angehörige häufig besonders hoch. Beratungsstellen und Angebote brauchen hierfür ausreichend Ressourcen.

#### 4.7.4.3 Vernetzung und Schnittstellen

Das vernetzte Zusammenwirken von Hilfen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ist sowohl anspruchsvoll als auch komplex. Die beteiligten Hilfesysteme der Altenhilfe, der Psychiatrie und der Medizin sind für sich genommen bereits umfangreich und vielfältig. Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen haben aufgrund ihrer Erkrankungen wie beispielsweise Demenz und aufgrund ihres Alters Hilfebedarfe in gesundheitlicher, seelischer, sozialer, pflegerischer, hauswirtschaftlicher und technischer Hinsicht (z. B. Barrierefreiheit, Notruf, Bedienbarkeit von Geräten usw.). Jeder Einzelaspekt kann für sich genommen bereits entscheidenden Einfluss auf die Gesamtverfassung des älteren Menschen nehmen und steht zudem in Wechselwirkung mit anderen Aspekten. Daher ist das Gelingen wie auch der ressourcenschonende effektive Einsatz von Hilfen in hohem Maße von der Verfügbarkeit aller für den jeweiligen Einzelfall erforderlichen unterschiedlichen Fachkompetenzen sowie der Abstimmung und Kommunikation der Beteiligten abhängig. Es besteht zudem eine hohe qualitative Anforderung an die Hilfen.

Damit sind sowohl die einfühlsame und verständnisvolle Betreuung durch bürgerschaftlich und ehrenamtlich Engagierte, Nachbarn, Angehörige und Kontaktstellen des täglichen Lebens gemeint, als auch spezialisierte Ärzte, Pflegefachkräfte und Berater. Ein angemessener Umgang mit Menschen mit Demenz oder mit Depressionen erfordert besondere Kenntnisse und Erfahrungen.

Vernetzung ist in diesem komplexen Gefüge kein einmaliger Prozess, sondern erfordert das ständige Bemühen aller Beteiligten um fallbezogene Abstimmung und Verbesserung der Kommunikation. Aufgrund des demografisch bedingten wachsenden Versorgungsbedarfs bei derzeit gleichbleibenden Ressourcen treten Vernetzungsaktivitäten gegenüber der unmittelbar im Vordergrund stehenden Versorgungsleistung der jeweiligen Institution tendenziell in den Hintergrund. Dies hat negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insgesamt.

#### 4.7.4.4 Früherkennung und Aufklärung

Die Landeshauptstadt Stuttgart verfügt mit ihren Arzt- und Facharztpraxen und der Memory Clinic an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart über grundlegende Strukturen zur diagnostischen Frühabklärung.

Je früher eine gerontopsychiatrische Erkrankung erkannt wird, umso wirksamer können therapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt werden und umso eher können die Menschen von geeigneten psychosozialen Hilfen profitieren. Ebenso ist es für betreuende Angehörige oder Pflegekräfte wichtig, frühzeitig über eine gerontopsychiatrische Erkrankung informiert zu sein, um das eigene Verhalten dem Kranken gegenüber anpassen zu können. Bei Menschen mit Demenz wie auch bei Depressionen können erhebliche Konflikte und Belastungen vermieden werden, wenn das Verhalten gegenüber dem kranken Menschen frühzeitig angepasst wird.

Aufklärungskampagnen, Informationsveranstaltungen und informative Broschüren tragen sowohl zu einer Sensibilisierung der Menschen hinsichtlich einer Früherkennung von Symptomen bei als auch zu einem besseren Verständnis der Erkrankungen und einem angemessenen Umgang mit Betroffenen.

#### 4.7.4.5 Inklusion

Zur Inklusion kommt es, wenn Betroffene und ihre Angehörigen oder Andere, die für sie sprechen, in Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen einbezogen werden. Als Ebenen kommen sowohl die Ebene kleiner sozialer Gruppierungen und Vereine, das nähere Wohnumfeld, Quartiere oder Stadtbezirke als auch die politische Entscheidungsebene und die Träger und Einrichtungen des Hilfesystems in Frage. Auf übergeordneter Ebene bemühen sich beispielsweise Alzheimer Gesellschaften um Einflussnahme und Einbindung bezüglich Demenzbetroffener. Im Netzwerk Demenz Stuttgart sind Angehörige im Beirat mit vertreten. Inklusion ist ein Prozess, der zur gegenseitigen Wahrnehmung und Achtung der Bedürfnisse und Perspektiven aller Beteiligten führt und Menschen mit Behinderungen mehr Selbst- und Mitbestimmung ermöglichen soll.



Ein anderer Aspekt von Inklusion betrifft den gesellschaftlich-kulturellen Rahmen. Wo kranke und behinderte Menschen im gesellschaftlich-kulturellen Kontext teilnehmen und präsent sind, sind sie auch in der individuellen Wahrnehmung Nichtbetroffener nicht mehr auszublenden. Ebenso fühlen sich die Betroffenen und ihre Angehörigen auf diese Weise nach wie vor zugehörig. Es gibt viele Möglichkeiten, diese Form von Inklusion zu fördern. Beispiele sind kulturelle Veranstaltungen im beschützten Rahmen für Betroffene und Nichtbetroffene. Demenzkampagnen, die von maßgeblichen politischen Entscheidungsträgern aktiv unterstützt und begleitet werden, oder das Projekt „Demenzpaten“, bei dem speziell geschulte ehrenamtlich Tätige in einem Stadtbezirk bei Einzelhändlern, Apotheken, Polizei, Behörden usw. für einen verständnisvollen Umgang mit Demenzkranken werben, sind weitere Beispiele.

#### 4.7.4.6 Sozialräumlicher Bezug

Das konkrete Leben und der Alltag insbesondere älterer Menschen finden vorwiegend im sozialen Nahraum statt. Beeinträchtigungen wie Demenz und körperliche Einschränkungen verstärken diese Tendenz. Dem unmittelbaren Wohnumfeld, der Hausgemeinschaft, der Nachbarschaft und den Orten wo Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, Behörden, Banken usw. aufgesucht werden, kommen daher eine besondere Bedeutung für die Menschen zu. Je mehr diese Orte weitergehende Kontaktmöglichkeiten bieten und soziale Unterstützung fördern, umso mehr können sich stützende Netze und Aktivitäten im natürlichen Lebensumfeld entwickeln. Maßnahmen, die solche Entwicklungen fördern sollen, dürfen nicht künstlich übergestülpt werden und müssen die Besonderheiten des jeweiligen Umfelds berücksichtigen. Wichtig ist daher, die Menschen in dem gewählten Sozialraum frühzeitig zu beteiligen, die örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen und sich an den Bedürfnissen und der Motivation der Beteiligten zu orientieren. Die Umgrenzung eines Sozialraums und der Anteil an täglichem Leben und Erleben, den seine Bewohner in ihm verbringen, sind wichtige Faktoren. Zu berücksichtigen ist, dass gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen in ihren Möglichkeiten, Kontakte nach außen zu pflegen und sich zu beteiligen, stark eingeschränkt sind. Es müssen daher besondere Wege gefunden werden, um sie einzubeziehen. Ebenso können Teile des Hilfesystems nicht in der Kleinräumigkeit eines Wohnquartiers organisiert werden und ein für ein Krankheitsbild besonders qualifizierter Pflegedienst stammt möglicherweise aus einem entfernten Stadtgebiet. Für manche Menschen sind die täglichen Kontakte zu Mitarbeitern eines Pflegedienstes oder einer Tagespflege die entscheidenden und umfangreichsten Begegnungen im täglichen Leben. Der Sozialraum dieser Menschen wird daher weitgehend durch die Struktur und die Mitarbeiter dieses Dienstes definiert. Schließlich ist zu beachten, dass beispielsweise ehrenamtlich engagierte Menschen teilweise gezielt eine Betreuungsaufgabe in einem benachbarten Stadtgebiet suchen, um ihr tägliches Leben von der ehrenamtlichen Aufgabe klarer abgrenzen zu können.

#### 4.7.5 Angebotsspektrum und spezielle Entwicklungsbedarfe

Das Thema wird bezogen auf die beiden zahlenmäßig weitaus größten Gruppen gerontopsychiatrisch Erkrankter besprochen: Menschen mit Demenz und ältere Menschen mit Depression.

#### 4.7.5.1 Angebote für Demenzkranke

Die Angebote in der Landeshauptstadt Stuttgart werden differenziert im Wegweiser Demenz Stuttgart beschrieben (vgl. Kapitel 6.14). Im Folgenden werden generelle Bewertungen gegeben und Entwicklungsbedarfe beschrieben.

##### 4.7.5.1.1 Beratung

Durch GerBera steht in Stuttgart ein qualifiziertes Beratungsangebot für geronto-psychiatrisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen zur Verfügung. Ergänzt wird dies durch weitere Beratungsmöglichkeiten etwa beim Bürgerservice Leben im Alter, der Alzheimerberatung und Fachberatung Demenz, der Alzheimer Gesellschaft und weitere Angebote.

Die GerBera-Dienste sollen neben der allgemeinen Beratung und Koordination von Hilfen insbesondere den oft schwierigen Zugang zu gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen ermöglichen und durch Vertrauensaufbau, motivierende Gespräche und Begleitung den Zugang der Klienten zu bestehenden Unterstützungsangeboten ermöglichen. Dieser Aufgabe können die Dienste durch den zunehmenden Bedarf immer weniger nachgehen.

##### 4.7.5.1.2 Niederschwellige Betreuung

Im Bereich niederschwelliger Betreuungsangebote verfügt Stuttgart über eine gut entwickelte Basis an unterschiedlichen Möglichkeiten zur Unterstützung der Betreuung zu Hause, einen ehrenamtlichen Besuchsdienst für Alleinlebende und verschiedene Gruppenangebote. Die Angebote sind mit entsprechender finanzieller Unterstützung ausbaubar. Interessante Ergänzungen könnten die mehrtägige Betreuung Demenzkranker in Gastfamilien sein.

##### 4.7.5.1.3 Medizinische und psychiatrische Versorgung

Durch eine Vielzahl niedergelassener Arzt- und Facharztpraxen ist eine ärztliche Versorgung sichergestellt. Probleme gibt es jedoch dann, wenn der Gang in die Praxis etwa für Heimbewohner oder aufgrund von Immobilität oder Verhaltensproblemen nicht zumutbar oder möglich ist. Stationäre Pflegeeinrichtungen steuern hierbei im Verhandlungsweg mit Pflege- und Krankenkassen und dem Ärzteverband auf eine Lösungsmöglichkeit zu. In der häuslichen Versorgung ermöglicht derzeit die psychiatrische Institutsambulanz für einen kleinen Teil Betroffener eine Lösung bei psychiatrischem Diagnose- und Behandlungsbedarf.

Gerontopsychiatrische Zentren zeigen an einigen Standorten in Deutschland (z. B. Gütersloh), wie qualifizierte Versorgung mit multiprofessioneller Besetzung und spezialisierten Ärzten in der häuslichen Unterstützung und im Heim umsetzbar ist. Leider wurden diese Konzepte bisher kaum an anderen Orten realisiert.

Für die ambulante Diagnostik bietet in Stuttgart noch die Memory Clinic im Klinikum Stuttgart ein für Demenzkranke spezialisiertes Angebot zur Diagnose und Erstberatung an. Leider gibt es in Stuttgart kein tagesklinisches Angebot für Demenzkranke. Die Tagesklinik der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart nimmt Demenzkranke nur bei

speziellen Fragestellungen oder/und psychiatrischer Komorbidität auf, die Ambulante Geriatri-sche Rehabilitation (Tagesklinik) am Robert-Bosch-Krankenhaus nur bei weitgehend erhaltener Selbstständigkeit. Zur stationären psychiatrischen Behandlung demenzkranker Menschen stehen Möglichkeiten im Furtbachkrankenhaus und im Klinikum Stuttgart zur Verfügung. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart gibt es eine spezialisierte Station mit einem differenzierten diagnostischen und therapeutischen Angebot ausschließlich für De-menzkranke. Da psychiatrische Klinikaufenthalte mittlerweile bei Demenzkranken fast nur noch in akuten seelischen Krisen oder bei starker Belastung des betreuenden Umfelds durch heraus-forderndes Verhalten möglich sind, ergeben sich im Rahmen der gegebenen Personalressourcen hohe Anforderungen an die Institutionen.

Ein großes Problemfeld ist die Versorgung und Behandlung demenzkranker Menschen in soma-tischen Akutkliniken bei körperlichem Behandlungsbedarf. Die Kliniken sind mit Ausnahme der geriatri-schen Kliniken auf die Patientengruppe häufig nicht ausreichend vorbereitet und ausge-richtet und die strukturellen Rahmenbedingungen sind erschwerend. Ältere Menschen stellen in Krankenhäusern meist einen hohen Anteil der Patienten dar. Damit sind auch demenzkranke Patienten nicht selten. Gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten sind im Hinblick auf Kon-zeptentwicklung, Aufklärung und Wissenstransfer notwendig.

#### 4.7.5.1.4 Therapeutische Angebote

Praxen für Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie etc. stehen in Stuttgart zwar gut erreichbar zur Verfügung, jedoch machen teils lange Wartezeiten Probleme. Eine Schwerpunktsetzung auf Demenzerkrankungen und ausreichende fachliche Qualifizierung für die Patientengruppe ist nur bei einem kleinen Teil vorhanden. Gerade bei therapeutischen Maßnahmen ist eine Einbindung in ein multiprofessionelles Team mit gerontopsychiatrischem und geriatrischem Schwerpunkt sehr sinnvoll. Erfahrungen in Kliniken, wie im modellhaften Alzheimer Therapiezentrum in Bad Aibling, wo auch Angehörige aktiv in das Konzept mit einbezogen werden, zeigen, wie wertvoll solche Konzepte sind und welche Vorteile sie gegenüber isolierten Einzelbehandlungen haben. Ein tagesklinisches Konzept, ähnlich dem in Bad Aibling, konnte eine zeitlang erfolgreich am Robert-Bosch-Krankenhaus durchgeführt werden. Da die Finanzierung ausschließlich über die AOK im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags erfolgte und sich offenbar zu wenig Ärzte in den Vertrag einbinden ließen, wurde das Konzept von der Krankenkasse nicht weiter unterstützt. Ergänzend zu tagesklinischen Konzepten wären auch rein ambulante therapeutische Konzepte, wie sie im Rahmen der mobilen geriatri-schen Rehabilitation konzipiert sind, sehr hilfreich. Das Therapeutenteam betreut die Menschen bei diesem Konzept unmittelbar im häuslichen Umfeld. Aufgrund völlig unzureichender Finanzierungsbedingungen wird dieses Konzept nach umfassen-der modellhafter Erprobung jedoch über die Modellstandorte hinaus nicht umgesetzt.

#### 4.7.5.1.5 Ambulante Pflege

Das Angebot an ambulanten Pflegediensten ist in der Landeshauptstadt Stuttgart groß. Dies er-möglicht, einen Dienst auszuwählen, dessen Leistungsprofil und ergänzende Angebote möglichst gut auf den individuellen Bedarf eingeht. Unabhängig davon kann es im Einzelfall schwierig sein, einen Dienst zu finden, bei dem die eingesetzten Mitarbeiter durchweg gut mit dem demenzkran-ken Menschen umgehen können und bei dem die Zahl der wechselnd eingesetzten Mitarbeiter möglichst gering ist. Kleinere Dienste mit überschaubarer Mitarbeiterzahl können teils besser auf

die spezifischen Bedürfnisse Demenzkranker und ihrer Angehörigen eingehen. Größere Dienste haben oft ein breiter gefächertes Angebot über die Pflegeleistungen hinaus. Viele Dienste haben derzeit Probleme, qualifizierte Mitarbeiter zu finden.

Da die Mitarbeiter von Pflegediensten zu den wichtigsten Kontaktpersonen von pflegebedürftigen und gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen gehören (vgl. Abschnitt „Sozialräumlicher Bezug“), müssen sie in erwünschte strukturelle Weiterentwicklungskonzepte wie Sozialraumorientierung oder bedarfsorientierte Spezialisierung einbezogen werden. Die rund 100 Pflegedienste in Stuttgart stehen trotz des zunehmenden Bedarfs in einer marktwirtschaftlich geprägten Konkurrenzsituation mit wenig Spielraum für übergreifende Aufgaben. Aus einer Einbindung in strukturelle Weiterentwicklungen müssen sich daher möglichst unmittelbar Vorteile ergeben oder es müssen Anreize für die Beteiligung geschaffen werden.

#### 4.7.5.1.6 Tagespflege

Tagespflegeangebote sind in Stuttgart bis auf Ausnahmen in einigen Stadtgebieten gut erreichbar (vgl. Kapitel 4.6). In allen Einrichtungen werden auch demenzkranke Menschen betreut. Ergänzt wird dieses Angebot durch die gerontopsychiatrisch spezialisierte Tagespflege in Neuge-reut im Haus St. Monika und die Tagespflege für Demenzkranke im Gradmann Haus. Letztere ist mit ihrem Fahrdienst zudem in weiten Teilen Stuttgarts unterwegs.

Entwicklungsbedarfe stellen sich bei Tagespflegeangeboten vor allem hinsichtlich der nutzerorientierten Flexibilisierung von Betreuungszeiten. Dies stellt Anforderungen an die Personalbesetzung, die Finanzierung und die Genehmigung solcher Konzepte durch die Kostenträger.

#### 4.7.5.1.7 Stationäre Pflege

Die Landeshauptstadt Stuttgart hat engagierte Heimträger, die sich konzeptionell weiterentwickeln wollen. Dementsprechend finden sich in Stuttgart unterschiedliche innovative und spezialisierte Konzepte, die auch für Menschen mit Demenz interessant sind. Insgesamt ist ein Trend weg vom Institutionscharakter einer Pflegeeinrichtung hin zu wohnumfeldähnlichen Pflege- und Betreuungsformen zu finden. Dies kommt auch der Lebensqualität demenzkranker Menschen entgegen. So gibt es Einrichtungen, die die Gruppengröße von Wohnbereichen auf 8 bis 15 Plätze verkleinern, und Teile oder die gesamte hauswirtschaftliche Versorgung der Bewohner in die Wohnbereiche verlagern, wo konstante Bezugspersonen für Bewohner kochen und teilweise auch die Leibwäsche versorgen. Ebenso gibt es spezialisierte Betreuungsbereiche für Demenzkranke mit teils beschützten Außenbereichen, die den Bewohnern selbstständig nutzbaren Bewegungsraum und Lebensumfeldqualität vermitteln. Die Mitarbeiter in diesen Bereichen sind meist besonders hinsichtlich ihrer Eignung ausgesucht und werden geschult. Ein Träger (Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg) hat auch eine ambulant betreute (Pflege-)Wohngemeinschaft realisiert. Den pflegebedürftigen Bewohnern oder gegebenenfalls ihren Angehörigen wird bei dem Konzept eine hohe Eigenständigkeit und Verantwortung bei der Wahl und Bemessung der Pflegeleistungen zuteil. Ein Hemmnis ist die noch schwierige Zuordnung auf heimrechtlicher und leistungsrechtlicher Seite. Auch stationäre Konzepte mit intergenerativen Ansätzen gibt es in Stuttgart.

Für den Bedarf demenzkranker Menschen an Rund-um-die-Uhr-Versorgung ist die Vielfalt der in Stuttgart vorzufindenden Wohn- und Pflegekonzepte ein Vorteil. Je nach individuellen Bedürfnissen und Stadium der Demenzerkrankung kann nach einem möglichst gut passenden Konzept gesucht werden. Probleme können sich durch mögliche notwendige Wartezeiten ergeben.

