



Kommune und Lebensperspektive im Alter

Fachkonferenz am 16. September 2015 in Dresden

Dokumentation

Inhaltsverzeichnis

Veranstaltungsüberblick	3
Einführung/Begrüßung	4
Grußwort	5

Vorträge

Der Siebte Altenbericht – Anforderungen an Kommune und Gesellschaft	6
Sicherung im Alter durch integrative Versorgungs- und Dienstleistungsnetzwerke	8
Bessere Pflege im Pflegestärkungsgesetz I und im Pflegenetz Sachsen	10
Ganzheitliche Pflege am Menschen orientieren – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neuordnung von Teilhabe und Pflege	12

World-Café mit folgenden Thementischen

1 Wohnen und Wohnumfeld im Alter	14
2 Mobilität	16
3 Bildung	18
4 Pflege in der Unterstützung durch die Kommune, niedrigschwellige Angebote	20
5 Hospiz- und Palliativversorgung	22
6 Gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention	24
7 Soziale und politische Teilhabe, Ehrenamt	26

Berichte dreier Referenten von Praxisbeispielen

1. Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg in den Garten	28
2. Helfende Hände bilden ein starkes Netz	29
3. Vom Reden zum Tun im Ehrenamt	30

Referentinnen- und Referentenverzeichnis	31
Wir danken den Förderern und Kooperationspartnern	31
Impressum	32

Veranstaltungsüberblick

Am 16. September 2015 fand im Haus der Kirche – Dreikönigskirche die Fachkonferenz der LSVfS (LandesSeniorenVertretung für Sachsen e.V.) zum Thema „Kommune und Lebensperspektive im Alter“ statt.

Kooperationspartner der Veranstaltung waren das BKS (Bildungswerk für Kommunalpolitik Sachsen e.V.) und die SLfG (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.). Stephan Koesling, Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., moderierte die Fachkonferenz.



trachtungen steht und ein funktionsfähiges Hilfenetz mit berufsgerechter Ordnung (Cure and Care) etabliert werden muss.

Darüber hinaus standen der kollegiale Austausch und fachliche Dialog im Mittelpunkt der Fachtagung. Die 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, im Rahmen des World Cafés ihre Vorstellungen und Wünsche für die Lebensperspektive im Alter an sieben Thementischen in kleinen Gruppen zu diskutieren und zu formulieren.



Nach der Eröffnung der Tagung durch Christel Demmler, Vorsitzende der LSVfS, und einem Grußwort von Dr. Judith Oexle, Referatsleiterin „Ältere Menschen, Pflegeversicherung“ im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, folgte der Fachvortrag von Dr. Frank Berner, Deutsches Zentrum für Altersfragen, zum Thema „Der Siebte Altenbericht und Anforderungen an Kommune und Gesellschaft“. Besonders die Idee der „sorgenden Gemeinschaft“ stand im Mittelpunkt seiner Betrachtungen.

Anschließend berichtete Alexandra Brylok vom Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e.V. im Rahmen ihres Vortrags „Sicherung im Alter durch integrative Versorgungs- und Dienstleistungsnetzwerke“ sehr praxisorientiert vom Projekt „Chemnitz+ – Zukunftsregion lebenswert gestalten“.

Am Nachmittag machte Claudia Schöne, AOK PLUS, im Vortrag „Bessere Pflege im Pflegestärkungsgesetz I und im Pflegenetz Sachsen“ besonders auf Gesetzesänderungen aus dem Jahr 2015 aufmerksam.

Gerd Künzel, Vizepräsident des DRK-Landesverbandes Brandenburg e.V., betonte in seinem Vortrag „Ganzheitliche Pflege am Menschen orientieren – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neuordnung von Teilhabe und Pflege“, dass der Mensch im Mittelpunkt der Be-

Folgende Themen wurden beleuchtet:

- Thementisch 1:
Wohnen und Wohnumfeld im Alter
- Thementisch 2:
Mobilität
- Thementisch 3:
Bildung
- Thementisch 4:
Pflege in der Unterstützung durch die Kommune, niedrigschwellige Angebote
- Thementisch 5:
Hospiz- und Palliativversorgung
- Thementisch 6:
Gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention
- Thementisch 7:
Soziale und politische Teilhabe, Ehrenamt

Abschließend berichteten drei Referenten von ihren Praxisbeispielen zum Thema „Eigen- und Mitverantwortung der Senioren für Lebensqualität – vom Reden zum Tun“. Hier wurden z. B. der Seniorengemeinschaftsgarten der Volkssolidarität Dresden und die „Arbeitsgruppe Senioren Zwickau“ vorgestellt.