Neben dem sich in der stationären Pflege mittlerweile massiv niederschlagenden Mangel an qualifizierten Pflegekräften, der auch dazu führt, dass der Umgang mit demenzkranken Menschen nicht immer angemessen ist, liegt einer der größten Entwicklungsbedarfe im Abbau von Bürokratie und Schaffen von mehr Gestaltungsspielräumen zur Erprobung und Umsetzung neuer Konzepte.

#### 4.7.5.1.8 Angebote für jüngere demenzkranke Menschen

Da Angebote für Menschen mit Demenz, die vor dem 60. Lebensjahr erkranken, fast ausschließlich im Bereich der Altenhilfe und der gerontopsychiatrischen Versorgung zu finden sind, soll der besondere Bedarf dieser Menschen kurz angesprochen werden, obwohl nur etwa jeder vierzigste Demenzkranke jünger als 60 Jahre ist (in Stuttgart sind dies ca. 200 Menschen). Junge Demenzkranke fühlen sich häufig in Gruppenangeboten, an denen vor allem Menschen im Alter zwischen 70 und 90 Jahren teilnehmen, fehl am Platz. Vor allem in den ersten Jahren des Krankheitsverlaufs spielt der Altersunterschied häufig eine große Rolle. Als Betreuungsangebote kommen eine individuelle Betreuung etwa durch einen Helferkreis in Frage oder die Teilnahme an speziellen Gruppenangeboten. Ebenso gibt es in Stuttgart einen Gesprächskreis für Angehörige Früherkrankter (Fachberatung Demenz der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.). Auch die Tagesklinik für Ältere im Klinikum Stuttgart versucht ihr Angebot mit auf diese spezielle Patientengruppe abzustimmen.

#### 4.7.5.2 Angebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Migranten

Besonderheiten ergeben sich für betroffene Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige vor allem in Bezug auf folgende Aspekte:

- Kulturell geprägte Normen, Werte und Rituale,
- Verlust deutscher Sprachkenntnisse,
- Entwurzelungserleben durch Rückorientierung an biografisch weit zurückliegende Lebensphasen im Heimatland (v. a. bei Demenz).

##### 4.7.5.2.1 Kulturelle Normen und Gewohnheiten

Viele Menschen mit Migrationshintergrund können in Gruppenangeboten zur Betreuung (z. B. Betreuungsgruppen oder Tagespflege) integriert werden, sofern grundlegende deutsche Sprachkenntnisse vorhanden sind. Sie sind oft eine Bereicherung für die Gruppe. Bei Menschen aus Herkunftsländern mit größeren kulturellen Unterschieden wird teils der Wunsch geäußert, dass Betreuungsaufgaben von Personen aus dem eigenen Kulturkreis übernommen werden. Zum Teil werden dann auch Menschen aus einem großen Verwandten- und Bekanntenkreis gefunden, die

Zeit und Bereitschaft für Betreuungsaufgaben haben und ehrenamtlich oder gegen eine Vergütung tätig werden. Im Vordergrund steht dann eher eine Unterstützung bei der Optimierung von Pflegeversicherungs- und anderer Sozialleistungen sowie eine qualifizierte fachliche Beratung der Familie und Helfer in Bezug auf den Umgang mit dem Kranken und der Planung der Versorgungssituation. Gelegentlich bleibt aber auch der Zugang dieser Familien zu Hilfen und Angeboten verschlossen. Dies kann zu erheblichen Überlastungen des Familiensystems führen.

#### 4.7.5.2.2 Verlust deutscher Sprachkenntnisse

Bereits bei der Frühdiagnostik einer Demenz oder Depression können unzureichende Sprachkenntnisse erhebliche Probleme u. a. bei der Testdiagnostik mit sich bringen. Die Memory Clinic für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart bemüht sich derzeit um diesbezügliche Hilfen und Lösungsansätze.

Im weiteren Verlauf einer Demenzerkrankung können Probleme vor allem in der mittleren Krankheitsphase auftreten, wenn die spät erlernte fremde Sprache verloren geht, nur noch muttersprachlich kommuniziert werden kann und dies von Betreuenden nicht verstanden wird. In der letzten Krankheitsphase spielt Sprache als Kommunikationsmittel kaum mehr eine Rolle.

Sprache hat aber auch einen psychologischen Aspekt: Angehörige gerontopsychiatrisch Erkrankter und ebenso die Betroffenen fühlen sich häufig hilflos und überfordert oder befinden sich in einer Krisensituation. Dann fällt es erheblich schwerer, sich in einer fremden oder unzureichend erlernten Sprache zu verständigen. Hingegen schafft es Vertrauen und Sicherheit, wenn kompetente Helfer oder Berater in der eigenen Muttersprache zur Verfügung stehen.

Menschen mit Migrationshintergrund haben teilweise mehr Schwierigkeiten, die deutsche Bürokratie und die Komplexität von Hilfe- und Leistungssystemen zu bewältigen. Dies kann dazu führen, dass bestehende Leistungsansprüche und Hilfen noch wenig bekannt sind und ungenutzt bleiben oder aber auch, dass falsche und überhöhte Erwartungen bezüglich Hilfe und Sozialleistungen bestehen.

#### 4.7.5.2.3 Entwurzelungsthematik

Ältere Menschen und insbesondere gerontopsychiatrisch Erkrankte (v. a. bei Demenz) wenden sich oft verstärkt alten Erinnerungen zu, die in ihnen wach werden und aufleben. Ein davon deutlich diskrepantes Alltagserleben schafft Missempfindungen und führt gegebenenfalls zu Rückzug oder sogar verstärkter Desorientierung. Die Entwurzelungsthematik betrifft auch Vertriebene vor 1945, die normalerweise nicht zu den Menschen mit Migrationshintergrund gezählt werden.

Familien mit demenzkranken Migranten berichten teilweise, dass es dem demenzkranken Vater oder der demenzkranken Mutter besser geht, wenn sie oder er für eine Zeit z. B. bei Verwandten im Herkunftsland betreut werden kann. Oft ist auch eine professionelle Betreuung im Herkunftsland weitaus günstiger, jedoch in Bezug auf den fachlichen Standard etwa bei der Pflege oder der medizinischen Versorgung auf einem niedrigeren Niveau.



#### 4.7.5.2.4 Fehlende Kenntnisse und Tabuisierung

Gerontopsychiatrische Erkrankungen sind in Kulturkreisen mit weniger entwickelten medizinischen und sozialen Systemen in der Regel noch weniger bekannt. Dies kann dazu führen, dass Erkrankungen noch häufiger als bei Familien deutscher Herkunft spät erkannt und diagnostiziert werden und dass Angehörige falsch mit Betroffenen umgehen und dadurch sich und ebenso den Kranken belasten. Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart bemüht sich im Rahmen eines Projekts, Multiplikatoren aus Migrantenkreisen über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder zu informieren. Ziel ist es, diese Informationen durch Fachleute gemeinsam mit den Kulturvermittlern in den Bevölkerungskreis weiter zu tragen.

#### 4.7.5.2.5 Moderne Ansätze

Qualifiziertes Fachpersonal und Berater mit vielfältigen Sprachkenntnissen stehen nur in sehr begrenzter Zahl zur Verfügung und können den an vielerlei Stellen entstehenden Bedarf weder jetzt noch in absehbarer Zukunft abdecken. Realistischer ist der Weg, über geeignete Multiplikatoren aufzuklären und Selbsthilfepotenziale zu wecken. Im Rahmen von Betreuungs- und Entlastungsangeboten können zudem Menschen aus den jeweiligen Kulturkreisen gefunden werden, die sich schulen und begleiten lassen und je nachdem mit oder ohne Vergütung vielerlei Betreuungsaufgaben übernehmen und in bestehende Angebotsstrukturen integriert werden. Besitzen diese Menschen sowohl gute Sprachkenntnisse in ihrer Muttersprache als auch ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, können sie zudem als Mittler bei Behörden oder im Rahmen der Aufklärung über Krankheitsbilder im konkreten Kontakt mit Betroffenen und deren Angehörigen sehr hilfreich aktiv werden.

#### 4.7.5.3 Angebote für ältere Menschen mit Depression

An dieser Stelle sollen Unterschiede in der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Depression gegenüber den älteren Menschen mit Demenz hervorgehoben werden.

Der Umgang mit depressiven Menschen und deren Unterstützungsbedarf unterscheidet sich erheblich vom Unterstützungsbedarf und Umgang mit Demenzzkranken. Darüber hinaus gibt es auch Ähnlichkeiten: Menschen mit Depression haben bei schweren Krankheitsausprägungen auch einen körperlichen Pflegebedarf, wenn sie bei Verrichtungen des täglichen Lebens stark durch Antriebsminderung eingeschränkt sind. Ebenso können Konzentrations- und Denkstörungen auftreten, die mit denen einer Demenzerkrankung verwechselt werden können. Häufige Symptomatik einer Depression: In der Regel leiden Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Depression vor allem an einer starken Antriebsminderung und dem Gefühl von Inkompetenz und Überforderung selbst bei geringen Anforderungen. Dazu kommen vielfach Ängste, Schuldgefühle, teilweise auch Unruhe, Gedankenkreisen und das Gefühl eigener Nutzlosigkeit und Wertlosigkeit. Glückempfinden und Freude sind fast nicht möglich. Die betroffenen Menschen ziehen sich häufig aus sozialen Kontakten zurück. Angehörige depressiver Menschen fühlen sich häufig hilflos, überfordert und ebenso stark belastet. Spezielle Beratung und Unterstützung ist für sie daher ebenso dringend notwendig. Die Häufigkeit dauerhafter chronisch verlaufender Depressionen ist im Alter höher.

Die Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Depression bestehen aus psychosozialer Begleitung und Beratung, psychotherapeutischer Hilfe, medikamentöser Behandlung und alltagsunterstützenden Hilfeleistungen sowie tagesstrukturierenden Angeboten. Zur Beratung stehen für ältere betroffene Menschen und ihren Angehörigen im ambulanten Bereich vor allem die GerBera Dienste zur Verfügung. Sie übernehmen auch den Aufbau und die Koordination von Hilfen. Niedergelassene Psychiater können die ärztliche Betreuung und die medikamentöse Behandlung leisten und ebenso Beratung und therapeutische Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen mit übernehmen. Durch den Sonderpflegedienst für psychisch kranke Menschen ist in einigen Fällen bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse eine individuelle psychosoziale, tagesstrukturierende und pflegerische Unterstützung in begrenztem Maß möglich. Spezielle niederschwellige Gruppenangebote sind im Aufbau. Sie sind bei Begegnungsstätten oder Gemeindepsychiatrischen Zentren angesiedelt. Ein teilstationäres Behandlungsangebot gibt es bei der Tagesklinik für Ältere im Klinikum Stuttgart. Eine stationäre Behandlung ist in den Psychiatrischen Kliniken möglich. In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Klinikum Stuttgart gibt es eine spezielle Station für ältere Menschen mit Depression.

Eine der größten Schwierigkeiten ist, die betroffenen Menschen zur Nutzung von Hilfen zu motivieren. Während die Menschen im stationären und teilstationären Behandlungssetting teils zugänglich und bereit sind, um Hilfen nach dem Behandlungsaufenthalt anzunehmen, verändert sich dies häufig bei der Rückkehr nach Hause. Eine engmaschige psychosoziale Begleitung mit immer wiederkehrenden motivierenden Gesprächen wäre notwendig, kann aber nicht geleistet werden.

Ältere Menschen mit Depression werden bei gleichzeitigem körperlichem Pflegebedarf häufig auch in klassischen Angeboten der Altenhilfe betreut, wie z. B. in der Tagespflege oder in Pflegeheimen. Diese Angebote sind aber häufig vorrangig auf andere Zielgruppen, wie z. B. demenzkranke Menschen, ausgerichtet. Menschen mit Depression können sich in dem Rahmen fehl am Platz oder auch geistig unterfordert fühlen. Spezielle auch therapeutisch auf Menschen mit Depression ausgerichtete Angebote finden sich teilweise in gerontopsychiatrischen Pflegeheimen.

Auch unter den Besuchern von Seniorenbegegnungsstätten und deren Gruppenangeboten finden sich immer wieder ältere Menschen mit Depression. Einige Begegnungsstätten haben bereits spezielle Gruppenangebote für diese Menschen entwickelt. Ebenso finden sich ältere depressive Menschen in Tagesstätten und Angeboten der Gemeindepsychiatrischen Zentren.

Wenn an einen Ausbau von Gruppenangeboten oder die Integration betroffener Menschen in bestehende ambulante Angebote gedacht wird, muss parallel eine ausreichend engmaschige zugehende psychosoziale Unterstützung im häuslichen Bereich gewährleistet werden.

Der häufig auftretende starke Bruch zwischen der intensiven Begleitung der Menschen in teilstationären und stationären Behandlungssettings müsste durch einen fließenden Übergang in die häusliche Situation mit therapeutisch und psychosozial begleitender Unterstützung abgemildert werden. Alternativ wäre auch ein komplett ambulantes Behandlungssetting, ähnlich dem Konzept der mobilen geriatrischen Rehabilitation, denkbar.



Menschen mit Depression benötigen ebenso Inklusion und Anerkennung ihrer Behinderung durch die Gesellschaft. Die möglichen Ansätze unterscheiden sich hierbei nicht grundsätzlich von denen, die in Bezug auf Demenzerkrankungen angesprochen wurden. Lediglich die Formen und Umsetzungsmöglichkeiten können sich unterscheiden. Ehrenamtliches Engagement kann auch für Menschen mit Depression hilfreich sein wie beispielsweise die Erfahrungen des Besuchsdienstes Vierte Lebensphase zeigen. Eine besondere Auswahl, Schulung und Begleitung ehrenamtlich Tätiger ist erforderlich.

#### 4.7.5.4 Angebotsbezogene Entwicklungsperspektiven in der ambulanten Unterstützung für alle Zielgruppen gerontopsychiatrisch Erkrankter

Neben den allgemeinen Entwicklungsperspektiven aus dem vorigen Kapitel und den spezifischen Bedarfslagen, die hier beschrieben wurden, soll nochmals eine besondere Versorgungslücke deutlich hervorgehoben werden und dabei auf vergleichbar bestehende Möglichkeiten im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem Bezug genommen werden.

Für Menschen, die einen individuellen psychosozialen Unterstützungsbedarf haben, der über das hinaus geht, was Beratungsdienste in der Regel leisten können, wurden im sozialpsychiatrischen Hilfesystem die Angebote des ambulant betreuten Wohnens und des Sonderpflegedienstes geschaffen. Vergleichbare Möglichkeiten sollten für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit speziellem Hilfebedarf entwickelt werden. Diese Angebote müssen dabei keineswegs als Regelangebote für alle älteren Menschen konzipiert werden, die von einer Demenz oder Depression betroffen sind, sondern nur für einen kleinen Teil insbesondere allein und isoliert lebender Menschen, bei denen die vielfältigen Angebote im Bereich der Altenhilfe nicht greifen oder fachlich nicht ausreichend spezialisiert sind und es dadurch unter anderem auch zu einer ineffektiven Ressourcenbelastung von Beratungsdiensten kommen kann. Ziel solcher zu entwickelnder intensiv begleitender Hilfen ist auch, Betroffene zu Gruppenangeboten und anderen niederschweligen Angeboten hinzuführen. Aufgrund dessen ist die intensive Begleitung in vielen Fällen auch nur für eine Übergangsphase erforderlich.

Bei einem der GerBera Dienste (Birkach) wird derzeit im Rahmen eines kleinen durch Spenden finanzierten Pilotprojekts eine intensiv begleitende Hilfe (Komplexbetreuung) in einigen ausgewählten Einzelfällen erprobt.

#### 4.7.6 Handlungsempfehlungen

- Geeignete Vernetzungsstrukturen auf Stadtteilebene unter Beteiligung der vorhandenen Einrichtungen und Dienste, Nutzer und Akteure sollten prozesshaft entwickelt werden. Hierbei ist die Ausrichtung bzw. Einbeziehung von gerontopsychiatrischen Fragestellungen unter Berücksichtigung der Sozialraumorientierung ein wesentlicher Aspekt. Einrichtungen und Akteure vor Ort können dabei als Experten des Quartiers und der Zielgruppe Ausgangspunkt sein und Impulse geben. Eine Begleitung und Unterstützung auf Stadtteilebene und in Fachgremien dient dabei der Weiterentwicklung von Vernetzungsstrukturen.
- Wohnortnahe Angebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in bestehenden Einrichtungen wie auch neue Wohn- und Betreuungsformen sollten prozesshaft geplant werden. Bestehende Einrichtungen können dabei Ausgangspunkt für alternative und quartiersgerechte Entwicklungen sein.
- Durch ihren niederschweligen Ansatz könnten die Gerontopsychiatrischen Beratungsdienste auf Stadtteilebene einen Beitrag zur Entwicklung von quartiersbezogenen Konzepten leisten. In Zusammenarbeit mit anderen Basisdiensten vor Ort können sie wohnortnah als Impulsgeber fungieren.
- Um genauere Angaben zu den erwarteten Anteilen von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen machen zu können, sollten im Rahmen einer Studie die Zuwachszahlen der Stuttgarter Bevölkerung ins Verhältnis gesetzt werden mit den Prävalenzprognosen gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Dies wäre in einem ersten Schritt zunächst für die gesamte Landeshauptstadt Stuttgart, dann aber auch für die einzelnen Stadtbezirke anzustreben.
- Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zu gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern sind nach wie vor von zentraler Bedeutung. Dabei ist in der Außenwirkung auch die ideelle Unterstützung und Anerkennung der Leistungen betreuender Angehöriger und ehrenamtlich Tätiger wichtig und wertvoll.
- Verbessertes Zugang zu medizinischer Versorgung und Beratung durch aufsuchende Behandlung unter Einbezug betreuender Angehöriger mit speziellen Informations- und Schulungsangeboten.



## 5 Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind in alle Vorhaben und Bereiche der Partizipativen Altersplanung in der Landeshauptstadt Stuttgart einbezogen. Durch die Partizipative Altersplanung sollen viele unterschiedliche Interessen zusammengeführt, Vernetzungsstrukturen aufgebaut und zu konstruktiven Entwicklungen gebündelt werden (vgl. Kapitel 2).

Grundlage für die Bewertung und Weiterentwicklung der bestehenden Angebote in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Landeshauptstadt Stuttgart sind die zentralen Aussagen und Vorgaben des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX). Zudem sind wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen (UN-Konvention) und die Zielvorstellungen der 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz gegeben. Die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe hat die Inklusion und die Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen gesellschaftlichen Bereichen zum Ziel.

### 5.1 Gesellschaftliche Teilhabe

Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sollen bei den Angeboten zur Tagesstruktur, beim Wohnen und bei der Freizeitgestaltung an allen Angeboten teilhaben können, die allen älteren Bürgern in der Landeshauptstadt Stuttgart zur Verfügung stehen. Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind deshalb in diesem Altenplan nur dann gesondert erwähnt, wenn für diesen Personenkreis besondere Zugangshilfen, auf besondere Bedarfe zugeschnittene oder zusätzliche Angebote aus dem Leistungsbereich der Eingliederungshilfe notwendig sind.

Im Folgenden werden besondere Angebote der Landeshauptstadt Stuttgart mit dem Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe von älteren Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung beschrieben.

#### 5.1.1 Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander

Das Sozialamt der Landeshauptstadt Stuttgart trägt die Verantwortung für Angebote und Dienste für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und damit teilweise für einen Personenkreis, der die regulären Wege der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere auch an politischen Prozessen noch nicht nutzen kann. Für Menschen mit Behinderung, die die bestehenden Beteiligungsformen nicht nutzen können, weil ihre Behinderung komplex ist oder weil die Umwelt Kommunikationsbarrieren oder andere Barrieren vorhält, hat das Sozialamt im Jahr 2010 einen Beirat für Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen gegründet. Der Beirat hat sich in seiner Sitzung am 15. Juni 2010 eine Geschäftsordnung und in der Sitzung am 23. September 2010 den Namen Beirat Inklusion - Miteinander Füreinander gegeben (vgl. Anlage 2 zur GRDRs 820/2010 Stand der Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung in der Landeshauptstadt Stuttgart (Erhebung 31.12.2009) - Rückblick und Ausblick auf kommende Entwicklungen).

Der Beirat gibt Empfehlungen zu einer bedarfsgerechten Planung und zum Ausbau von Angeboten und Diensten sowie Impulse für eine selbstbestimmte Teilhabe und die Inklusion von Menschen mit Behinderung in das Gemeinwesen.

Die hohe Motivation der Mitglieder des Beirats Inklusion – Miteinander Füreinander wird durch folgende Stellungnahme der Mitglieder deutlich (vgl. Anlage 2 zur GRDRs 820/2010 Stand der Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Landeshauptstadt Stuttgart (Erhebung 31.12.2009) – Rückblick und Ausblick auf kommende Entwicklungen):

#### Warum machen Sie beim Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander mit?

Die Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt Stuttgart ist für die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung wichtig.

#### Welche Ziele verfolgen Sie im Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander?

Die Meinungen und Kompetenzen vom „Netzwerk Heimbeiräte Stuttgart – Miteinander wirksam sein“ und vom „Stuttgarter Angehörigen Netzwerk – Behindertenhilfe“ und die Erfahrungen von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen sollen in den Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander eingebracht und gebündelt werden.

Wichtige Ziele sind u. a.

- Barrierefreiheit (insbesondere im öffentlichen Personennahverkehr),
- die Teilhabe in den Bereichen Sport, Kultur, Freizeit, Alltagsbegleitung und die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit Behinderung.
- langfristig die Sicherheit und die Betreuung zu gewährleisten unabhängig von betreuenden Angehörigen.
- als behinderte Person aktiv sein und mitreden zu können.

#### Welche Ziele hat der Beirat?

- Der Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander möchte über das Sozialamt und den Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart seine Anliegen und Ziele in die Öffentlichkeit bringen.
- Weitere Ziele sind die Wirksamkeit nach innen (als gemeinsame Interessenvertretung und Gruppe) und nach außen in die Öffentlichkeit.

### 5.1.2 Vorbereitung auf den Ruhestand

Angelehnt an ein seit vielen Jahren bestehendes Angebot zur Vorbereitung auf die nachberufliche Phase für ältere Arbeitnehmer, hat der Treffpunkt Senior im Auftrag der Stuttgarter Sozialverwaltung und in Zusammenarbeit mit Fachkräften der Behindertenhilfe aus der Landeshauptstadt Stuttgart und dem Landkreis Esslingen ein Kursangebot für ältere Beschäftigte der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) entwickelt und erfolgreich erprobt (vgl. Kapitel 4.2.4 Treffpunkt Senior). Das Ziel dieses Angebots war eine intensive Vorbereitung auf den Ruhestand. Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung konnten sich mit ihren Wünschen und mit Angeboten zur Gestaltung des Ruhestands auseinandersetzen. Das Projekt wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr positiv bewertet.

Die Werkstätten für behinderte Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart sind bereit, sich auch an zukünftig stattfindenden Kursen zu beteiligen, indem sie Mitarbeiter für die Durchführung der Kurse oder Ressourcen zur Verfügung stellen. Auch der Treffpunkt Senior wird im Rahmen seiner personellen Möglichkeiten an weiteren Kursen mitwirken.

- In seiner Stellungnahme formuliert der Beirat Inklusion – Miteinander Füreinander (GRDrs 938/2010 Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung nach ihrem Ausscheiden aus der Werkstatt), dass es im Alter für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sehr wichtig ist, eine Begleitung zu haben. Die individuelle Situation im Alter ist sehr unterschiedlich, es ist aber gut, solche Angebote zu nutzen.

### 5.1.3 Tagesstruktur und Öffnung von Begegnungsstätten

Begegnungsstätten für ältere Menschen halten bereits verschiedene Angebote vor, die auch für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zur Tagesstrukturierung geeignet sind (vgl. Kapitel 4.2.2.5.2 Öffnung der Begegnungsstätten für Seniorinnen und Senioren mit Behinderung).

In der Landeshauptstadt Stuttgart wurden die Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung am Beispiel einer Begegnungsstätte der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V. im Stadtteil Fasanenhof erprobt.

Aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) des Behindertenzentrums Stuttgart e. V. im Stadtteil Fasanenhof besuchte eine Gruppe von sechs Beschäftigten im Alter zwischen 59 und 64 Jahren einmal wöchentlich die Begegnungsstätte. Die begleitende Fachkraft der WfbM gestaltete ein inklusives Spielangebot für die Personen aus der WfbM und andere Besucher der Begegnungsstätte.

Aus der WfbM der Lebenshilfe Stuttgart e. V. besuchten zwei Beschäftigte im Alter von 64 Jahren, in Begleitung einer Fachkraft, verschiedene Angebote in der Begegnungsstätte Fasanenhof. Im Verlauf des Projektes nutzten beide Personen auch Angebote von anderen Begegnungsstätten. Beide Personen entschieden sich schließlich zur regelmäßigen Teilnahme am

Handarbeitskreis in der Begegnungsstätte Pfostenwäldle im Stadtbezirk Feuerbach, in dem auch beide leben. Seit Abschluss des Projektes nehmen sie ohne die Begleitung am Angebot teil. Die Handarbeitsgruppe hat beide Personen integriert.

Gelungen sind beide Möglichkeiten des Zugangs in die Begegnungsstätten. Aber der Einbezug von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in Begegnungsstätten ist ohne bestimmte Voraussetzungen nicht möglich.

Ältere Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sind in hohem Maße auf ein verlässliches Tagesstrukturangebot und auf feste Ansprechpersonen angewiesen. Die Begegnungsstätten bieten verschiedene tagesstrukturierende Elemente und eine regelmäßig anwesende Fachkraft als Ansprechperson.

Die einzelnen Angebote der Begegnungsstätten werden allerdings von Honorarkräften oder Ehrenamtlichen verantwortet und sind generell nicht auf die Bedarfe älterer Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zugeschnitten. Auch inklusive Angebote für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung erfordern daher die Anwesenheit einer Fachkraft der Behindertenhilfe. Die Fachkräfte aus beiden Disziplinen, der Behinderten- und der Altenhilfe, haben die gemeinsame Aufgabe, die Interessen verschiedener Besuchergruppen zu vermitteln und um Verständnis zu werben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch weitere Gruppen, wie Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen, bereits die Aufmerksamkeit der Fachkraft der Altenhilfe benötigen.

Möchten Menschen mit behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf die Regelangebote einer Begegnungsstätte besuchen, in der nur eine Fachkraft als Ansprechperson für alle Besucher zur Verfügung steht, benötigen sie eine persönliche Assistenz. Dagegen wird davon ausgegangen, dass die Teilnahme an einem von einer Fachkraft der Behindertenhilfe geleiteten inklusiven Angebot ohne individuelle Begleitung möglich ist.

Natürlich können einzelne Menschen mit Behinderung und geringem Unterstützungsbedarf die bestehenden Angebote der Begegnungsstätten auch alleine wahrnehmen.

Menschen mit Behinderung vor dem Übergang in den Ruhestand haben auch über die begleitenden Angebote der WfbM die Möglichkeit, das Angebot der Begegnungsstätte kennenzulernen. Hier entstehen keine zusätzlichen Kosten und auch der Hol- und Bringdienst der Begegnungsstätte ist nicht in Anspruch zu nehmen.

Für Menschen mit Behinderung, die dauerhaft Unterstützung bei der Tagesstruktur benötigen, steht die im Landesrahmenvertrag (nach § 79 Abs. 1 SGB XII) beschriebene Leistung der Eingliederungshilfe „Tagesbetreuung für Erwachsene, in der Regel Senioren“ (§ 53 SGB XII) zur Verfügung. Die Ziele dieser Leistung bestehen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, dem Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten und der Bewältigung alters- und / oder behinderungsbedingter Problemstellungen, der Unterstützung von Angehörigen, Bewältigung psychischer Krisensituationen und Verhinderung von Dekompensation. Diese Tagesstruktur wird als Angebot der Behindertenhilfe, angegliedert an WfbM oder Wohneinrichtungen, vorgehalten.

Wenn diese Leistung individuell notwendig ist, kann sie auch nicht von dem Angebot der Begegnungsstätten ersetzt werden. Auch hier könnte jedoch eine Kooperation und Zusammenarbeit mit den Begegnungsstätten umgesetzt werden.

Mitglieder des Beirats Inklusion - Miteinander Füreinander - haben sich zu der Situation im Ruhestand geäußert (Sonderarbeitsgruppe am 24.10.2010):

„Im Ruhestand ist es vielen Menschen mit Behinderung langweilig, sie haben keine passenden Angebote und sitzen für sich alleine in den Wohnbereichen. Nach der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sollte ein Angebot gestaltet werden, wo die älteren Menschen mit Behinderung sich treffen und etwas gemeinsam unternehmen können. Im Gegensatz zur WfbM sollte die Nutzung aber nicht verpflichtend sein (an fünf Wochentagen), sondern persönlich und tageweise auszuwählen.“

Bei der Gestaltung neuer Förder- und Betreuungsmöglichkeiten ist auf das Konzept zu achten:

„Es ist notwendig, die Konzepte genau zu beschreiben. Wünschenswert sind mehr Angebote zur Bewegung, vor allem im Freien, persönliche und individuelle Möglichkeiten der Tagesgestaltung, generell mehr Unternehmungen im Gemeinwesen und Kontakte nach außen (je nach persönlichen Vorlieben oder Bedürfnissen). Unabhängig von Alter und Schwere der Behinderung sollen die persönlichen Fähigkeiten gefördert und unterstützt werden. Notwendig ist, dass ausreichend Fachpersonal vorhanden ist.“

Deutlich wird in dieser Stellungnahme, dass der Anschluss an das Gemeinwesen, Unternehmungen und Kontakte nach außen einen hohen Stellenwert haben.

#### 5.1.4 Wohnen

Auch älteren Menschen mit geistiger, körperlicher oder mehrfacher Behinderung stehen verschiedene Wohnformen offen (vgl. Kapitel 4.4 Wohnen). Das gemeinsame Wohnen mit Personen ohne Behinderung stellt einen hohen Wert für diese Personengruppe dar, steht jedoch noch am Anfang seiner Entwicklung.

Der Personenkreis der wesentlich behinderten Menschen hat in der Regel Anspruch auf ambulant betreutes Wohnen, begleitetes Wohnen in der Familie oder stationäres Wohnen (als Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII). Das stationäre Wohnen ist die tradierte Form der Eingliederungshilfe. Die Bestrebungen von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in der Landeshauptstadt Stuttgart ambulant betreut zu wohnen, werden von der Sozialverwaltung unterstützt. Dies betrifft sowohl das Wohnen in der eigenen Wohnung als auch das gemeinsame Wohnen in Wohngemeinschaften, die in der Regel von den Leistungserbringern der Landeshauptstadt Stuttgart konzipiert werden. Alle Stuttgarter Leistungserbringer der Behindertenhilfe haben mit der Sozialverwaltung abgestimmte kurz-, mittel- und langfristige Planungen zum weiteren Ausbau des ambulant betreuten Wohnens.

Für den Bereich des ambulant betreuten Wohnens sind die „Eckpunkte für ein Reformgesetz zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe im SGB XII“, die am 25. / 26. November 2009 auf der 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz beschlossen wurden, von besonderer Bedeutung. Darin



werden Weiterentwicklungen zu einem flexiblen Hilfesystem, die Abgrenzung der Eingliederungshilfe von Leistungen der Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege und die Förderung von individuellen Wohnformen und eines inklusiven Sozialraums angeregt.

Diese Themen betreffen sowohl die Weiterentwicklung der Konzepte des stationären Wohnens als auch den weiteren Ausbau des ambulant betreuten Wohnens, das damit einem erweiterten Personenkreis zur Verfügung gestellt werden könnte.

Ausgehend von der UN-Konvention ist nicht allein die Wohnform, sondern die Einbindung in das Gemeinwesen Prüfstein der Inklusion. Die Beseitigung der bestehenden Barrieren und die Weiterentwicklung der sozialräumlichen Entwicklung können als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden.

Dies entspricht auch der Stellungnahme der Mitglieder des Beirats Inklusion - Miteinander Füreinander:

„Beim Wohnen und bei der Lebensgestaltung ist ein Umdenken notwendig! Für Familien und ältere Menschen mit und ohne Handicap sind generationenübergreifende Wohnangebote gut, so dass alle profitieren. Gegenseitige Unterstützung ist dann möglich. Barrierefreiheit ist grundlegend und notwendig für eine Einbindung in das Gemeinwesen. Gerade Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer stehen oftmals vor räumlichen Barrieren, die den Zugang zum Gemeinwesen schwierig machen. (...) Zudem ist es in der Nachbarschaft hilfreich, Menschen oder Familien zu kennen und über diese andere Personen kennenzulernen. Mitarbeiter wohnen selten in der Nähe der Wohngemeinschaften oder Wohnungen der Menschen mit Behinderung, so dass die alltägliche Kontaktaufnahme zum Gemeinwesen über andere Personen nötig ist.“

### 5.1.5 Fazit

Die Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung an der Gesellschaft sollte sich in allen Lebensbereichen vollziehen. Menschen mit Behinderung wünschen sich Inklusion und Teilhabe. Für die Gesellschaft stellt es jedoch immer noch eine Herausforderung dar, diesen Personenkreis selbstverständlich mit einzubeziehen.

Die Anzahl von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ist weiterhin zunehmend, da durch die systematische Ermordung von behinderten Menschen im Nationalsozialismus eine Generation ausgelöscht wurde. In der Landeshauptstadt Stuttgart kann diese Entwicklung u. a. an der steigenden Zahl der Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe (EGH) deutlich gemacht werden: Zum 31.12.2005 gab es 591.550 Einwohner und 2.534 Leistungsempfänger der EGH, zum 31.12.2010 gab es 580.497 Einwohner und 3.100 Leistungsempfänger der EGH. Schon in dieser groben Übersicht wird der Zuwachs deutlich.

Dazu kommt, dass Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung heute älter werden als zuvor (u. a. durch die medizinische Versorgung). Immer mehr Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung werden im Seniorenalter Angebote im Gemeinwesen nutzen. Die Landeshauptstadt Stuttgart begegnet dieser Entwicklung dadurch, dass neben den Angeboten der Eingliederungshilfe auch die Regelangebote für Ältere geöffnet und zugänglich gemacht werden.

## 5.2 Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz

Am 26.06.2009 hat im Rathaus der Landeshauptstadt Stuttgart ein Fachgespräch stattgefunden, bei dem Expertinnen und Experten die Frage diskutierten, wie Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer demenziellen Erkrankung eine optimale Versorgung erhalten können. Die Dokumentation des Fachgesprächs ist im Internet verfügbar ([www.stuttgart.de/Gesundheit&Soziales/Sozial- und Jugendhilfeplanung/Sozialplanung - Menschen mit Behinderung/Publikationen](http://www.stuttgart.de/Gesundheit&Soziales/Sozial- und Jugendhilfeplanung/Sozialplanung - Menschen mit Behinderung/Publikationen)). Bei der Planung von Wohn- und Tagesstrukturangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung werden die spezifischen Bedarfe der an Demenz erkrankten Personen berücksichtigt.

Weitergehend wird die Situation dieses Personenkreises auf einem übergreifenden Fachtag des Netzwerkes Demenz (vgl. Kapitel 4.7 Gerontopsychiatrische Versorgung und Demenz) im Jahr 2012 diskutiert werden.

## 5.3 Handlungsempfehlungen

- Die Kursangebote für ältere Beschäftigte der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) werden über den Treffpunkt Senior weitergeführt. Abhängig vom Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden und der erforderlichen Zahl von Betreuungskräften entstehen pro Kurs Personalkosten von ca. 15.000 EUR (Doppelhaushalt 2012/2013). Falls bei den Wochenendseminaren zusätzliche persönliche Assistenz erforderlich ist, könnten weitere Kosten entstehen. Die WfbM beteiligen sich finanziell aus den Vergütungssätzen oder stellen Fachkräfte für die Kursgestaltung frei. Raumkosten entstehen in der Regel nicht, da auf geförderte Räume zurückgegriffen wird. Von allen Teilnehmenden werden Eigenbeiträge, je nach Länge des Angebots, von bis zu 100 EUR erhoben.
- Die WfbM bieten in Kooperation mit den Begegnungsstätten ein inklusives Gruppenangebot an. Soll für die Beschäftigten der WfbM im Ruhestand, durch eine Kooperation von WfbM und Begegnungsstätte, ein auf die besonderen Bedarfe zugeschnittenes inklusives Gruppenangebot gemacht werden, entstehen Personalkosten für die WfbM in Höhe von bis zu ca. 6.000 EUR (für einen halben Tag pro Woche und Jahr). Dazu sind Fördermittel erforderlich (Doppelhaushalt 2012/2013).
- Begegnungsstätten bieten ein regelmäßiges Tagesstrukturangebot für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Möchten Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Ruhestand die Begegnungsstätte regelmäßig an einzelnen Wochentagen besuchen, so können die Begegnungsstätten inklusive Angebote vorhalten. Die spezifische Fachkompetenz der Behindertenhilfe ist jedoch erforderlich. Auch hier wären Fördermittel in Höhe von bis zu ca. 6.000 EUR (für einen halben Tag pro Woche und Jahr) für die Begegnungsstätte erforderlich (Doppelhaushalt 2012/2013). Auf dieser Finanzierungsbasis könnten Begegnungsstätten sozialraumbezogen, auf die Anregung von Betroffenen oder Angehörigen, ein inklusives Angebot entwickeln (vgl. GRDRs 938/2010 Ergebnisse des KVJS-Projektes „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ in Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung nach ihrem Ausscheiden aus der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)).