Einführung/Begrüßung

Sehr geehrte Abgeordnete des Sächsischen Landtages,
sehr geehrte Frau Dr. Oexle,
sehr geehrte Vertreter sächsischer Kommunen,
sehr geehrte Referenten und Moderatoren unserer Fachkonferenz,
sehr geehrte Vertreter der Seniorenvertretungen, -beiräte und -räte,
sehr geehrte Seniorenbeauftragte,
sehr geehrte Gäste!



Im Namen des Vorstandes der LandesSeniorenVertretung für Sachsen e. V. möchte ich Sie herzlich zu unserer Fachkonferenz begrüßen.

Ich gehe davon aus, dass Sie mit gewissen Erwartungen gekommen sind und hoffe, dass diese weitestgehend erfüllt werden.

Wir wenden uns einem Thema zu, das einen großen Teil der Bevölkerung auf unterschiedliche Weise betrifft. Mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels wird es immer dringender, sich darauf auf den vielfältigsten Gebieten des Lebens einzustellen.

Mit unserer heutigen Fachkonferenz wollen wir Anregungen geben, Prozesse in Gang bringen und mit Sicherheit Antworten auf die Frage „Wie kann eine Kommune ältere Menschen unterstützen, möglichst lange selbstständig zu sein?“ finden. Die Aufgaben der Kommunen in der demografischen Situation sind, alle Möglichkeiten für ein gesundes und aktives Altern durch Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen und die Rahmenbedingungen dazu bereitzustellen. Auch mit zunehmendem Alter, mit Multimorbidität, Hinfälligkeit und letztendlich Pflegebedürftigkeit muss die Autonomie und damit die Lebensqualität weitgehend erhalten bleiben.

Die Seniorenvertretungen spielen in diesem Prozess eine große Rolle. Wichtig ist, dass sie die politische Einflussnahme in ihren Kommunen verstärken. Zum Erhalt und zur Stärkung der Autonomie im Alter, zum Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, auch bei der Pflege, müssen alle Akteure – die politische Entscheidungsebene, die Krankenkassen, ambulante Pflegedienste, Vereine und Verbände, die Wohnungswirtschaft und die Senioren – selbstverantwortlich zusammenarbeiten.

Auf diesem Weg wollen wir heute einige Schritte weitergehen. Dazu wünsche ich uns viel Erfolg.

Demmler

Christel Demmler
Vorsitzende der LandesSeniorenVertretung für Sachsen e. V.

Grußwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

Kommune und Lebensperspektive im Alter – das Tagungsthema ist hochaktuell, denn die Frage: Wie will und wie kann ich im Alter leben?, entscheidet sich vor Ort, in der Gemeinde oder in der Stadt. Welche Perspektiven kann ich mir erschließen, wie kann ich kommunizieren, welche Möglichkeiten des Engagements habe ich, wo treffe ich Freunde, aber auch – wer hilft mir, an wen kann ich mich wenden, wenn ich krank bin? Daher ist auch die Altenhilfe eine primär, kommunale Aufgabe.

Der Freistaat unterstützt die kommunalen Aktivitäten mit niederschweligen Programmen, die subsidiär ausgelegt sind und die Selbsthilfe stärken. Es gibt Programme, die fördern wir zu 95 Prozent oder gar 100 Prozent. Denn diese haben das Ziel, Beratung und Entlastung und Betreuung von Pflegebedürftigen zu stärken. Wir wollen das nicht zentral regeln, denn die Bedarfe im ländlichen Raum sind andere als in den großen Städten.

Diese Broschüre zeigt die Ergebnisse der Fachkonferenz „Kommune und Lebensperspektive im Alter“. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und gute Ideen für Ihre Projekte vor Ort.

A handwritten signature in black ink that reads "B. Klepsch".