# 6 Anhang

## 6.1 Bürgerservice Leben im Alter

Stadtteilbüro/Fachstelle	Stadtbezirk	Straße/Hausnummer	PLZ	Ort	Telefon
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Bad Cannstatt	Bad Cannstatt	Badstraße 9	70372	Stuttgart	0711 216-2548 0711 216-4609 0711 216-4659
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Botnang	Botnang	Klinglerstraße 7	70195	Stuttgart	0711 216-8512
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Degerloch	Degerloch	Epplestraße 32 A	70597	Stuttgart	0711 216-6102
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Feuerbach	Feuerbach	Wilhelm-Geiger-Platz 10	70469	Stuttgart	0711 216-4362
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Mitte/Nord	Mitte	Eberhardstraße 33	70173	Stuttgart	0711 216-3885 0711 216-3950 0711 216-3859
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Möhringen	Möhringen	Vaihinger Straße 49	70567	Stuttgart	0711 216-4928
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Mühlhausen/Münster	Mühlhausen	Arnoldstraße 31	70378	Stuttgart	0711 216-7967 0711 216-5692
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Ost	Ost	Ostendstraße 77	70188	Stuttgart	0711 216-5018 0711 216-2953 0711 216-4017
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Plieningen/Birkach	Plieningen	Filderhauptstraße 155	70599	Stuttgart	0711 216-4986
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Sillenbuch	Sillenbuch	Aixheimer Straße 28	70619	Stuttgart	0711 216-4986
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Süd	Süd	Jella-Lepman-Straße 3	70178	Stuttgart	0711 216-4770 0711 216-4490
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Hedelfingen/Wangen	Untertürkheim	Strümpfelbacher Straße 45	70327	Stuttgart	0711 216-5602
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Ober-/Untertürkheim	Untertürkheim	Strümpfelbacher Straße 45	70327	Stuttgart	0711 216-5605
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Vaihingen	Vaihingen	Rathausplatz 1	70563	Stuttgart	0711 216-4473 0711 216-4576 0711 216-4742
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Weilimdorf	Weilimdorf	Löwen-Markt 1	70499	Stuttgart	0711 216-4357
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro West	West	Bebelstraße 22	70193	Stuttgart	0711 216-7400 0711 216-7473 0711 216-8450
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Zuffenhausen-Rot	Zuffenhausen	Auricher Straße 34	70437	Stuttgart	0711 216-98159
Bürgerservice Leben im Alter - Stadtteilbüro Zuffenhausen/Stammheim	Zuffenhausen	Emil-Schuler-Platz 1	70435	Stuttgart	0711 216-5216
Bürgerservice Leben im Alter - Fachstelle Wohnen und Kurzzeitpflege	Mitte	Eberhardstraße 33	70173	Stuttgart	0711 216-2578
Bürgerservice Leben im Alter - Fachstelle Stationäre Einrichtungen	Mitte	Eberhardstraße 33	70173	Stuttgart	0711 216-3223

## 6.2 Altenerholung

Organisation	Stadtbezirk	Adresse	Telefon
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.	Gesamtes Stadtgebiet	Olgastraße 63, 70182 Stuttgart	0711 210610
Pfarramt für Diakonie - Evangelischer Kirchenkreis Stuttgart	Gesamtes Stadtgebiet	Gymnasiumstr 36, 70174 Stuttgart	0711 20680
Caritasverband für Stuttgart e. V.	Gesamtes Stadtgebiet	Strombergstr 11, 70188 Stuttgart	0711 28090

## 6.3 Begegnungsstätten

Institution	Träger	Anschrift	Telefon	E-Mail	Typ
Begegnungsstätte Seelbergtreff	AWO Stuttgart	Taubenheimstr. 87, 70372 Stuttgart	0711 560149	bgs.seelberg@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Dürrelewang	AWO Stuttgart	Osterbronnstr. 64B, 70565 Stuttgart	0711 749830	bgs.duerrelewang@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Pfostenwäldle im Paul-Hofstetter-Haus	AWO Stuttgart	Pfostenwäldle 25, 70469 Stuttgart	0711 94572604	bgs.feuerbach@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Hallschlag, Altes Waschhaus	AWO Stuttgart	Düsseldorfer Str. 59, 70376 Stuttgart	0711 543536	bgs.hallschlag@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Hedelfingen	AWO Stuttgart	Hedelfinger Str. 163, 70329 Stuttgart	0711 3102676	bgs.hedelfingen@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Luginsland	AWO Stuttgart	Barbarossastr. 50+75, 70327 Stuttgart	0711 339920	junge98@arcor.de	2
Begegnungsstätte Möhringen/ Fasanenhof	AWO Stuttgart	Solferinoweg 7, 70565 Stuttgart	0711 46929627	bgs.fasanenhof@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Obertürkheim, Altes Rathaus	AWO Stuttgart	Uhlbacher Str. 33, 70329 Stuttgart	0711 322891	bgs.obertuerkheim@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Ost	AWO Stuttgart	Ostendstr. 83, 70188 Stuttgart	0711 2868399	bgs.ost@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Süd, Altes Feuerwehrhaus	AWO Stuttgart	Möhringer Str. 56, 70199 Stuttgart	0711 6498994	bgs.sued@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Untertürkheim	AWO Stuttgart	Widdersteinstr. 22, 70327 Stuttgart	0711 332058	bgs.untertuerkheim@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Zuffenhausen	AWO Stuttgart	Lothringer Str. 13A, 70435 Stuttgart	0711 3659376	bgs.zuffenhausen@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Salzäcker	AWO Stuttgart	Widmaierstr. 137	0711 69396862	bgs.salzaecker@awo-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte „Die Brücke	Ev. Gesamtkirchengemeinde Bad Cannstatt	Wilhelmstr. 39, 70372 Stuttgart	0711 5006845	Keine Angabe	2
Begegnungsstätte Degerloch	Degerlocher Frauenkreis e.V.	Große Falterstr. 6, 70597 Stuttgart	0711 7220970	info@degerlocherfrauenkreis.de	2
Begegnungsstätte West der Paul-Gerhardt-Gemeinde	Ev. Paul-Gerhardt-Gemeinde Stuttgart	Rosenbergstr. 192, 70193 Stuttgart	0711 6368689	diakonin@Paul-Gerhardt-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Giebel, Aktionsgemeinschaft Frohes Alter e.V.	Aktionsgemeinschaft Frohes Alter e.V.	Giebelstr. 14, 70499 Stuttgart	0711 8620377	frohosalter-weilimdorf@t-online.de	1

Institution	Träger	Anschrift	Telefon	E-Mail	Typ
Begegnungsstätte Haus auf dem Killesberg, DRK Seniorenzentrum	DRK Kreisverband Stuttgart e.V.	Lenbachstr. 105, 70192 Stuttgart	0711 8996489	mgrohmann@drk-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Haus St. Ulrich	Caritasverband für Stuttgart e.V.	Steinbuttstr. 25, 70378 Stuttgart	0711 849081122	st.ulrich-ergotherapie@caritas-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Heumaden	Arbeitsgemeinschaft Begegnungsstätte Heumaden	Bockelstr. 121, 70619 Stuttgart	0711 442267	Keine Angabe	1
Begegnungsstätte Hofen	Kath. Kirchengemeinde St. Barbara Stuttgart-Hofen	Walchenseestr. 36, 70378 Stuttgart	0711 5301098	St.barbara.hofen@t-online.de	1
Begegnungsstätte im Haus St. Monika	Caritasverband für Stuttgart e.V.	Seeadlerstr. 7, 70378 Stuttgart	0711 9532222	St.monika@caritas-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Münster	Dienste für Menschen	Schussengasse 3, 70376 Stuttgart	0711 5961160	afuss@udfm.de ischurer@udfm.de	2
Begegnungsstätte Kaltental	Ev. Thomasgemeinde Kaltental und Dachswald	Schwarzwaldstr. 7, 70569 Stuttgart	0711 6871711	k-dglaser@web.de	2
Begegnungsstätte Mitte	Ev. Gesellschaft Stuttgart e.V.	Büchsenstr. 34/36, 70174 Stuttgart	0711 2054251 0711 2054250	gabi.keinath@eva-stuttgart.de simone.klement@eva-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Stammheim	Trägergemeinschaft Begegnungsstätte Stammheim	Korntaler Str. 1A, 70439 Stuttgart	0711 98090712	fam-kurz@t-online.de	1
Begegnungsstätte Uhlbach	Ev. Kirchengemeinde Uhlbach	Trollinger Str. 11, 70329 Stuttgart	0711 328705	Pfarramt.uhlbach@elk-wue.de	2
Begegnungsstätte Vaihingen	DRK Kreisverband Stuttgart e.V.	Rathausplatz 3, 70563 Stuttgart	0711 7802489	dvirus@drk-stuttgart.de	1
Begegnungsstätte Wangen	Ev. Kirchengemeinde Wangen	Ulmer Str. 347, 70327 Stuttgart	0711 426133	bgs-s-wangen@web.de	2
Begegnungsstätte Weilimdorf „Haus am Lindenbachsee“	Ev. Altenheimat e. V.	Goslarer Str. 81, 70499 Stuttgart	0711 98980120	a-w-l@seah.de	2
Begegnungsstätte Bischof-Moser-Haus	Caritasverband für Stuttgart e.V.	Wagnerstr. 45, 70182 Stuttgart	0711 2106935	e.haibt@caritas-stuttgart.de	2
Begegnungsstätte Steiggemeinde	Ev. Steigkirchengemeinde Bad Cannstatt	Altenburger Steige 22, 70376 Stuttgart	0711 544406	evang-steigkirchengemeinde@t-online.de	2
Begegnungsstätte Hans Rehn Stift	Eigenbetrieb Leben&Wohnen	Supperstr. 28-32, 70565 Stuttgart	0711 21689525	stephanie.kany@stuttgart.de	2
Seniorentreffpunkt Süd, Fangelsbachtreff	Stuttgarter Frauen e.V.	Fangelsbachstr. 19 A 70180 Stuttgart	0711 606050	stuttgarterfrauenev@yahoo.de	1

Typ 1: Begegnungsstätten mit dem Schwerpunkt „Begegnung und Bildung“, die ehrenamtlich geführt sind.

Typ 2: Begegnungsstätten mit dem Schwerpunkt „Hilfe zur Alltagsbewältigung“ sowie „Begegnung und Bildung“, die hauptamtlich durch eine Fachkraft geleitet wird.

## 6.4 Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Bad Cannstatt	Bad Cannstatt	Wilhelmstraße (Ca)	39	70372	Stuttgart	0711 52089176	Evang. Gesamtkirchengemeinde Bad Cannstatt
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Birkach	Birkach	Alte Dorfstraße	29	70599	Stuttgart	0711 248496-62	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Birkach	Birkach	Alte Dorfstraße	29	70599	Stuttgart	0711 8498583	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Botnang/West	Botnang	Paul-Lincke-Straße	8	70195	Stuttgart	0711 216-8512	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Botnang/West	Botnang	Paul-Lincke-Straße	8	70195	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Degerloch	Degerloch	Große Falterstraße	6	70597	Stuttgart	0711 7651223	Kirchenkreis Stuttgart
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Degerloch	Degerloch	Große Falterstraße	6	70597	Stuttgart	0711 764046	Kirchenkreis Stuttgart
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Feuerbach	Feuerbach	Pfostenwäldle	25	70469	Stuttgart	0711 2054-374	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Feuerbach	Feuerbach	Pfostenwäldle	25	70469	Stuttgart	0711 216-4362/-4357	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Mitte	Mitte	Wagnerstraße	45	70182	Stuttgart	0711 21069-36	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Mitte/Nord	Mitte	Büchsenstraße	34-36	70174	Stuttgart	0711 2054-250	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Mitte/Nord	Mitte	Büchsenstraße	34-36	70174	Stuttgart	0711 2054-250	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Mitte/Süd	Mitte	Wagnerstraße	45	70182	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Mitte/Süd	Mitte	Wagnerstraße	45	70182	Stuttgart	0711 2628034	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Möhringen/Fasanenhof	Möhringen	Solferinoweg	7	70565	Stuttgart	0711 749830	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Möhringen/Fasanenhof	Möhringen	Solferinoweg	7	70565	Stuttgart	0711 46929627	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Neugereut	Mühlhausen	Seeadlerstraße	7	70378	Stuttgart	0711 95322-14	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Obertürkheim	Obertürkheim	Augsburger Straße	555	70329	Stuttgart	0711 32004-31	Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg e. V.



Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Ost	Ost	Ostendstraße	83	70188	Stuttgart	0711 2868399	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Ost	Ost	Ostendstraße	83	70188	Stuttgart	0711 2868399	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Riedenberg	Sillenbuch	Schemppstraße	46	70619	Stuttgart	0711 4579823	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Riedenberg	Sillenbuch	Schemppstraße	46	70619	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Riedenberg	Sillenbuch	Schemppstraße	46	70619	Stuttgart	0711 4579823	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Kaltental	Süd	Fohrenbühlstraße	10	70569	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Kaltental	Süd	Fohrenbühlstraße	10	70569	Stuttgart	(07031) 229126	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Untertürkheim	Untertürkheim	Lindenfelsstraße	36	70327	Stuttgart	0711 216-5605	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Untertürkheim	Untertürkheim	Lindenfelsstraße	36	70327	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Vaihingen (Galileistr.)	Vaihingen	Galileistraße	65	70565	Stuttgart	0711 762639	Diakoniestation Vaihingen
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Vaihingen (Osterbronnstr.)	Vaihingen	Osterbronnstraße	64 B	70565	Stuttgart	0711 749830	AWO Stuttgart
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Weilimdorf	Weilimdorf	Goslarer Straße	79-81	70499	Stuttgart	0711 989801-20	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Weilimdorf	Weilimdorf	Goslarer Straße	79-81	70499	Stuttgart	0711 216-4362	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - West	West	Silberburgstraße	93	70176	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Zuffenhausen	Zuffenhausen	Güglinger Straße	13	70435	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Betreuungsgruppe für Demenzkranke - Zuffenhausen	Zuffenhausen	Güglinger Straße	13	70435	Stuttgart	0711 8701573	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.

Mehrfachnennungen, da unterschiedliche Ansprechpartner

## 6.5 Gesprächsgruppen für pflegende und trauernde Angehörige

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Bad Cannstatt	Bad Cannstatt	Kneippweg	8	70374	Stuttgart	0711 52089176	Trägergemeinschaft
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Demenzkranker Birkach	Birkach	Alte Dorfstraße	29	70599	Stuttgart	0711 8498583	Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V.
Gruppe für pflegende Angehörige Degerloch	Degerloch	Löwenstraße	34	70597	Stuttgart	0711 1335715	Evang. Dekanatamt Degerloch
Gesprächsgruppe 1 für pflegende Angehörige Demenzkranker Stuttgart - gesamt	Mitte	Büchsenstraße	34	70174	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Gesprächsgruppe 2 für pflegende Angehörige Demenzkranker Stuttgart - gesamt	Mitte	Büchsenstraße	34	70174	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Mitte/Nord/Süd	Mitte	Wagnerstraße	35	70182	Stuttgart	0711 21069-17	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Möhringen	Möhringen	Filderbahnstraße	9	70567	Stuttgart	0711 711008	Evang. Pfarramt Möhringen - Martinskirche Nord
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Mühlhausen	Mühlhausen	Mönchfeldstraße	12	70378	Stuttgart	0711 533344	Diakoniestation Bad Cannstatt - Pflegebereich Mühlhausen
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Kaltental	Süd	Fehrenbühlstraße	10	70569	Stuttgart	0711 2054-374	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Vaihingen	Vaihingen	Katzenbachstraße	30 A	70563	Stuttgart	0711 7373316	Diakoniestation Stuttgart-Filder gGmbH
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Wangen	Wangen	Ulmer Straße	347	70327	Stuttgart	0711 4567295	Evang. Pfarramt Wangen I - West
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Giebel	Weilimdorf	Giebelstraße	32	70499	Stuttgart	0711 863182	Diakoniestation Weilimdorf
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Weilimdorf/Feuerbach	Weilimdorf	Ludmannstraße	10	70499	Stuttgart	0711 863182	Diakoniestation Weilimdorf
Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige Zuffenhausen	Zuffenhausen	Ilfelder Straße	10	70435	Stuttgart	0711 871410	Diakonische Bezirksstelle Zuffenhausen

angegeben ist hier der Gruppentreffpunkt

## 6.6 Mobile Soziale Dienste

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
AWO Begegnungs- und Servicezentrum Hallschlag „Altes Waschhaus“	Bad Cannstatt	Düsseldorfer Straße	59	70376	Stuttgart	0711 543536	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
DRK - Zentrum Mobile Dienste	Bad Cannstatt	Bellingweg	16 A	70372	Stuttgart	0711 2808-215	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V.
Arbeitspäd. Selbsthilfe - APSH - Sozialunternehmen Ambulante Dienste (SAD)	Ost	Ulmer Straße	173	70188	Stuttgart	0711 22996-50	Sozialunternehmen Ambulante Dienste gGmbH
AWO Begegnungs- und Servicezentrum Am Ostendplatz - Mobile Soziale Dienste (MSD)	Ost	Ostendstraße	83	70188	Stuttgart	0711 2868399	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
AWO Begegnungs- und Servicezentrum Altes Feuerwehrhaus - Mobile Soziale Dienste (MSD)	Süd	Möhringer Straße	56	70199	Stuttgart	0711 6498994	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
Malteser Hilfsdienst e.V. - MHD - Mobile Soziale Dienste (MSD)	Wangen	Ulmer Straße	231	70327	Stuttgart	0711 92582-10	Malteser Hilfsdienst e. V.
Malteser Hilfsdienst e. V. - Stadtgeschäftsstelle Stuttgart	Wangen	Ulmer Straße	231	70327	Stuttgart	0711 92582-13	Malteser Hilfsdienst e. V.
Wohlfahrtswerk - Mobile Dienste	West	Silberburgstraße	93	70176	Stuttgart	0711 505308-490	Wohlfahrtswerk Altenhilfe gGmbH
AWO Begegnungs- und Servicezentrum Zuffenhausen - Mobile Soziale Dienste (MSD)	Zuffenhausen	Lothringer Straße	13 A	70435	Stuttgart	0711 987928-12	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.

## 6.7 Pflegedienste

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Ambulanter Pflegedienst Harmonie	Bad Cannstatt	Voltastraße	57	70376	Stuttgart	0711 2484920	gewerblich
Ambulanter Pflegedienst Impuls	Bad Cannstatt	Prießnitzweg	1	70374	Stuttgart	0711 88262-33	gewerblich
Anna Haag Mobil - Ambulanter Pflegedienst	Bad Cannstatt	Martha-Schmidt-mann-Straße	16	70374	Stuttgart	0711 95255-610	Anna Haag Mehrgenerationenhaus e. V.
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Bad Cannstatt	Bad Cannstatt	Wilhelmstraße (Ca)	6	70372	Stuttgart	0711 550385-40	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
DRK - Zentrum Mobile Dienste - Häuslicher Pflegedienst	Bad Cannstatt	Bellingweg	16 A	70372	Stuttgart	0711 2808-215	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V.
Häusliche Pflege psychisch kranker Menschen - Caritasverband für Stuttgart e. V.	Bad Cannstatt	Wildunger Straße	53 A	70372	Stuttgart	0711 5920416	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Kath. Sozialstation Stuttgart - Pflegegruppe Neckar	Bad Cannstatt	Posener Straße	2	70374	Stuttgart	0711 566832	Kath. Gesamtkirchenpflege Neckar
Pflegeteam M.A.I.	Bad Cannstatt	Waiblinger Straße	9	70372	Stuttgart	0711 9005169	gewerblich
Diakoniestation Filder - Pflegebereich Plieningen-Birkach	Birkach	Filderhauptstraße	14 A	70599	Stuttgart	0711 451163	Diakoniestation Stuttgart-Filder gGmbH
ProPflege24 - Ambulante Alten- und Krankenpflege	Birkach	Grüninger Straße	2	70599	Stuttgart	0711 4597761	gewerblich
DOKA Pflegedienst GmbH	Botnang	Griegstraße	27 B	70195	Stuttgart	0711 4706065	gewerblich
Nadja - Ambulanter Pflegedienst	Botnang	Nöllenstraße	11	70195	Stuttgart	0711 67418721	gewerblich
Pflegedienst Sonnenwinkel	Botnang	Paul-Lincke-Straße	41	70195	Stuttgart	0711 634929	gewerblich
Pflegedienst Stuttgart-West Richard Viziotis	Botnang	Förstlerstraße	18	70195	Stuttgart	0711 692790	gewerblich
PPS Privatpflegedienst Sivic	Botnang	Claire-Waldoff-Weg	2 A	70195	Stuttgart	0711 6336437	gewerblich
Diakoniestation Filder - Pflegebereich Degerloch	Degerloch	Große Falterstraße	6	70597	Stuttgart	0711 762184	Diakoniestation Stuttgart-Filder gGmbH
Pflegedienst Parität	Degerloch	Hoffeldstraße	215	70597	Stuttgart	0711 72066-0	Paritätische Sozialdienste gGmbH
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Feuerbach	Feuerbach	Föhrichstraße	1	70469	Stuttgart	0711 851797	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
Häusliche Beatmung und Intensivpflege - Schäfer Care	Feuerbach	Hohnerstraße	23	70469	Stuttgart	0711 18741-0	gewerblich
Interkultureller Pflegedienst CAN	Feuerbach	Sankt-Pöltener-Straße	64	70469	Stuttgart	0711 57769333	gewerblich
Pflegeteam Günter Engel	Feuerbach	Burgenlandstraße	88	70469	Stuttgart	0711 856303	gewerblich
Senioren-Pflegedienst Kannt GmbH	Feuerbach	Mauserstraße	20	70469	Stuttgart	0711 136701-0	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Vereinigte Hilfen Stuttgart - "Wir für Euch e. V."	Feuerbach	Thomastraße	65	70192	Stuttgart	0711 854246	Wir für Euch e. V.
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Hedelfingen	Hedelfingen	Amstetter Straße	23	70329	Stuttgart	0711 421050	Evang. Kirchenkreis Stuttgart