Ihre Barbara Klepsch
Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz

Vortrag

Der Siebte Altenbericht – Anforderungen an Kommune und Gesellschaft

Dr. Frank Berner

DZA Deutsches Zentrum für Altersfragen, Leiter der Geschäftsstelle für die Altenberichte

Die Bundesregierung ist verpflichtet, dem Deutschen Bundestag einmal pro Legislaturperiode einen Bericht über die Lage der älteren Menschen in Deutschland (Altenbericht) vorzulegen. Der Siebte Altenbericht mit dem Titel „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ dreht sich um eine lokale Politik mit älteren und für ältere Menschen. Dabei wird herausgearbeitet, welchen Beitrag Kommunen und andere Akteure der lokalen Politik leisten können, um die soziale, politische und kulturelle Teilhabe und eine selbstbestimmte und möglichst lange selbstständige Lebensführung alter Menschen sicherzustellen. Der Siebte Altenbericht wird voraussichtlich im zweiten Quartal 2016 veröffentlicht.

Im Mittelpunkt des Siebten Altenberichts steht die Diskussion dreier Handlungsfelder einer lokalen Politik mit älteren und für ältere Menschen, die für das Leben im Alter eine entscheidende Rolle spielen: die gesundheitliche Versorgung, Sorge und Pflege sowie Wohnen und Wohnumfeld.

Im Verständnis der Siebten Altenberichtskommission umfasst gesundheitliche Versorgung weit mehr als medizinische Versorgung und die Behandlungen von Krankheiten: Es geht vielmehr auch darum, Teilhabechancen vorzuhalten und eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung bis ins hohe Alter hinein zu sichern. Dementsprechend werden neben der medizinischen Versorgung auch die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliation thematisiert.

Im Siebten Altenbericht wird ein teilhabeorientiertes Verständnis von Pflege entwickelt, bei dem Pflege primär der Sicherung von Selbstbestimmung und Teilhabe dient. Dabei wird Pflege in den Kontext von Sorge gestellt. Sorge und Pflege werden nicht als zwei nebeneinanderstehende Handlungsbereiche verstanden, vielmehr ist eine sorgende Haltung in der Pflege sowohl für professionelle Pflegekräfte als auch für pflegende Angehörige, den Freundeskreis, die Nachbarschaft oder freiwillig Engagierte relevant. Weil Sorgestrukturen wohnortnah und unter Berücksichtigung der regionalen und kommunalen Rahmenbedingungen gestaltet sein müs-



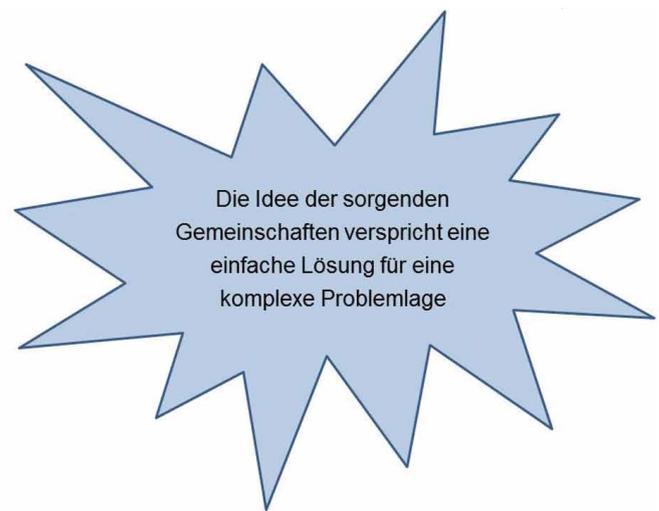
Dr. Frank Berner

sen, wird im Siebten Altenbericht erörtert, wie die Rolle der Kommune in der Pflege gestärkt werden könnte und unter welchen Voraussetzungen die Kommunen welche Beiträge zum Aufbau wohnortnaher Sorgestrukturen leisten können.