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Elite GbR - Ambulante Kranken- und Seniorenbetreuung	Mitte	Weberstraße	39	70182	Stuttgart	0711 51889154	gewerblich
Häusliche Krankenpflege Bettina Ostertag GbR	Mitte	Marienstraße	34	70178	Stuttgart	0711 6400830	gewerblich
Indiv. Schwerstbehinderten Assistenz ISA - Evang. Gesellschaft	Mitte	Büchsenstraße	34	70174	Stuttgart	0711 2054-363	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Pflegedienst Arbeiterwohlfahrt Stuttgart - AWO	Mitte	Olgastraße	63	70182	Stuttgart	0711 21061-58	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
appie - Ambulanter Privater Pflegedienst Jenewein & Hiller	Möhringen	Leinenweberstraße	62	70567	Stuttgart	0711 7189708	gewerblich
Diakoniestation Möhringen - Sonnenberg - Fasanenhof	Möhringen	Filderbahnstraße	9	70567	Stuttgart	0711 711008	Evang. Kirchenpflege Möhringen
Pflegedienst Wohnanlage Fasanenhof	Möhringen	Laubeweg	1	70565	Stuttgart	0711 97162-15	Wohnanlage Fasanenhof gGmbH
Villa Probst - Ambulanter Pflegedienst	Möhringen	Vaihinger Straße	123	70567	Stuttgart	0711 2204424	gewerblich
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Mühlhausen	Mühlhausen	Mönchfeldstraße	12	70378	Stuttgart	0711 533344	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
Kath. Sozialstation St. Monika	Mühlhausen	Seeadlerstraße	7	70378	Stuttgart	0711 95322-1400	Caritasverband für Stuttgart e. V.
MediArt Ambulanter Pflege- und Fahrdienst GbR	Mühlhausen	Flamingoweg	1 - 3	70378	Stuttgart	0711 50624850	gewerblich
Pflegeteam GbR - Medizinisches Zentrum Mönchfeld	Mühlhausen	Hechtstraße	66	70378	Stuttgart	0711 849495-350	gewerblich
Serafin - Ambulanter Pflegedienst	Mühlhausen	Flamingoweg	1	70378	Stuttgart	0711 38958088	gewerblich
Vitamed Ambulante Pflege	Mühlhausen	Max-Brod-Weg	12	70437	Stuttgart	0711 8491673	gewerblich
Pflegestift Münster - Ambulanter Pflegedienst	Münster	Schussengasse	3	70376	Stuttgart	0711 5961150	Dienste für Menschen gGmbH
Privater Pflegedienst Maurer	Münster	Murgtalstraße	23	70376	Stuttgart	0711 5405538	gewerblich
Ambulanter Pflegedienst Wadim GbR	Nord	Rosensteinstraße	29	70191	Stuttgart	0711 284619-0	gewerblich
Kath. Sozialstation Stuttgart - Pflegegruppe West	Nord	Tunzhofer Straße	14	70191	Stuttgart	0711 6365294	Kath. Gesamtkirchenpflege Stuttgart
Veritas - Häusliche Pflege von Menschen für Menschen	Nord	Friedhofstr.	27 B	70191	Stuttgart	0711 2844310	gewerblich
Haus am Weinberg - Ambulante Dienste	Obertürkheim	Augsburger Straße	555	70329	Stuttgart	0711 32004-0	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Augustina Pflegedienst	Ost	Ameisenbergstraße	29	70188	Stuttgart	0711 2845680	gewerblich
Diakoniestation Stuttgart - Pflegebereich Mitte/Ost	Ost	Schönbühlstraße	2	70188	Stuttgart	0711 2628034	Evang. Gesamtkirchengemeinde Stuttgart
Kath. Sozialstation Stuttgart - Pflegegruppe Ost	Ost	Werastraße	118	70190	Stuttgart	0711 264320	Kath. Gesamtkirchenpflege Stuttgart
Mobilcor - Häusliche Alten- und Krankenpflege	Ost	Ostendstraße	117	70188	Stuttgart	0711 6749844	gewerblich
Mobilitas - Häusliche Alten- und Krankenpflege	Ost	Haußmannstraße	227	70188	Stuttgart	0711 2858930	gewerblich

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Pflegedienst der Olgaschwwestern	Ost	Hackstraße	60	70190	Stuttgart	0711 305893-420	Diakonissenmutterhaus der Olgaschwwestern
Pflegedienst Sonja	Ost	Libanonstraße	74	70184	Stuttgart	0711 6555566	gewerblich
Pflegedienst Wohnprojekt Villastraße	Ost	Villastraße	1 A	70190	Stuttgart	0711 2864700	Körperbehindertenverein Stuttgart e. V. - KBV
Wohlfühlpflege Stuttgart - Ambulanter Pflegedienst	Ost	Neuffenstraße	21	70188	Stuttgart	0711 2296089	gewerblich
Wohnprojekt Villastraße 1 A - Körperbehindertenverein Stuttgart	Ost	Villastraße	1 A	70190	Stuttgart	0711 2864700	Siedlungswerk GmbH
Ambulanter Pflegedienst Steinvorth	Plieningen	Schießhausstraße	7 B	70599	Stuttgart	0711 7084101	gewerblich
Pflege und Betreuung Bettler GbR	Plieningen	Wollgrasweg	31	70599	Stuttgart	0711 75864586	gewerblich
Ambulanter Pflegedienst Gaetana Kempf GmbH	Sillenbuch	Bernsteinstraße	100	70619	Stuttgart	0711 4780520	gewerblich
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Ökumenischer Pflegebereich Sillenbuch	Sillenbuch	Gosheimer Weg	9 A	70619	Stuttgart	0711 459992-42	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
Pflegedienst Augustinum Stgt.-Sillenbuch	Sillenbuch	Florentiner Straße	20	70619	Stuttgart	0711 4702-8004	Collegium Augustinum
Diakoniestation Zuffenhausen - Stammheim	Stammheim	Tafelweg	4	70439	Stuttgart	0711 801456	Evang. Dekanatamt Zuffenhausen
Diakoniestation Stuttgart - Pflegebereich Markus-Süd	Süd	Böblinger Straße	86	70199	Stuttgart	0711 6405808	Evang. Gesamtkirchengemeinde Stuttgart
INOVA Häusliche Pflege Stuttgart GmbH	Süd	Frauenstraße	6	70199	Stuttgart	0711 601722-0	gewerblich
Kath. Sozialstation Stuttgart - Pflegegruppe Mitte/Süd	Süd	Finkenstraße	34	70199	Stuttgart	0711 240882	Kath. Gesamtkirchhenpflege Stuttgart
SHD Senioren- und Familienhilfsdienst GmbH & Co. KG	Süd	Ruggerstraße	21	70569	Stuttgart	0711 870500-15	gewerblich
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Untertürkheim	Untertürkheim	Großglocknerstraße	3	70327	Stuttgart	0711 332489	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
Häusliche Kranken- und Altenpflege Mitrovski	Untertürkheim	Erikastraße	2	70327	Stuttgart	0711 365446-0	gewerblich
Ambulante Alten- und Krankenpflege Hölzemer	Vaihingen	Am Wallgraben	99	70565	Stuttgart	0711 2525-295	gewerblich
Beasus - Seniorenbetreuung	Vaihingen	Katzenbachstraße	34	70563	Stuttgart	0711 7354829	gewerblich
Diakoniestation Filder - Pflegebereich Vaihingen	Vaihingen	Katzenbachstraße	30 A	70563	Stuttgart	0711 737331-71	Diakoniestation Stuttgart-Filder gGmbH
Haus Rohrer Höhe - Ambulanter Pflegedienst	Vaihingen	Musberger Straße	52	70565	Stuttgart	0711 216-89-535	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
IRIS Pflege-Service	Vaihingen	Schönbuchstraße	63	70565	Stuttgart	0711 12890153	gewerblich
Kath. Sozialstation Stuttgart-Filder	Vaihingen	Möhringer Landstraße	98	70563	Stuttgart	0711 782409820	Kath. Gesamtkirchhenpflege Filder

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Malteser Hilfsdienst e. V. - MHD - Ambulante Pflege	Wangen	Ulmer Straße	231	70327	Stuttgart	0711 92582-13	Malteser Hilfsdienst e. V.
Pflegeteam Lutz Neugebauer	Wangen	Ulmer Straße	351	70327	Stuttgart	0711 4072936	gewerblich
Diakoniestation Ev. Kirchenkreis Stgt. - Pflegebereich Weilimdorf	Weilimdorf	Giebelstraße	32	70499	Stuttgart	0711 863182	Evang. Kirchenkreis Stuttgart
H.P.A - Häuslicher Pflegedienst AIDA	Weilimdorf	Engelbergstraße	46	70499	Stuttgart	0711 4695223	gewerblich
Pflegeteam Michaela Neumann	Weilimdorf	Pforzheimer Straße	284	70499	Stuttgart	0711 8874134	gewerblich
24Krankenpflege	West	Seidenstraße	51	70174	Stuttgart	0711 9964342	gewerblich
Diakoniestation Stuttgart - Pflegebereich Botnang/West	West	Vogelsangstraße	58	70197	Stuttgart	0711 6366314	Evang. Gesamtkirchengemeinde Stuttgart
Diakoniestation Stuttgart - Pflegebereich Seidenstrasse/Nord	West	Seidenstraße	73	70174	Stuttgart	0711 2264429	Evang. Gesamtkirchengemeinde Stuttgart
Domus - Pflegedienst GbR	West	Silberburgstraße	129 A	70176	Stuttgart	0711 3514136	gewerblich
Freie Altenarbeit e. V. Stuttgart - Ambulante Pflege	West	Ludwigstraße	41	70176	Stuttgart	0711 632266	Freie Altenarbeit e. V. - gemeinnützig
Germanitas - Pflegedienst - Soziale Dienste UG (haftungsbeschränkt)	West	Ludwigstraße	55 C	70176	Stuttgart	0711 2627696	gewerblich
Home Care - Ambulanter Pflegedienst	West	Reinsburgstraße	222	70197	Stuttgart	0711 34228930	gewerblich
MEDI VARIO - Mobiler Pflegedienst	West	Silberburgstraße	126	70176	Stuttgart	0711 68689640	gewerblich
respiro OHG - Ambulanter Pflegedienst, Beatmung und Intensivpflege	West	Senefelderstraße	109	70176	Stuttgart	0711 7223244-7	gewerblich
Ambulanter Pflegedienst Mihaela Koch	Zuffenhausen	Frauenstegstraße	45	70435	Stuttgart	0711 3581574	gewerblich
Diakoniestation Zuffenhausen	Zuffenhausen	Ilfsfelder Straße	10	70435	Stuttgart	0711 8701573	Evang. Dekanatamt Zuffenhausen
Eise-Heydlauf-Stiftung - Mobile Dienste Wohlfahrtswerk	Zuffenhausen	Mönchsbergstraße	111	70435	Stuttgart	0711 87006-78	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Kath. Sozialstation Stuttgart - Pflegegruppe Nord	Zuffenhausen	Besigheimer Straße	19	70435	Stuttgart	0711 2685757	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Pflegeteam BEN	Zuffenhausen	Besigheimer Straße	26	70435	Stuttgart	0711 5050170	gewerblich
Riviera - ambulanter Pflegedienst	Zuffenhausen	Gottfried-Keller-Straße	23	70435	Stuttgart	0711 8709292	gewerblich



## 6.8 Tagespflege

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Seniorenzentrum Schönberg - Tagespflege	Birkach	Röhringweg	3	70599	Stuttgart	0711 47004-144	Bruderhaus Diakonie
DOKA Pflegedienst - Tagespflege	Botnang	Griegstraße	27 B	70195	Stuttgart	0711 4706065	gewerblich
Pflegezentrum Karl-Wacker-Heim - Tagespflege	Botnang	Vaihinger Landstraße	123	70195	Stuttgart	0711 699546-0	Evangelische Heimstiftung e. V.
Pflegeteam Günter Engel - Tagespflege Villa Kunterbunt	Feuerbach	Burgenlandstraße	90	70469	Stuttgart	0711 856303	gewerblich
Seniorenzuhause Haus Martin - Tagespflege	Feuerbach	Maybachstraße	32	70469	Stuttgart	0711 252620	gewerblich
Seniorenzentrum Am Pfostenwäldle - Tagespflege	Feuerbach	Pfostenwäldle	25	70469	Stuttgart	0711 880269-0	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V.
Generationenzentrum Sonnenberg - Tagespflege	Möhringen	Laustraße	15	70597	Stuttgart	0711 76722-27	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Altenwohnanlage Haus St. Monika - Tagespflege	Mühlhausen	Seeadlerstraße	7	70378	Stuttgart	0711 95322-74	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Haus St. Ulrich - Tagespflege	Mühlhausen	Steinbuttstraße	25	70378	Stuttgart	0711 84908-1012	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Pflegestift Münster - gerontopsychiatrische Tagespflege	Münster	Schussengasse	1	70376	Stuttgart	0711 5961-221	Dienste für Menschen gGmbH
Haus am Weinberg - Tagespflege	Obertürkheim	Augsburger Straße	555	70329	Stuttgart	0711 32004-30	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Gradmann Haus - Zentrum für Demenzkranke - Tagesbetreuung	Süd	Fohrenbühlstraße	10	70569	Stuttgart	0711 686877-23	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Diakonie-Tagespflege	Vaihingen	Vaihinger Markt	14	70563	Stuttgart	0711 9974210	Diakoniestation Stuttgart-Filder gGmbH
Haus Rohrer Höhe - Tagespflege	Vaihingen	Musberger Straße	52	70565	Stuttgart	0711 216-89577	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Altenwohnanlage Am Lindendachsee - Tagespflege	Weilimdorf	Goslarer Straße	79	70499	Stuttgart	0711 989801-58	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Ludwigstift - Tagespflege	West	Silberburgstraße	91	70176	Stuttgart	0711 505308-486	Wohlfahrtswerk Altenhilfe gGmbH
Eise-Heydlauf-Stiftung - Tagespflege	Zuffenhausen	Mönchsbergstraße	111	70435	Stuttgart	0711 87006-35	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.



## 6.9 Pflegeheime

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Altenburgheim	Bad Cannstatt	Gleißbergstraße	2	70376	Stuttgart	0711 54002-40	Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg e. V.
Anna Haag Mehrgenerationenhaus	Bad Cannstatt	Martha-Schmidtman-Straße	16	70374	Stuttgart	0711 95255-908	Anna Haag Mehrgenerationenhaus e. V.
Liebfrauenheim	Bad Cannstatt	Wildunger Straße	53	70372	Stuttgart	0711 95570-37	St. Anna gGmbH
Pflegeheim Brunnenstraße - Evang. Verein für diakonische Arbeit e. V.	Bad Cannstatt	Brunnenstraße	57	70372	Stuttgart	0711 55341-1028	Evangelischer Verein - Verein für diakonische Arbeit e. V.
Seniorenresidenz Concordia - Pflegeheim	Bad Cannstatt	Frösnerstraße	6	70372	Stuttgart	0711 9079608	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Villa Seckendorff	Bad Cannstatt	Freiligrathstraße	3	70372	Stuttgart	0711 530697-240	Bruderhaus Diakonie
Nikolaus-Cusanus-Haus	Birkach	Törlesäckerstraße	9	70599	Stuttgart	0711 4583-801	Freies Altenheim e. V., Nikolaus-Cusanus-Haus
Seniorenzentrum Schönberg	Birkach	Röhrlingweg	3	70599	Stuttgart	0711 47004-113	Bruderhaus Diakonie
Pflegezentrum Karl-Wacker-Heim	Botnang	Vaihinger Landstraße	123	70195	Stuttgart	0711 699546-0	Evangelische Heimstiftung e. V.
Haus auf der Waldau	Degerloch	Jahnstraße	68-70	70597	Stuttgart	0711 7684-137	Evangelische Heimstiftung e. V.
Lothar-Christmann-Haus	Degerloch	Hoffeldstraße	215	70597	Stuttgart	0711 72066-151	Paritätische Sozialdienste gGmbH
Richard-Bürger-Heim	Feuerbach	Sankt-Pöltener-Straße	29	70469	Stuttgart	0711 120653-441	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Seniorenendomisil Haus Martin	Feuerbach	Maybachstraße	32	70469	Stuttgart	0711 252620	gewerblich
Seniorenresidenz am Feuerbach	Feuerbach	Stuttgarter Straße	33	70469	Stuttgart	0711 49055-0	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Seniorenzentrum Am Pfostenwäldle	Feuerbach	Pfostenwäldle	25	70469	Stuttgart	0711 85976-0	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V.
Emma-Reichle-Heim	Hedelfingen	Rohrackerstraße	172	70329	Stuttgart	0711 40203-0	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
AWO-Seniorenzentrum Fasanenhof	Möhringen	Solferinoweg	7	70565	Stuttgart	0711 699890-0	AWO Sozial gGmbH
Generationenzentrum Sonnenberg	Möhringen	Laustraße	15	70597	Stuttgart	0711 76722-16	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Haus St. Barbara	Möhringen	Probststr.	39	70567	Stuttgart	0711 761640-510	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Pflegezentrum Bethanien	Möhringen	Onstmettinger Weg	35	70567	Stuttgart	0711 7184-2502	Evangelische Diakonissenanstalt Stuttgart
Seniorenzentrum Salzäcker	Möhringen	Widmaierstraße	137	70567	Stuttgart	0711 727241-0	AWO Sozial gGmbH
Villa Probst	Möhringen	Vaihinger Straße	123	70567	Stuttgart	0711 7801318	gewerblich

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Caritas - Alten- und Pflegeheim Haus St. Ulrich	Mühlhausen	Steinbuttstraße	25	70378	Stuttgart	0711 84908-1012	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Haus St. Monika	Mühlhausen	Seeadlerstraße	7	70378	Stuttgart	0711 95322-2500	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Wohnstift Mönchfeld - Susanne-Urban-Haus	Mühlhausen	Flundernweg	14	70378	Stuttgart	0711 84909-0	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Pflegestift Münster	Münster	Schussengasse	3	70376	Stuttgart	0711 5961-112	Dienste für Menschen gGmbH
Haus auf dem Killenberg - Seniorenzentrum	Nord	Lenbachstraße	105	70192	Stuttgart	0711 8996-492	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V.
Hilde- und Eugen-Krempel-Haus	Nord	Tiergartenweg	8	70174	Stuttgart	0711 2042-152	Diakoniewerk Martha-Maria gGmbH
Regine-Köhler-Heim	Nord	Relenbergstraße	90	70174	Stuttgart	0711 2022-160	Württ. Schwesternschaft vom Roten Kreuz e. V.
Seniorenzentrum Am Birkenwald	Nord	Birkenwaldstr.	19	70191	Stuttgart	0711 25972-440	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Seniorenzentrum Martha-Maria	Nord	Tiergartenweg	3	70174	Stuttgart	0711 2042-152	Diakoniewerk Martha-Maria gGmbH
Haus am Weinberg	Obertürkheim	Augsburger Straße	555	70329	Stuttgart	0711 32004-0	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Haus Morgenstern	Ost	Gänsheidestraße	100	70186	Stuttgart	0711 1640-3	Sozialwerk der Christengemeinschaft Baden-Württemberg e. V.
Haus Veronika	Ost	Gänsheidestraße	49	70184	Stuttgart	0711 2136-547	Vinzenz von Paul gGmbH
Karl-Olga-Altenpflege GmbH	Ost	Fuchseckstraße	8	70188	Stuttgart	0711 1680-155	Bruderhaus Diakonie
Parkheim Berg	Ost	Ottostraße	10	70190	Stuttgart	0711 1663-717	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Seniorenresidenz Sillenbacher Markt	Sillenbuch	Kirchheimer Straße	130	70619	Stuttgart	0711 47620-0	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Schloß Stammheim - Evang. Altenheimat	Stammheim	Kornwestheimer Straße	21	70439	Stuttgart	0711 80908-212	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Stiftung Evangelische Altenheimat - Luise-Schleppe-Haus	Stammheim	Kornwestheimer Straße	30	70439	Stuttgart	0711 80908-212	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Eduard-Mörike-Seniorenwohnanlage	Süd	Humboldtstraße	3	70178	Stuttgart	0711 6452-18	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Generationenhaus Süd/Heslach	Süd	Gebrüder-Schmid-Weg	13	70199	Stuttgart	0711 674473-46	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Generationenhaus Süd/Heslach - Junge Pflege	Süd	Gebrüder-Schmid-Weg	13	70199	Stuttgart	0711 674473-46	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Gradmann Haus - Zentrum für Demenzkranke	Süd	Föhrenbühlstraße	10	70569	Stuttgart	0711 686877-0	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Haus am Bopser	Süd	Olgastraße	123	70180	Stuttgart	0711 605763	gewerblich
Haus Martinus	Süd	Olgastraße	93 A	70180	Stuttgart	0711 9670-113	Caritasverband für Stuttgart e. V.