Eine nachhaltige lokale Wohnpolitik für ältere Menschen umfasst mehrere Bereiche, die im Siebten Altenbericht ausführlich besprochen werden. Da ist zunächst die Bezahlbarkeit des Wohnens im Alter, die für immer mehr Menschen ein Anlass zur Sorge ist. Weiter zeigen Analysen, dass deutlich zu wenige Wohnungen barrierearm und damit altengerecht gestaltet sind. Auch die vielfältigen Möglichkeiten alltagsunterstützender Technik (Ambient Assisted Living, AAL) werden bislang nur zu einem Bruchteil genutzt, auch weil noch keine angemessenen Finanzierungsmodelle entwickelt wurden. Mobilität wird im Siebten Altenbericht nicht nur als Fortbewegung von einem Ort zum anderen, sondern vor allem in ihrer Bedeutung für soziale Teilhabe und den sozialen Austausch alter Menschen untersucht. Dieser Aspekt von Mobilität und Erreichbarkeit ist eng verbunden

mit dem Ziel, die sozialen Beziehungen der Menschen in den Sozialräumen zu verbessern. Im Hinblick hierauf wird im Siebten Altenbericht der Frage nachgegangen, wie Kommunen in den Stadtteilen, Quartieren, Dörfern und Siedlungen den sozialen Austausch fördern, nachbarschaftliche Beziehungen beleben und damit die Rahmenbedingungen für informelle Unterstützung und Hilfe für ältere Menschen verbessern können.

Der Siebte Altenbericht trägt den Untertitel „Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ als Zielformulierung für eine lokale Politik mit älteren und für ältere Menschen. Mehr noch als der Begriff „Gemeinschaft“ oder als der derzeit viel beachtete Begriff „sorgende Gemeinschaften“ sind in den Analysen der Siebten Altenberichtscommission allerdings die Begriffe „Netzwerk“ und „Vernetzung“ leitend. Vor allem bei der Analyse der drei oben genannten Handlungsfelder (gesundheitliche Versorgung, Sorge und Pflege sowie Wohnen und Wohnumfeld) wird immer wieder auf die große Bedeutung von Netzwerken verwiesen. Je nach Kontext sind dabei sehr unterschiedliche Netzwerk- oder Kooperationsstrukturen gemeint: Es geht um formelle oder informelle Netzwerke, um Netzwerke über verschiedene Ebenen der Politik hinweg (Politikverflech-



tung im Föderalismus), um die Kooperation zwischen Kommunen, um die Abstimmung und Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Ressorts innerhalb der kommunalen Verwaltung, um die Koproduktion von Leistungen der Daseinsvorsorge im Zusammenwirken verschiedener Akteure sowie um die sozialen Netzwerke alter Menschen.

Vortrag

Sicherung im Alter durch integrative Versorgungs- und Dienstleistungsnetzwerke

Alexandra Brylok

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V. (VSWG), Referentin Soziales und Projekte

Die Gesundheits- und Dienstleistungsregion Chemnitz+ (GDR C+) stellt die Wohnung und das Wohnumfeld in einem ganzheitlichen Zielgruppen- und Akteursübergreifenden Denkansatz in das Zentrum ihres Konzeptes. In der vertrauten häuslichen Umgebung selbstbestimmt alt zu werden und (weiter) dort leben zu können, bildet den Mittelpunkt von Chemnitz+. Durch die Zusammenarbeit der Wohnungswirtschaft mit interdisziplinären Akteuren aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Politik, sonstigen Dienstleistungsbereichen, Wissenschaft, Finanzierung, Verbänden und Interessensvertretungen u. v. a. m. im Quartier als auch der Region werden neuartige Lösungen für eine zukunftsgewandte gesundheitliche, mobile und soziale Versorgung in einer alternden Gesellschaft umgesetzt. Eine umfassende Darstellung der Partner finden Sie auf www.zukunftsregion-sachsen.de. Das Gesamtziel von Chemnitz+ ist somit die Entwicklung, Erprobung sowie Evaluation einer Implementierungsstrategie zur „integrativen Versorgung“ der Menschen in der Modell-Region „Mittleres Sachsen“ mit unterstützenden und aktivierenden, am individuellen Bedarf ausgerichteten Gesundheits- und Dienstleistungsangeboten für ein langes und selbstbestimmtes Leben innerhalb und im Umfeld ihres gewohnten Wohnumfeldes. Die Wohnung und das Wohnquartier werden durch die Vernetzung relevanter Akteure und deren intelligenten Anbindung an den städtischen und ländlichen Lebensraum zum Gesundheitsstandort weiterentwickelt.