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Wichernhaus	Süd	Freudenstädter Straße	30	70569	Stuttgart	0711 6868748-21	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Paul-Collmer-Heim	Untertürkheim	Bertramstraße	23	70327	Stuttgart	0711 3059-799/-0	Evangelische Heimstiftung e. V.
Hans Rehn Stift	Vaihingen	Supperstraße	28-30	70565	Stuttgart	0711 216-89522	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Pflegeheim Filderhof	Vaihingen	Herrenberger Straße	29	70563	Stuttgart	0711 216-89161	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Generationenzentrum Kornhasen - Willy-Körner-Haus	Wangen	Jägerhalde	7	70327	Stuttgart	0711 489998-77	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Altenwohnanlage am Lindenbachsee	Weilimdorf	Goslarer Straße	79	70499	Stuttgart	0711 989801-10	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Olgaheim - Stiftung Frauenheim	West	Johannesstraße	4	70176	Stuttgart	(0711 ) 669545	Stiftung Frauenheim Stuttgart
Pflegeheim Ludwigstift	West	Silberburgstraße	89	70176	Stuttgart	0711 505308-450	Wohlfahrtswerk AltenhilfegGmbH
Württembergisches Lutherstift	West	Silberburgstraße	27	70176	Stuttgart	0711 22913-0	Evangelische Heimstiftung e. V.
Zamenhof	West	Zamenhofstraße	32	70197	Stuttgart	0711 216-88554	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Else-Heydlauf-Stiftung	Zuffenhausen	Mönchsbergstraße	111	70435	Stuttgart	0711 87006-50	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Haus Adam-Müller-Guttenbrunn	Zuffenhausen	Auricher Straße	36	70437	Stuttgart	0711 84908-1012	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Samariterstift Zuffenhausen	Zuffenhausen	Markgröninger Straße	39	70435	Stuttgart	0711 987932-113	Samariterstiftung Nürtingen

## 6.10 Betreute Seniorenwohnungen

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Betreute Seniorenwohnungen - Bahnhofstraße 21	Bad Cannstatt	Bahnhofstraße	21	70372	Stuttgart	0711 9548480	Kunzi GbR
Betreute Seniorenwohnungen - Nauheimer Straße 2 - Evang. Verein	Bad Cannstatt	Nauheimer Straße	2	70372	Stuttgart	0711 55341-0	Evangelischer Verein - Verein für diakonische Arbeit e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Überkinger Straße 19 - Evang. Verein	Bad Cannstatt	Überkinger Straße	19	70372	Stuttgart	0711 55341-0	Evangelischer Verein - Verein für diakonische Arbeit e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Überkinger Straße 42 - Evang. Verein	Bad Cannstatt	Überkinger Straße	42	70372	Stuttgart	0711 55341-0	Evangelischer Verein - Verein für diakonische Arbeit e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Villa Seckendorff	Bad Cannstatt	Freiligrathstraße	3	70372	Stuttgart	0711 530697-240	Stadt Ostfildern
Betreute Seniorenwohnungen - Wilhelmstraße 39 - Evang. Verein	Bad Cannstatt	Wilhelmstraße (Ca)	39	70372	Stuttgart	0711 55341-1028	Evangelischer Verein - Verein für diakonische Arbeit e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Nikolaus-Cusanus-Haus	Birkach	Törlesäckerstraße	9	70599	Stuttgart	0711 4583-0	Freies Altenheim e. V., Nikolaus-Cusanus-Haus
Betreute Seniorenwohnungen - Claire-Waldoff-Weg 2 A	Botnang	Claire-Waldoff-Weg	2A	70195	Stuttgart	0711 63676-0	GWG Gesellsch. f. Wohnungs- und Gewerbebau Ba-Wü
Betreute Seniorenwohnungen - Karl-Wacker-Heim	Botnang	Vaihinger Landstraße	123	70195	Stuttgart	0711 699546-0	Evangelische Heimstiftung e. V.
Betreute Seniorenwohnung - Seniorenhausgemeinschaft Degerloch	Degerloch	Epplestraße	44	70597	Stuttgart	0711 28055535	Samariterstiftung Nürtingen
Betreute Seniorenwohnungen - Jahnstraße 14	Degerloch	Jahnstraße	14	70597	Stuttgart	0711 1367890	SWSG - Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft
Betreute Seniorenwohnungen - Lothar-Christmann-Haus	Degerloch	Hoffeldstraße	215	70597	Stuttgart	0711 72066-0	Paritätische Sozialdienste gGmbH
Betreute Seniorenwohnungen - Schöttlestraße 12	Degerloch	Schöttlestraße	12	70597	Stuttgart	0711 825012	Baugenossenschaft Friedenau
Betreute Seniorenwohnungen - Seniorenzentrum Am Pfostenwäldle	Feuerbach	Pfostenwäldle	25	70469	Stuttgart	0711 880269-0	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Stuttgarter Straße 33 - 35	Feuerbach	Stuttgarter Straße	33	70469	Stuttgart	0711 954848-0	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Emma-Reichle-Heim	Hedelfingen	Rohrackerstraße	172	70329	Stuttgart	0711 40203-0	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Betreute Seniorenwohnungen - Firnhaberstraße 9	Mitte	Firnhaberstraße	9	70174	Stuttgart	0711 22836-32	Israelitische Religionsgemeinschaft Württemberg
Betreute Seniorenwohnungen - Staffenbergstraße 48	Mitte	Staffenbergstraße	50	70184	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Wagnerstraße 35	Mitte	Wagnerstraße	35	70182	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Weberstraße 43	Mitte	Weberstraße	43	70182	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Burgfelder Straße 3	Möhringen	Burgfelder Straße	3	70567	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samariter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Seniorenzentrum Salzäcker	Möhringen	Widmaierstraße	137	70567	Stuttgart	0711 727241-0	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Vaihinger Straße 80/82	Möhringen	Vaihinger Straße	80	70567	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/Arbeiter-Samariter-Bund

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Haus St. Barbara	Möhringen	Probstr.	39	70567	Stuttgart	0711 761640-510	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Haus St. Monika	Mühlhausen	Seeadlerstraße	9	70378	Stuttgart	0711 95322-25	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Wohnstift Münster	Münster	Schussengasse	5	70376	Stuttgart	0711 5961-0	Dienste für Menschen gGmbH
Augustinum Seniorenresidenz Stuttgart-Killesberg	Nord	Oskar-Schlemmer-Straße	5	70191	Stuttgart	0711 58531-922	Augustinum gGmbH
Betreute Seniorenwohnungen - Haus auf dem Killesberg	Nord	Lenbachstraße	105	70192	Stuttgart	0711 8996-493	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Haus Rosenstein	Nord	Nordbahnhofstraße	61	70191	Stuttgart	0711 2843787	privat
Betreute Seniorenwohnungen - Relenbergstrasse 82 + 86	Nord	Relenbergstraße	82	70174	Stuttgart	0711 2022-108	Württ. Schwesternschaft vom Roten Kreuz e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Wolframstraße 64 C	Nord	Wolframstraße	64C	70191	Stuttgart	0711 251249	SWSG - Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft
Seniorenzentrum Am Birkenwald	Nord	Birkenwaldstr.	19	70191	Stuttgart	0711 25972-440	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Haus am Weinberg - Augsburgers Straße 555	Obertürkheim	Augsburger Straße	555	70329	Stuttgart	0711 32004-0	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Haus am Weinberg - Bergstaffelstraße 5	Obertürkheim	Bergstaffelstraße	5	70329	Stuttgart	0711 32004-0	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Fuchseckstraße 10 - 14	Ost	Fuchseckstraße	10	70188	Stuttgart	0711 94541-100	Bau- und Wohlfahrtsverein Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Kuhnstraße 8	Ost	Kuhnstraße	8	70190	Stuttgart	0711 248374-0	Körperbehinderten-Verein Stuttgart e. V. - KBV
Betreute Seniorenwohnungen - Werastraße 118	Ost	Werastraße	118	70190	Stuttgart	0711 26857-24/-25	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Wohnprojekt Villastraße 1 A - Körperbehindertenverein Stuttgart	Ost	Villastraße	1A	70190	Stuttgart	0711 2864700	Siedlungswerk GmbH
Betreute Seniorenwohnungen - Im Chausseefeld 37	Plieningen	Im Chausseefeld	37	70599	Stuttgart	0711 4586344	LEG Baden-Württemberg mbH
Augustinum Seniorenresidenz Stuttgart-Sillenbuch	Sillenbuch	Florentiner Straße	20	70619	Stuttgart	0711 4702-8011	Augustinum gGmbH
Betreute Seniorenwohnungen - Bernsteinstraße 114	Sillenbuch	Bernsteinstraße	114	70619	Stuttgart	0711 4411048	Südgrund Entwicklungs-, Verwaltungs- u. Vermittlgs.Ges.mbH f. Grundbesitz
Betreute Seniorenwohnungen - Klara-Neuburger-Straße 1	Sillenbuch	Klara-Neuburger-Straße	1	70619	Stuttgart	0711 1367890	SWSG - Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft
Betreute Seniorenwohnungen - Seniorenresidenz Sillenbucher Markt	Sillenbuch	Kirchheimer Straße	130	70619	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samariter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Geisinger Weg 30	Stammheim	Geisinger Weg	30	70439	Stuttgart	0711 336939-0	Baugenossenschaft Gartenstadt Luginsland
Betreute Seniorenwohnungen - Luise-Schleppe-Haus	Stammheim	Kornwestheimer Straße	30	70439	Stuttgart	0711 8090-214	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung
Betreute Seniorenwohnungen - Pflegeheim Schloß - Kornwestheimer Straße	Stammheim	Kornwestheimer Straße	36	70439	Stuttgart	0711 80908-900	Evangelische Altenheimat - Hauptverwaltung

Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Betreute Seniorenwohnungen - Sieben Morgen 8	Stammheim	Sieben Morgen	8	70439	Stuttgart	0711 336939-0	Baugenossenschaft Gartenstadt Luginsland
Betreute Seniorenwohnungen - Am Lehenweg 22	Süd	Am Lehenweg	22	70180	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirch- pflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Am Lehenweg 7	Süd	Am Lehenweg	7	70180	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirch- pflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Böblinger Straße 222 - 228	Süd	Böblinger Straße	222	70199	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samari- ter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Dornhaldenstraße 5	Süd	Dornhal- denstraße	5	70199	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samari- ter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Finkenstraße 34	Süd	Finken- straße	34	70199	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirch- pflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Gradmann-Haus	Süd	Föhrenbühl- straße	10	70569	Stuttgart	0711 686877-24	Evangelische Gesell- schaft Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Wichernhaus	Süd	Freuden- städter Straße	30	70569	Stuttgart	0711 686877-24	Evangelische Gesell- schaft Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Ziegelklinge 5	Süd	In der Zie- gelklinge	5	70199	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samari- ter-Bund
Betreutes Seniorenwohnen - Wohnpark Adlerstraße	Süd	Adlerstraße	40	70199	Stuttgart	0178-5846499	Arbeiter Samariter Bund Ortsverband Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Haeberlinstraße 25	Vaihingen	Haeberlin- straße	25	70563	Stuttgart	0711 216-89- 534	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Haus am Feldrand	Vaihingen	Am Feld- rand	34A	70563	Stuttgart	0711 216-89- 534	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Musberger Straße 52	Vaihingen	Musberger Straße	52	70565	Stuttgart	0711 216-89- 534	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Supperstraße 32	Vaihingen	Supper- straße	32	70565	Stuttgart	0711 216-89- 534	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Generationenzentrum Kornhasen	Wangen	Jägerhalde	9	70327	Stuttgart	0711 2381418	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Altenwohnanlage Am Lind- bachsee	Weilimdorf	Goslarer Straße	79	70499	Stuttgart	0711 989801-0	Evangelische Altenhei- mat - Hauptverwaltung
Betreute Seniorenwohnungen - Bergheimer Hof	Weilimdorf	Gruben- äcker	175	70499	Stuttgart	0711 2381-414	Siedlungswerk GmbH
Betreute Seniorenwohnungen - Solitudestraße 196	Weilimdorf	Solitude- straße	196	70499	Stuttgart	0711 989801-0	Evangelische Altenhei- mat - Hauptverwaltung
Betreute Seniorenwohnungen - Altenzentrum Zamenhof	West	Zamenhof- straße	32	70197	Stuttgart	0711 65703-0	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Am Kräherwald	West	Am Kräher- wald	163	70193	Stuttgart	0711 2106932	Kath. Gesamtkirchenge- meinde Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Falkertstraße 63	West	Falkert- straße	63	70176	Stuttgart	0711 991-4200	Evangelische Diakonis- senanstalt Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Forststraße 203	West	Forststraße	203	70193	Stuttgart	0711 954848	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samari- ter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Generationenhaus West	West	Ludwig- straße	41	70176	Stuttgart	0711 2635508	Wohlfahrtswerk Altenhil- fe gGmbH



Institution	Bezirk	Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Träger
Betreute Seniorenwohnungen - Herderstraße 12	West	Herderstraße	12	70193	Stuttgart	0711 954848-0	GVV Hausverwaltungs GmbH/ Arbeiter-Samarter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Ludwigstift - Wohnen mit Service	West	Silberburgstraße	89	70176	Stuttgart	0711 505308-466	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Obere Paulusstraße 85	West	Obere Paulusstraße	85	70197	Stuttgart	0711 26857-24	Kath. Gesamtkirchepflege Stuttgart
Betreute Seniorenwohnungen - Reinsburgstraße 46 - 48	West	Reinsburgstraße	46	70178	Stuttgart	0711 621907	FLÜWO Bauen-Wohnen eG
Betreute Seniorenwohnungen - Reinsburgstraße 58	West	Reinsburgstraße	58	70178	Stuttgart	0711 621907	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Senefelderstraße 25	West	Senefelderstraße	25	70176	Stuttgart	0711 621907	SWSG - Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft
Betreute Seniorenwohnungen - Senefelderstraße 4	West	Senefelderstraße	4	70178	Stuttgart	0711 621907	FLÜWO Bauen-Wohnen eG
Betreute Seniorenwohnungen - Senefelderstraße 6 A	West	Senefelderstraße	6A	70178	Stuttgart	0711 621907	FLÜWO Bauen-Wohnen eG
Betreute Seniorenwohnungen - Seniorenresidenz Vogelsang	West	Forststraße	203	70193	Stuttgart	0171-9464506	GVV Hausverwaltungs GmbH/Arbeiter-Samarter-Bund
Betreute Seniorenwohnungen - Silberburgstraße 59	West	Silberburgstraße	59	70176	Stuttgart	0711 991-4200	Evangelische Diakonissenanstalt Stuttgart
Zamenhof	West	Zamenhofstraße	32	70197	Stuttgart	0711 216-88554	Landeshauptstadt Stuttgart - Eigenbetrieb Leben & Wohnen
Betreute Seniorenwohnungen - Besigheimer Straße 19	Zuffenhausen	Besigheimer Straße	19	70435	Stuttgart	0711 98793879	Kath. Pfarramt St. Antonius - Zuffenhausen
Betreute Seniorenwohnungen - Else-Heydlauf-Stiftung	Zuffenhausen	Mönchsbergstraße	109	70435	Stuttgart	0711 84900-13	Wohlfahrtswerk für Baden- Württemberg e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Haus Adam-Müller-Guttenbrunn	Zuffenhausen	Auricher Straße	36	70437	Stuttgart	0711 84907-1014	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Betreute Seniorenwohnungen - Marbacher Straße 9	Zuffenhausen	Marbacher Straße	9	70435	Stuttgart	0171/4142088	privat
Betreute Seniorenwohnungen - Spitalstraße 4	Zuffenhausen	Spitalstraße	4	70435	Stuttgart	0711 54065978	privat

## 6.11 Städtische Förderung für Angebote und Einrichtungen älterer Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart

### 6.11.1. Begegnungsstätten (vgl. Kapitel 4.2.2)

Die Träger der Begegnungsstätten für Ältere, unabhängig von der Größe, erhalten für den Betrieb der Einrichtungen nach den städtischen Förderrichtlinien nachfolgende Zuschüsse:

- 90 % städtische Förderung der Miet- und Betriebskosten
- 90 % städtische Förderung der Raumreinigungskosten
- 70 % städtische Förderung der Fachpersonalkosten (max. 38.221 EUR/Jahr)
- 60 % städtische Förderung der Sach- und Programmkosten (max. 16.443 EUR/Jahr)

Im Jahr 2010 wurden für den Betrieb der 34 Begegnungsstätten für Ältere in der Landeshauptstadt Stuttgart städtische Zuschüsse in Höhe von insgesamt 2.000.000 EUR bewilligt.

### 6.11.2 Treffpunkt Senior (vgl. Kapitel 4.2.4)

Die Evangelische Akademie Bad Boll erhält zur Finanzierung von 4,5 Personalstellen einen jährlichen städtischen Personalkostenzuschuss in Höhe von 185.000 EUR.

### 6.11.3 Altenerholung (vgl. Kapitel 4.2.3)

Maßnahmen der Altenerholung dienen im Sinne des § 71 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) vor allem den Bedürfnissen nach Geselligkeit, Unterhaltung, Bildung oder nach Unternehmungen kultureller Art. Sie werden ergänzt durch Angebote für die gesundheitliche Stabilisierung wie Seniorengymnastik und Gedächtnistraining, Gesprächsrunden und Vorträge mit Themen aus dem Gesundheitsbereich. Mit den städtischen Zuschüssen soll die Teilnahme von Älteren in finanzieller Hinsicht erleichtert werden. Bei der örtlichen Altenerholung werden die städtischen Zuschüsse in Höhe von 6 EUR/Tag/Person für alle Teilnehmenden gewährt, bei der überörtlichen Altenerholung beläuft sich der städtische Zuschuss auf 2,10 EUR/Tag/Person.

Die Altenerholungsmaßnahmen werden von der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V., dem Caritasverband für Stuttgart e. V. und dem Evangelischen Kirchenkreis Stuttgart angeboten.

### 6.11.4 Förderbereich Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit

Das Landespflegegesetz regelt in § 16 die Verantwortung für das Vor- und Umfeld der Pflege. Demnach sind Kommune und Land gehalten, Maßnahmen zur Versorgung im Vorfeld und Umfeld der Pflegebedürftigkeit zu fördern. Bei beginnender Pflegebedürftigkeit sind Hilfen und soziale Maßnahmen förderfähig, wenn sie geeignet sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu verhindern.

Förderwürdig sind insbesondere Hilfen bei beginnender Pflegebedürftigkeit, Maßnahmen zur Vermeidung und Verhinderung der Pflegebedürftigkeit sowie die Entlastung pflegender Angehöriger.



#### 6.11.4.1 Besuchsdienste für isoliert lebende ältere Menschen mit psychischen Schwierigkeiten

Am 17.02.2003 wurde im Sozialausschuss die GRDRs 1146/2002 „Besuchsdienste für isoliert lebende ältere Menschen mit psychischen Schwierigkeiten – Ausbau der Besuchsdienste in Kirchengemeinden und Sozial- und Diakoniestationen“ einstimmig beschlossen.

In Stuttgart steigt die Zahl alleinlebender älterer Menschen, die durch den Tod nahestehender Angehöriger die Unterstützung durch ihr soziales Umfeld verloren haben und so vielfach in seelische Not geraten. Oft leiden sie an depressiven Stimmungen oder weisen Anzeichen einer beginnenden dementiellen Erkrankung auf. Sie zeigen sich vielfach misstrauisch und ängstlich gegenüber ihrer Umwelt. Sie können verlorengegangene Beziehungen und Unterstützung nicht kompensieren oder Hilfe organisieren. Sie geraten zunehmend in Isolation, die in ihren schlimmsten Auswirkungen menschenunwürdige Verhältnisse bis hin zur Verwahrlosung zur Folge haben kann.

Ein soziales Umfeld wieder herzustellen, ist Aufgabe von Besuchsdiensten. Sie übernehmen damit eine präventive Funktion im Hilfesystem. Zu dem betroffenen älteren Menschen stellen die Mitarbeiter der Besuchsdienste eine vertrauensvolle Beziehung her, ziehen, wenn nötig, professionelle Hilfe hinzu und integrieren ihn somit in das Hilfesystem, bevor es zu einer Eskalation kommt.

##### Aufgaben der Mitarbeiter der Besuchsdienste

- Den Betroffenen soll eine persönliche Beziehung angeboten werden, indem die Mitarbeiter des Besuchsdienstes Zeit für sie haben.
- Die Betroffenen werden aktiviert, ermuntert und unterstützt, ihren Alltag wieder selbst zu gestalten, z. B. durch gemeinsame Spaziergänge.
- Den Betroffenen werden Außenanreize vermittelt, indem sie z. B. zum Einkauf oder zu Festen begleitet werden.
- Es werden Hilfen zur Tagesstrukturierung angeboten.

Die freiwilligen Besuchsdienstmitarbeiter müssen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Schwierigkeiten konstruktiv umgehen können und professionelle Hilfe einschalten, wenn sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtert.

In der Regel sollen ein- bis zweimal wöchentlich Besuche stattfinden, wobei in besonderen Situationen die Besuche häufiger und intensiver sein sollen.

##### Supervision

Ehrenamtliche Mitarbeiter eines Besuchsdienstes haben in der Regel keine Erfahrungen im Umgang mit psychisch veränderten Menschen. Neben einer intensiven Vorbereitung auf ihre schwierige Aufgabe ist eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Beratung der freiwilligen Besuchsdienstmitarbeiter Grundvoraussetzung für eine kontinuierliche Tätigkeit im Besuchsdienst.

Durch Supervision lässt sich die Bereitschaft zur Mitarbeit in einem Besuchsdienst erhalten und stabilisieren. Besuchsdienste bieten zu diesem Zweck monatliche Gruppensupervisionen an, an denen die Mitarbeiter teilnehmen können.

Derzeit werden folgende Besuchsdienste für isoliert lebende ältere Menschen gefördert:

- Diakoniestation Evangelischer Kirchenkreis Stuttgart (ehem. Diakoniestation Bad Cannstatt e. V.)
- Degerlocher Frauenkreis e. V.
- Besuchsdienst der Initiative „Lebensraum Möhringen-Fasenhof-Sonnenberg“
- Besuchskreis Rohracker/Frauenkopf/Hedelfingen
- Besuchsdienst „Vierte Lebensphase“, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.

Seit 2008 beträgt der Zuschuss für die monatliche Gruppensupervision 137,06 EUR. Die ehrenamtlichen Besuchsdienstmitarbeiter erhalten als Aufwandsentschädigung einen pauschalen Auslagenersatz von 19,63 EUR pro Monat bzw. den doppelten Satz in Höhe von 39,25 EUR, wenn regelmäßig mehr als zwei Personen besucht werden.

#### 6.11.4.2 Gesprächskreise für pflegende und hinterbliebene Angehörige

Um die Bereitschaft zur Pflege bei Angehörigen möglichst lange zu erhalten und Pflegebedürftige in der gewohnten häuslichen Umgebung belassen zu können, ist es hilfreich, pflegenden Angehörigen eine Aussprache- und Austauschmöglichkeit mit Gleichbetroffenen anzubieten. Gesprächskreise sollen Entlastung bringen, indem sie einer drohenden Isolierung pflegender Angehöriger entgegen wirken. Ebenso wichtig ist es für pflegende Angehörige, auch nach dem Tod des Betreuten in einem bekannten Kreis Gelegenheit zur Aussprache zu finden.

Gesprächskreise mit bis zu 11 Teilnehmern je Veranstaltung werden mit einem Zuschuss in Höhe von 15,46 EUR je Teilnehmer gefördert. Gesprächskreise mit mehr als 11 Teilnehmern je Veranstaltung werden mit einem Zuschuss in Höhe von 7,72 EUR je Teilnehmer gefördert.

#### 6.11.4.3 Betreuungsgruppen für an Alzheimer erkrankte oder verwirrte ältere Menschen

Betreuungsgruppen für an Alzheimer erkrankte und verwirrte Menschen tragen wesentlich zur Entlastung pflegender Angehöriger bei. Betroffenen wird es ermöglicht, in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Ihre Angehörigen erhalten Gelegenheit, Kontakte mit Gleichbetroffenen aufzunehmen. Betreuungsgruppen bieten Betroffenen bedarfsgerechte Therapien, die helfen, noch vorhandene Fähigkeiten zu erhalten. Ziel ist, dass Demenzkranke mit Unterstützung der betreuenden Bezugspersonen weitgehend frei und selbstbestimmt leben können. Demenzkranke Besucher von Begegnungsstätten, die im Regelbetrieb von Begegnungsstätten nicht mehr zurechtkommen, werden über eine 3- bis 4-stündige Gruppenbetreuung individuell gefördert, bei der Bewältigung des Alltags unterstützt und die versorgenden Angehörigen entlastet.

## Förderrichtlinien

- Betreuungsgruppen werden mit einem Zuschuss in Höhe von bis zu 1.000 EUR je Betreuungsangebot in der Woche gefördert. Dabei entspricht ein Betreuungsangebot einer mindestens 3-stündigen Gruppenveranstaltung, die regelmäßig am gleichen Wochentag ganzjährig angeboten wird. Der Zuschuss wird als Fehlbedarfsfinanzierung bewilligt.
- Betreuungsgruppen, die im Rahmen der Begegnungsstättenarbeit angeboten werden, fördert die Landeshauptstadt Stuttgart mit einem Zuschuss in Höhe von 2.240 EUR je Betreuungsgruppe, die regelmäßig wöchentlich stattfindet.

### 6.11.4.4 Hol- und Bringdienste

Ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Verwirrte oder Personen mit psychischen Schwierigkeiten sind oft nicht mehr in der Lage, selbstständig zu öffentlichen Veranstaltungen zu gelangen. Um diesem Personenkreis die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, bieten Träger der freien Wohlfahrtspflege Transportgelegenheiten an.

Die Landeshauptstadt Stuttgart fördert den Transport von Personen,

- die keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen können und an Veranstaltungen teilnehmen wollen, die direkt oder indirekt durch die Sozialverwaltung der Landeshauptstadt Stuttgart gefördert werden,
- die mit dem Pkw einzeln von zu Hause abgeholt und/oder nach Hause zurückgebracht werden,
- die keinen Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Fahrdienstes für Schwerbehinderte haben,
- für die keine Mitfahrgelegenheit organisiert werden konnte,
- deren Transportzeit nicht bei der Förderung der Einsatzleitungen von Nachbarschaftshilfen und mobilen sozialen Diensten als Einsatzstunden oder bei anderen Förderungen berücksichtigt wurde.

### 6.11.5 Förderbereich Palliative Care

#### 6.11.5.1 Ambulantes Hospiz

Ziel ist, durch medizinisch-pflegerische Beratung von Schwerstkranken und Sterbenden und ihren Angehörigen, Pflegediensten und Hausärzten die palliativmedizinische Versorgung von Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen zu verbessern und damit deren Lebensqualität zu erhöhen. Zusammen beschäftigen das HOSPIZ STUTTGART und das Hospiz St. Martin 6,3 Palliativ-Pflegekräfte im ambulanten Bereich. Für diese Aufgabe werden zwei dieser Stellen von der Landeshauptstadt Stuttgart durch einen Zuschuss voll finanziert. Das Angebot der ambulanten Palliativ-Pflegekräfte wird ergänzt durch einen palliativ-pflegerischen Konsiliardienst zur Beratung von Pflegediensten oder Pflegeheimen bei der Pflege von Schwerstkranken und Sterbenden. Diesen finanziert die Landeshauptstadt Stuttgart mit einem Anteil von 0,1 Stellen.

### 6.11.5.2 Sterbebegleitung / Sitzwachen

Die Landeshauptstadt Stuttgart gewährt für Sterbebegleitungen, die bis zu 60 Tage dauern, einen Zuschuss in Höhe von 240 EUR und für Begleitungen, die mehr als 60 Tage dauern, 269 EUR. Zur Qualifizierung der ehrenamtlich in der Sterbebegleitung Tätigen wird ein Zuschuss in Höhe von 6.000 EUR je Qualifizierungs- oder Befähigungskurs, der mindestens 100 Stunden umfassen muss, gewährt.

Förderfähig sind Personalkosten der Einsatzleitungen, Auslagenerstattungen für die Ehrenamtlichen und Kosten für die erstmalige und laufende Fortbildung, Qualifizierung und Supervision der Ehrenamtlichen.

#### **Bewilligungsbedingungen für die Gewährung von Zuschüssen für die ehrenamtliche Sterbebegleitung**

- a) Die ehrenamtliche Begleitung ist qualifiziert, durch den Besuch eines Vorbereitungskurses oder durch langjährige Erfahrung in der Sterbebegleitung.
- b) Eine Begleitung ist förderfähig ab dem Zeitpunkt, in dem die Ehrenamtlichen Kontakt mit dem zu Begleitenden bzw. mit dessen Angehörigen oder der jeweiligen Institution aufgenommen haben.
- c) Die Begleitung endet analog § 39a SGB V mit dem Tod des Begleiteten und einem Abschiedsbesuch oder der Teilnahme an der Beerdigung, mit dem sich die Ehrenamtlichen von den Angehörigen verabschieden.
- d) Die Begleitungen werden analog zu § 39a SGB V kalenderjährlich abgerechnet.
- e) Wird ein Mensch im Laufe seines Sterbens von mehreren Diensten begleitet, können alle beteiligten Dienste die Begleitung geltend machen.
- f) Begleitungen, die während des Jahres pausieren, werden bei Wiederaufnahme im Kalenderjahr nicht als Neufall bei der Zuschussberechnung gewertet.
- g) Die Einsatzleitung erfüllt die Anforderungen gemäß § 39a SGB V (Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder eine andere fachlich qualifizierte Person, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.)
- h) Förderfähig sind Personal- und Sachkosten von bis zu 6.000 EUR pro Qualifizierungskurs.
- i) Der Beginn von Qualifizierungskursen wird dem Sozialamt angezeigt.
- j) Pro Begleitung können bis zu 269 EUR Fördermittel abgerechnet werden.
- k) Die Kostenabrechnung erfolgt unter Nennung aller Einnahmen und Eigenmittel der beteiligten Institutionen.
- l) Es gelten die allgemeinen Nebenbestimmungen.

## Statistik

- Begleitungen können in stationären Hospizen, in Pflegeeinrichtungen, in Krankenhäusern oder zu Hause stattfinden. Für statistische Zwecke werden die Einsatzorte differenziert aufgeführt.
- Die erforderlichen weiteren statistischen Angaben beziehen sich auf das Alter und Geschlecht der zu Begleitenden, den Beginn und das Ende der Begleitung sowie die Qualifikation der Ehrenamtlichen.

## Sachbericht

- Aussagen über fachliche Begleitung der Ehrenamtlichen sind jährlich in Kurzform darzustellen: Inhalte, Schwerpunkte, Weiterentwicklung aufgrund gemachter Erfahrungen, Supervision etc.
- Bericht zu den Vorbereitungskursen: Zahl der aktiven Teilnehmer, wie viele davon wurden in die aktive Arbeit übernommen?

## Standards für Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurse in Stuttgart für Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung

Alle ehrenamtliche Mitarbeit in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen basiert auf dem Ziel der hospizlich-palliativen Arbeit, die Lebensqualität sterbender Menschen zu verbessern. In der Hospizarbeit sind die freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter ein besonders wichtiges Element der Unterstützung mit ganz eigenständigen verantwortlichen Aufgaben. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Sterbebegleitung: Die freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter geben sterbenden Menschen und deren Angehörigen zu Hause, in Pflegeheimen, in Krankenhäusern und auf der Hospizstation Unterstützung. Hierfür erhalten sie eine qualifizierte Vorbereitung, die insbesondere der Verbesserung der kommunikativen Kompetenz und der Bewältigung der Angst vor Sterben, Tod und Trauer dient. Die Weiterbildung enthält kognitive wie auch selbsterfahrungsbezogene Lerninhalte.

Qualifizierungskurse für ehrenamtliche Begleiterinnen und Begleiter werden in Stuttgart vom HOSPIZ STUTTGART, dem Hospiz St. Martin, den Sitzwachen der Evangelischen Kirche in Stuttgart und vom Robert-Bosch-Krankenhaus angeboten. Inhalte und Ausgestaltung der in Stuttgart angebotenen Kurse entsprechen den Standards, die der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband sowie die Arbeitsgruppe „Ambulante Hospizdienste beim Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg“ formuliert haben, die auch in die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung der Krankenkassen sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (i. d. F. vom 17. Januar 2006) eingeflossen sind.

Durch die für alle Kursanbieter verbindlich vereinbarten Standards ist sichergestellt, dass die in Stuttgart in der Sterbebegleitung tätigen Ehrenamtlichen über eine solide Grundqualifikation verfügen.

## Der Qualifizierungsprozess

### a) Auswahlgespräch / Klärungsphase

Voraussetzung für die Zulassung zu einem Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurs sind eine schriftliche Bewerbung und ein persönliches Auswahlgespräch mit einer Kursleitung. Der Gesprächsleitfaden umfasst folgende Fragestellungen:

- Welche Motivation steht hinter der Bewerbung, warum möchte der Bewerber gerade diesen Dienst tun?
- Welche Erfahrungen mit Sterben und Tod sind in Familie und Umfeld bereits gemacht worden? Wie lange liegen diese zurück?
- Welche Stärken und Schwächen sieht der Bewerber bei sich selber im Hinblick auf die Begleitung von sterbenden Menschen?
- Was sind eigene Kraftquellen? Wie gestaltet sich die Freizeit?
- Besteht Bereitschaft zur Selbstauseinandersetzung?
- Welche Vorstellungen hat der Bewerber über das, was nach dem Tod kommt?
- Wie wurde bisher im Leben mit eigenen Krisen oder Verlusten umgegangen?
- Ist die Familie bzw. das Umfeld mit der Aufgabe einverstanden?
- Bestehen körperliche oder psychische Beschwerden, die eine Mitarbeit bei der Begleitung beeinträchtigen oder unmöglich machen können?
- Steht wirklich Zeit für die Sterbebegleitung zur Verfügung – unter der Woche bzw. bei Berufstätigen am Wochenende?
- Wie ist die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe?

Ausschlussfaktoren für die Zulassung zu einem Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurs sind z. B. dann gegeben, wenn der Bewerber erst kürzlich einen nahestehenden Menschen verloren hat oder Bedenken über seine psychische und physische Belastbarkeit bestehen.

### b) Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurs

Nach diesem Auswahlgespräch kann der Bewerber in einen Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurs aufgenommen werden.

Die Kurse, die in Stuttgart von den vier genannten Trägern angeboten werden, umfassen wenigstens 100 Unterrichtseinheiten und beinhalten eine Praktikumsphase. Die Teilnehmer erhalten eine Bescheinigung über den Besuch des Kurses; die Lerninhalte des Kurses werden darin benannt.

Alle freiwilligen Begleiter, die ab dem Jahr 2009 neu in die ehrenamtliche Tätigkeit kommen, sind verpflichtet, diesen Qualifizierungs- bzw. Befähigungskurs erfolgreich zu absolvieren. Begleiter, die bereits im Einsatz sind, erhalten die Möglichkeit und sind aufgefordert, einen Kurs zu besuchen. Bei Ehrenamtlichen, die über eine lange Erfahrung in diesem Arbeitsfeld verfügen, zählt diese als Qualifikation.

Jeder der vier genannten Träger bietet wenigstens einen Qualifizierungskurs pro Jahr an. Die Kurse sind offen für alle Interessenten, die sich in der Sitzwachenarbeit engagieren wollen. Die Träger erkennen die Qualifizierungen gegenseitig an.

Die ideale Kursgröße umfasst zwischen 8 und 15 Teilnehmern. In begründeten Einzelfällen kann die Gruppengröße geringfügig nach oben oder unten abweichen.

#### c) Zulassung zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung

Die Ausbildungsphase endet mit einem persönlichen Abschlussgespräch, das die Kurserfahrungen auswertet und letztlich über den Einsatz des Bewerbers entscheidet. Die regelmäßige Teilnahme an den Gruppentreffen ist Bestandteil des ehrenamtlichen Einsatzes.

#### d) Supervision und Fortbildung während der ehrenamtlichen Tätigkeit

Alle vier genannten Träger bieten den Ehrenamtlichen regelmäßige Gruppentreffen mit Fallbesprechungen sowie die Möglichkeit der Supervision an. Die freiwilligen Begleiter erhalten Möglichkeiten zu weiteren, ergänzenden Fort- und Ausbildungen (Trauerbegleitung, Umgang mit dementen Patienten, Angehörigenarbeit etc.) und Angebote, an Seminartagen teilzunehmen. Ein monatliches Gruppentreffen ist Bestandteil der ehrenamtlichen Tätigkeit.

### Kursinhalte

Im Kurs wird Grundwissen vermittelt und handlungs- und erfahrungsorientiertes Lernen in allen vier Dimensionen menschlichen Erlebens – in psychischer, sozialer, spiritueller und körperlicher Hinsicht – ermöglicht. Die Kurszeit beträgt in der Regel ein Jahr und umfasst 100 Unterrichtseinheiten einschließlich Praktikum.

Die folgende Themenübersicht der Kursinhalte gilt für alle Träger in Stuttgart. Hinzu kommen Kursinhalte, die sich spezifisch mit der Geschichte bzw. Aufgabe des Trägers beschäftigen:

- Betrachten der eigenen Biografie,
- Umgang mit Trauer,
- Kontakt und Kommunikation,
- das Hospizkonzept (u. a. Schmerztherapie, Palliativ Care, ethisch-rechtliche Fragen),
- Umgang mit Sterbenden sowie mit deren Angehörigen und Freunden,
- Tätigkeit im Hospizdienst (u. a. Formen der Zusammenarbeit, Dokumentation und Statistik, Rechts- und Versicherungsfragen),
- die Helferpersönlichkeit,
- Spiritualität und Religiosität (u. a. Rituale und Bräuche anderer Religionen, kultursensibler Umgang mit weltanschaulichen Überzeugungen, die sich von den eigenen unterscheiden),
- Praktikumsphase.