Die entstehenden bzw. weiterzuentwickelnden Versorgungs- und Dienstleistungs-Netzwerke für ein selbstbestimmtes Leben verfolgen vier übergreifende Teilziele, die in vier Projektsäulen mit verschiedenen Forschungsfragen und Umsetzungen aufgegriffen und bearbeitet werden:

- **Befähigung:** Sensibilisierung und Befähigung relevanter Akteure der GDR C+ durch vernetzte Informations- und Kommunikationsstrukturen vor Ort.
- **Teilhabe:** Entwicklung, Gestaltung und Implementierung von Dienstleistungen in Serviceketten zur Erhaltung und Sicherung der sozialen Teilhabe und physischen Mobilität der Menschen in der GDR C+.
- **Begleitung:** Entwicklung von innovativen Ansätzen zur Begleitung und Unterstützung des selbstständigen



Alexandra Brylok

gen Lebens in der bestehenden Wohnung und Wohnumgebung und optimale Begleitung von erkrankten Menschen bei Übergängen zwischen Versorgung im Krankenhaus und Häuslichkeit.

- **Unterstützung:** Bauliche und technische Optimierung der Wohnung, sodass ein selbstbestimmtes und gesundes Leben zu Hause möglich wird.

Erste Umsetzungen im Rahmen der Projektsäule Teilhabe sind z. B. das Frühwarnsystem und der Soziale Hausmeister.

Frühwarnsystem des Seniorensozialdienstes der Stadt Chemnitz

Das Frühwarnsystem soll das soziale Umfeld von „Menschen in Notlagen oder Vereinsamung“ sensibilisieren und Schnittstellen zu Multiplikatoren eruieren, die das Frühwarnsystem in die Öffentlichkeit tragen. Hierzu wurden in einer systematisierten Vorgehensweise durch das Sozialamt Chemnitz folgende Handlungsschritte konzeptioniert und umgesetzt. In einer Recherche er-

folgte die Befragung von potenziellen Kooperationspartnern (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Pflegedienste, Ärzte, Behörden...) nach bestimmten Kernfragen:

- Wo stellen Sie Hilfebedarf fest?
- Wie gehen Sie damit um?
- Was ist der mögliche Hilfebedarf?

Diese wurden dokumentiert und ausgewertet als Orientierungshilfe für das weitere Vorgehen. Daraus ergaben sich klar definierbare Gefährdungssymptome (z. B. Tod des Lebenspartners, Wegzug der Herkunftsfamilie, körperliche Einschränkungen, psychische Erkrankungen ...) und entsprechende Anlaufstellen. In einem ersten Schritt wurde bereits ein Teil dieser Kontakt- und Anlaufstellen (z. B. Wohnungswirtschaft, Polizei, Vermieter, Ärzte, Behörden...) sowie die allgemeine Öffentlichkeit mit Vorträgen und Schulungen sensibilisiert und informiert. Hierzu wurden zwei Handreichungen entwickelt. Zum einen eine Checkliste zur „Situationseinschätzung der Hilfebedürftigkeit älterer Bürger“ als Hilfestellung für die Institutionen, um als Multiplikator zu wirken und Hilfeketten über den Seniorensozialdienst einzuleiten. Zum anderen ein Informationsblatt „Was kann der Seniorensozialdienst für Sie tun?“, welches in einer breit angelegten Öffentlichkeitsarbeit und über die Netzwerkpartner gestreut wird.

Wichtig ist jetzt, die Netzwerkarbeit mit Partnern, um das initiierte Frühwarnsystem weiterzuentwickeln und zu evaluieren. Ziele und Aufgaben sind so klar definiert:

- Bürger und Kontaktpartner nehmen frühzeitig Personen in schwierigen Lebenslagen wahr.
- Sie können „informieren“ und/oder „weitervermitteln“.
- Es findet ein professioneller Umgang mit der Thematik statt.
- Fallmanagement und Vernetzung dient der Erarbeitung von Handlungsstrategien.
- Verantwortlichkeit ist definiert und beugt damit Problemdelegation vor.
- Unterstützung von Betroffenen, „Tätern“ und den „Anzeigenden“ findet parallel statt.