Neben einer fallbezogenen Begleitung gibt es ergänzende Fortbildungsthemen, wie z. B. Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern, pflegerische Handreichungen, Umgang mit Verstorbenen etc.

### Qualifikationen der Ausbilder

Die in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit (i. d. F. vom 17.01.2006) in § 5 der Rahmenvereinbarung genannten personellen Mindestvoraussetzungen werden von den Stuttgarter Kursanbietern mehr als erfüllt. Die Kursleiter sind langjährig erfahrene und hoch qualifizierte Fachleute in der Hospizarbeit. Dies gilt in gleichem Maße für die Referenten, die die Arbeit der Kursleitungen ergänzen.

#### 6.11.6.1 Stationäre Mittagstische

##### Förderrichtlinien

Die Landeshauptstadt Stuttgart fördert stationäre Mittagstische, die insbesondere älteren Personen offenstehen, die

- ihre Mahlzeiten nicht mehr selbst oder nur mit Mühe zubereiten können,
- isoliert leben oder von Isolation bedroht sind,
- den Mittagstisch als Hilfe zur Tagesstrukturierung benötigen,
- aufgrund von Depressionen oder Demenz ihre Versorgung vernachlässigen,
- aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten in einem Lokal nicht genügend toleriert würden.

Um dem beschriebenen Personenkreis mit dem Angebot „Stationärer Mittagstisch“ adäquat unterstützen zu können, muss eine qualifizierte Fachkraft als Ansprechpartner während der Essenszeit zur Verfügung stehen.

Mittagstische, deren Angebot sich alleine auf die Versorgung älterer Personen mit einer warmen, kostengünstigen Mahlzeit beschränkt, sind im Sinne der Zielsetzung nicht förderfähig. Dies betrifft insbesondere die in Pflegeheimen und Seniorenwohnanlagen angebotenen Mittagstische, weil hier während der Essenszeiten in der Regel keine Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Für Gäste, die regelmäßig an einem Mittagstisch teilnehmen, muss während Krankheitszeiten die Möglichkeit bestehen, das Essen vorübergehend (bis zu 6 Monaten) nach Hause geliefert zu bekommen.

Der Mittagstisch sollte 5 Tage je Woche angeboten werden.



Sofern die Voraussetzungen (5 Tage je Woche geöffnet und ein qualifizierter Ansprechpartner) erfüllt sind, beträgt der Zuschuss je Mahlzeit 0,77 EUR. Werden die Voraussetzungen nur teilweise erfüllt, beträgt der Zuschuss 0,39 EUR je Mahlzeit.

Anbieter eines Mittagstisches tragen 10 % der Nettobetriebskosten selber. Bruttokosten abzgl. Gestehungskosten für das Essen = Nettobetriebskosten.

### 6.11.7 Organisierte Nachbarschaftshilfe und Mobile Soziale Dienste

Ein zentrales Element der Grundversorgung für alte, kranke und behinderte Menschen ist die Unterstützung im hauswirtschaftlichen, persönlichen und die Pflege ergänzenden Bereich. Das Angebot einer hauswirtschaftlichen Versorgung hat vor allem im Vorfeld der Pflege und damit auch in der Pflegeversicherung eine elementare präventive Funktion (vgl. H. Noll, Viel mehr als Putzen – Hauswirtschaftliche Versorgung in ambulanten Einrichtungen, in: Häusliche Pflege, Heft 6/1993).

Nur wenn im Bedarfsfall angemessene hauswirtschaftliche und persönliche Hilfen zur Verfügung stehen, ist es vielen älteren Menschen möglich, ihre Selbstständigkeit weitgehend zu erhalten, in ihrer Häuslichkeit zu bleiben, eventuell einen Heimaufenthalt zu vermeiden und eigene Ressourcen wieder zu aktivieren (vgl. V. Garms-Homolova, Hauptrolle für die Alltagshilfen, in: Forum Sozialstation, Nr. 63/1993).

#### Aktueller Stand

Um die Grundversorgung alter, kranker und behinderter Menschen in Stuttgart im hauswirtschaftlichen Bereich zu gewährleisten, werden folgende Träger, die entsprechende Dienste anbieten, von der Landeshauptstadt Stuttgart gefördert (Stand: 2010):

- Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Stuttgart e. V.
- Caritasverband für Stuttgart e. V.
- Nachbarschaftshilfe Degerloch
- Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Stuttgart e. V.
- Katholische Kirchengemeinde St. Bonifazius
- Diakoniestation Möhringen, Sonnenberg, Fasanenhof
- Arbeiter-Samariter-Bund, Regionalverband Stuttgart
- Diakoniestation Stuttgart
- Diakoniestation Stuttgart Filder gGmbH
- Diakoniestation Zuffenhausen
- Gesellschaft für Jugendarbeit
- Anna Haag Mehrgenerationenhaus e. V.

### 6.11.7.1 Gemeinsames Profil der organisierten Nachbarschaftshilfe und der Mobilien Sozialen Dienste

Am 25. Juli 1997 verabschiedete die Arbeitsgruppe Ambulante Dienste des Fachausschusses Altenhilfe der Kreisliga Stuttgart ein „Profil der Ambulanten Dienste: Organisierte Nachbarschaftshilfe (NH) / Mobiler Sozialer Dienst (MSD)“. Diese Standardbeschreibung bildet seit 1998 die zentrale Grundlage für die Arbeit und für eine fachliche Weiterentwicklung.

Förderfähig sind Dienste, die die Qualitätsrichtlinien gemäß dem Profil der Ambulanten Dienste für Organisierte Nachbarschaftshilfe und Mobile Soziale Dienste vom 25. Juli 1997 anerkennen und erfüllen. Organisierte Nachbarschaftshilfen und Mobile Soziale Dienste für kranke, behinderte und ältere Menschen erhalten Zuschüsse für die Arbeit der Einsatzleitungen und der hauswirtschaftlichen Fachkräfte.

#### Das Angebot der Organisierten Nachbarschaftshilfe (NH) und der Mobilien Sozialen Diensten (MSD)

##### Zielgruppe

Ältere, kranke und behinderte Menschen und deren Angehörige sowie Menschen in besonderen Notsituationen, die in Stuttgart leben.

##### Ziele

Unterstützung von alten, kranken oder behinderten Menschen

- überwiegend bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten,
- zum Erhalt / Wiedererlangen der Selbstständigkeit,
- zum Verbleiben in ihrer gewohnten und vertrauten Umgebung / Häuslichkeit,
- zur Verkürzung / Vermeidung von Krankenhaus- / Heimaufenthalt durch hauswirtschaftliche Versorgung zur Überbrückung von Notlagen (Beispiel: Jemand kann vorübergehend seinen Haushalt nicht mehr führen. Jemand, der bisher den Haushalt geführt hat, fällt aus) und Entlastung von Angehörigen.

Das Angebot bedeutet Hilfe für die Menschen aus ganzheitlicher Sicht unter Aktivierung ihrer Ressourcen.

##### Leistungskatalog

- Einkaufen,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Reinigen der Wohnung,
- Versorgung der Wäsche,
- Kehrwoche wahrnehmen,
- Winterdienste / Schneeräumdienste,
- weitere Hilfen zur Haushaltsführung.

## Persönliche Hilfen

- Begleitung,
- Fahrdienst für außergewöhnlich betreuungsbedürftige / behinderte Personen,
- Unterstützung zur Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten,
- stundenweise Betreuungsdienste zur Entlastung von Angehörigen.

## Unterstützung bei täglich wiederkehrenden Tätigkeiten im Sinne pflegeergänzender Hilfen

- Wochenend- und Feiertagsdienste, teilweise Anwesenheit bei Nacht,
- Leistungen nach SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (gesetzliche Pflegeversicherung) sind ausgenommen,
- ausgeschlossen sind auch Tätigkeiten, die nur durch eine Pflegefachkraft fachgerecht ausgeführt werden können.

## Allgemeine strukturelle Merkmale

- Die Hilfeleistungen werden unabhängig von der Konfession und der sozialen Stellung des Hilfesuchenden angeboten - entscheidend ist die Dringlichkeit der Hilfebedürftigkeit.
- Das Angebot ist flächendeckend. Die Dienste werden teilweise gemeindenah / stadtteilorientiert - dezentral - regionalisiert erbracht.
- Die Dienste sind teils zentral teils dezentral organisiert.
- Durch die Vielfältigkeit und spezifischen Organisationsformen der einzelnen Dienste ist gewährleistet, dass jeweils eine der individuellen Notlage gemäße Hilfeform angeboten wird.

## Beschäftigungsverhältnisse der Mitarbeiter

- Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiter,
- geringfügig beschäftigte Mitarbeiter,
- ehrenamtliche Mitarbeiter mit und ohne pauschale Aufwandsentschädigung,
- Honorarkräfte,
- Mitarbeiter im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ), im Diakonischen Jahr (DJ).

## Qualifikation

Es wird keine spezifische berufliche Qualifikation vorausgesetzt. Eingesetzt werden: Z. T. fachlich qualifizierte Mitarbeiter (z. B. hauswirtschaftliche Fachkräfte), Mitarbeiter im FSJ/DJ und angelernte Kräfte.

Es können ausschließlich Mitarbeiter Einsätze übernehmen, die über hohe soziale Kompetenz verfügen, kontaktfreudig sind und selbstständig arbeiten können.

Bedingung ist die Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Schulungen, Praxisberatung, Fortbildungen.

### Beschäftigungsverhältnisse der Einsatzleitung

Es gibt sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und / oder geringfügig Beschäftigte und / oder ehrenamtliche Mitarbeiter mit Aufwandsentschädigung.

### Qualifikation

Für sozialversicherungspflichtig beschäftigte Einsatzleiter werden in Zukunft spezifische berufliche Qualifikationen vorausgesetzt.

Entsprechend den Regeln des Landes Baden-Württemberg gelten als qualifiziert:

- Sozialarbeiter,
- Sozialpädagogen,
- Haus- und Familienpfleger,
- Kranken- und Altenpflegekräfte,
- Hauswirtschaftsleiter,
- Fachhauswirtschaftler für ältere Menschen.

Teilweise sind z. Z. Einsatzleiter tätig, die nicht über die genannten Qualifikationen verfügen. Da diese jedoch eine langjährige Berufserfahrung vorweisen, gelten diese bewährten Kräfte als ausreichend qualifizierte Mitarbeiter.

Geringfügig beschäftigte und ehrenamtlich beschäftigte Einsatzleiter, die nicht über eine der o. g. Qualifikationen verfügen, sind durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Fachkräfte (Fachberatung) mit einer der o. g. Ausbildungen zu qualifizieren und zu begleiten.

### Beratung und Begleitung der Hilfesuchenden / Angehörigen

- Umfassende Beratung über mögliche Hilfeangebote,
- Vermittlung von ergänzenden Hilfsmöglichkeiten,
- umfangreicher telefonischer und persönlicher Kundenkontakt,
- teilweise regelmäßige Sprechstunden.

Ein Teil der Beratungsgespräche führt dazu, dass Selbsthilfekräfte gestärkt oder nachbarschaftliche Netzwerke aktiviert werden können, so dass die Leistungserbringung durch professionelle Dienste nicht sofort notwendig ist. Diese umfangreiche Beratungstätigkeit kann nicht abgerechnet werden.

## Einsatzplanung und Einsatzleitung

- Entgegennahme von Anfragen / Hilfesuchen,
- Kontaktaufnahme mit dem Hilfesuchenden,
- Hausbesuch zur Klärung der Modalitäten des Einsatzes bei jedem Ersteinsatz (Einsatzbereich, Einsatzzeiten / Dauer des Einsatzes) ggf. Vertragsabschluss,
- Klärung der Kostenübernahme,
- Auswahl der geeigneten Helfer, Vorbereitung der Helfer,
- fachliche Begleitung der Mitarbeiter während des Einsatzes; Vermittlung bei Konflikten zwischen Hilfesuchenden und Helfer,
- Hausbesuche zur Aktualisierung des Hilfeangebots,
- kontinuierliche Erstellung eines Einsatz- / Dienstplanes,
- Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht,
- Planung, Organisation und Durchführung von regelmäßigen Einsatz- und Mitarbeiterbesprechungen, Organisation von Fortbildungen,
- Gewinnung neuer Mitarbeiter,
- Vorstellungsgespräche, Einstellungsgespräche.

## Verwaltungstechnische Aufgaben

- Prüfung der Arbeitszeitnachweise und Leistungsnachweise,
- Vorbereitung zur / und Rechnungsstellung,
- Führen und Erstellen von Statistiken,
- Führen einer Handkasse,
- bei MSD: FSJ/DJ - Verwaltung, Fuhrpark-Verwaltung,
- sonstige Verwaltungsarbeiten.

## Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Einrichtungen / Diensten

- Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen, z. B. Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD), Ambulante Pflegedienste, Altenberatung, Bürgerservice Leben im Alter, Begegnungsstätten, Ärzten, Krankenhäusern,
- Teilnahme an Arbeitskreisen, Stadtteilrunden, z. B. AG Ambulante Dienste,
- regelmäßiger fachlicher Austausch der NH / MSD-Dienste untereinander sowie in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt.

### Öffentlichkeitsarbeit

- Darstellen und Bekanntmachen der Dienstleistungsangebote gegenüber Behörden, Ärzten, Sanitätshäusern, auf Messen etc.,
- Darstellung in Presse und anderen Medien,
- Fachberatung.

### Tätigkeiten

- Koordination der einzelnen Nachbarschaftshilfe-Gruppen,
- Beratung und Unterstützung beim Aufbau neuer Gruppen,
- Beratung der örtlichen Einsatzleitung in fachlichen und organisatorischen Fragen,
- Fortbildungsveranstaltungen für Einsatzleiter und NH-Helfer der NH-Gruppen,
- Organisation und Durchführung von Treffen der Einsatzleiter der Nachbarschaftshilfegruppen,
- Interessen-Vertretung der Organisierten Nachbarschaftshilfegruppen in Gremien und gegenüber Ämtern und sonstigen Institutionen,
- Öffentlichkeitsarbeit.

### Qualifikation

Dipl. Sozialarbeiter, Pflegefachkraft oder entsprechende Qualifikation

### Maßnahmen der Qualitätssicherung (durch Einsatzleitung)

#### Klientenbezogen

- Hausbesuche (siehe Tätigkeitsbeschreibung = Einsatzplanung),
- Schulung der Helfer,
- kontinuierliche fallbezogene Begleitung der Einsätze,
- Dokumentation / Leistungsnachweis,
- Helferkonferenzen, d. h. „Runder Tisch“ mit allen am Einzelfall Beteiligten,
- in der Regel Sicherstellung einer Vertretung (bei Krankheit, Urlaub usw.).

#### Mitarbeiterbezogen

- Ausführliche Information und Einführung der Mitarbeiter generell und speziell,
- Einführungsseminare bei MSD für FSJ, DJ verpflichtend, bei NH für Helfer als freiwilliges Angebot,
- themenbezogene Fortbildungsveranstaltungen,
- laufende Praxisberatung,

- Vorhalten von Fachliteratur,
- regelmäßige Team- bzw. Dienstbesprechungen.

#### Gebühren für die Nutzer

Entsprechend der spezifischen Organisationsformen der Dienste und der unterschiedlichen Qualifikationen der Mitarbeiter gibt es unterschiedliche Gebührensätze. Kostendeckende Gebührensätze sind erforderlich.

#### Kosten für den Betriebsträger Personalkosten

- Einsatzleitung,
- Fachberatung,
- Aus-, Fort- und Weiterbildungen,
- FSJ- und DJ-Kosten,
- Regiekosten.

#### Sach-, Betriebs- und Investitionskosten

- Miete, Heizung,
- Telefon, Porto,
- Informationsmaterial und Broschüren,
- EDV,
- Geringwertige Wirtschaftsgüter,
- Arbeitsmittel / Büromaterial,
- Kraftfahrzeug-Kosten usw.

#### 6.11.7.2 Förderrichtlinien

##### a) Förderung der Einsatzleitungen

Im Jahr 2010 wurde ein Zuschuss in Höhe von

- 3,16 EUR für jede von sozialversicherungspflichtig angestellten Einsatzleitungen vermittelte Einsatzstunde bei Selbstzahlern und
- 1,57 EUR für jede von geringfügig beschäftigten oder von ehrenamtlichen Einsatzleitungen vermittelte Einsatzstunde bei Selbstzahlern

gewährt.

Nicht gefördert werden Einsatzstunden, die als Krankenversicherungs- (SGB V) oder Pflegeversicherungsleistung (SGB XI) abrechenbar sind.

#### b) Förderung der hauswirtschaftlichen Fachkräfte

Für Einsätze sozialversicherungspflichtig angestellter hauswirtschaftlicher Fachkräfte wird ein Zuschuss von 4,67 EUR je Einsatzstunde bei Selbstzahlern gewährt.

Nicht gefördert werden Einsatzstunden, die als Krankenversicherungs- (SGB V) oder Pflegeversicherungsleistung (SGB XI) abrechenbar sind.

#### c) Förderrahmen

Der sich nach a) und b) errechnende Zuschuss wird als Fehlbetragszuschuss gewährt, unter Berücksichtigung eines Eigenanteils von mindestens 10 % des Nettoaufwandes. Zur Feststellung des Fehlbetrags werden die Grundsätze des Landes Baden-Württemberg zur Überprüfung von Verwendungsnachweisen angewandt. Soweit bei den Nachbarschaftshilfen keine gesonderte Buchhaltung für die Ausgaben des bezuschussten Bereichs vorhanden ist, werden die Gesamtausgaben anteilig, entsprechend der bei Selbstzahlern geleisteten Einsatzstunden aufgeteilt.

### 6.11.7.3 Perspektiven und Maßnahmen

Die Träger der Organisierten Nachbarschaftshilfe und der Mobilien Sozialen Dienste haben eine gemeinsame Standardbeschreibung für beide Aufgabenbereiche erstellt. Dieses Profil bildet die Grundlage für die weitere Arbeit.

Die Träger und die Sozialverwaltung stellen gemeinsam sicher, dass die Praxis den im Profil beschriebenen Standards entspricht, strittige Abgrenzungsfragen entschieden werden und das Profil bei Bedarf fachlich kompetent fortgeschrieben wird. Die Sozialverwaltung hat der Liga der freien Wohlfahrtspflege vorgeschlagen, die Arbeitsgruppe Ambulante Dienste des Fachausschusses Altenhilfe der Kreisliga Stuttgart mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe zu beauftragen. Das Gremium soll sich mindestens einmal jährlich (Stichtag: 1. März) unter Einbeziehung des Sozialamtes mit den genannten Themen befassen.



## 6.12 Vernetzungen im Quartier – vier Handlungsebenen für die partizipative Altersplanung

Vortrag: Prof. Dr. Herbert Schubert, Fachhochschule Köln,

Fachtag „Partizipative Altersplanung“, 15. Oktober 2010, Stuttgart



























## 6.13 Quartierskonzepte – eine Antwort auf die zukünftigen Herausforderungen der Altenhilfe

Vortrag: Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe

Fachtag „Partizipative Altersplanung“, 15. Oktober 2010, Stuttgart































































## 6.14 Wegweiser Demenz

Der Wegweiser Demenz wurde uns freundlicherweise vom Netzwerk Demenz / Gerontopsychiatrische Arbeitsgemeinschaft Stuttgart (GAGS) e. V. zur Verfügung gestellt.

Redaktionsteam Wegweiser Demenz:

Mitglieder der Arbeitsgruppe „Wegweiser“ im Netzwerk Demenz Stuttgart (Ralf Egenolf-Stohr, Dr. med. Heinz Herbst, Dr. Petra Koczy, Cathleen Schuster, Günther Schwarz, Eva Trede-Kretzschmar)