„Wichtig ist es, dass etwas in Gang kommt, bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist.“ Das Teilprojekt „Frühwarnsystem“ ist also ein vorbeugendes Projekt im Sinne der Primärprävention zum frühzeitigen Erkennen von Störungen oder negativen Entwicklungen im Leben älterer Menschen. Berücksichtigt werden dabei vielfältige Einflüsse und Risikofaktoren im gesundheitlichen und sozialen Bereich.

Der Soziale Hausmeister

Das Konzept wurde von der Chemnitzer Siedlungsgemeinschaft eG entwickelt. Als Kooperationspartner konnte das SFZ Förderzentrum gGmbH gewonnen werden. Die zwei wesentlichsten Aspekte (Qualifizierung und Finanzierung) des Konzeptes „Sozialer Hausmeister“ werden stetig im Projekt Chemnitz+ weiterentwickelt und evaluiert.

Seit 2014 ist der Soziale Hausmeister mit seinem Mops John-Paul im Flemminggebiet unterwegs. In den ersten Monaten des Pilotprojektes konnte Herr Feuerhack bereits vielen Bewohnern des Flemminggebietes unterstützend zur Seite stehen und bei Bedarf Hilfe organisieren. Er sieht sich wie folgt: „Ich verstehe mich als Mittler zwischen Bewohnern und Akteuren, habe ein offenes Ohr für die Anliegen und Anregungen oder Probleme meiner Gesprächspartner. Mir ist es wichtig, dass die Altendorfer wissen, welche Hilfen vor Ort vorhanden sind, z. B. wenn es darum geht, möglichst lange selbstständig und selbstbestimmend in den eigenen vier Wänden wohnen zu können.“

Der Soziale Hausmeister ist eine Kontakt- und Vertrauensperson im Wohngebiet, die im Alltag vor allem Familien und Senioren bei Kleinigkeiten zur Seite steht, als auch in schwierigen Situationen berät und weitere Hilfen vermittelt. Der enge Kontakt zum Seniorensozialdienst der Stadt Chemnitz, sozialen Dienstleistern, Vermietern sowie Bewohnern (bspw. Nachbarn) und Akteuren obliegt dem Sozialen Hausmeister. Er gestaltet das Netzwerk und baut enge Strukturen für zu unterstützende Personen auf.

Dafür gibt es eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten. Das kann z. B. eine vertraute Person, die hin und wieder vorbeischaud, eine Hilfe beim Einkauf oder bei Arztbesuchen oder auch die Vermittlung von Pflegeleistungen sein, um ein Wohnen in den eigenen vier Wänden so lange wie möglich zu ermöglichen.

Vortrag

Bessere Pflege im Pflegestärkungsgesetz I und im Pflegenetz Sachsen

Claudia Schöne

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen, Fachbereichsleiterin, Bereich Pflegeleistungen



Wer pflegebedürftig wird, muss Kosten und Risiken nicht ganz allein tragen. Dafür sorgt die gesetzliche Pflegeversicherung.

Pflegebedürftig kann jeder werden – im hohen Alter, aber auch in jungen Jahren, z. B. durch einen Unfall. Die meisten Menschen möchten dann weiterhin in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Die Pflegeversicherung hilft ihnen dabei.

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben alle, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer – voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit berechnet sich die Höhe der Leistungen. Bei einem Hausbesuch stellt ein Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen den Grad der Pflegebedürftigkeit und damit die entsprechende Pflegestufe fest.

Die Pflegekasse übernimmt Leistungen für die häusliche und stationäre Pflege. Wird der Pflegebedürftige zu Hause gepflegt, kann er zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen wählen. Beides kann auch miteinander kombiniert werden.

Zusätzlich zum Pflegegeld oder Pflegesachleistungen können weitere Leistungen beantragt werden, wie z. B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote.



Claudia Schöne

Ist eine häusliche Pflege nicht mehr möglich, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die pflegerische Versorgung, die medizinische Behandlungspflege sowie für die soziale Betreuung in einem Pflegeheim.

Um die vielfältigen Leistungen der Pflegeversicherung kennen und nutzen zu können, gibt es die Pflegeberatung. Sie erleichtert Angehörigen die Organisation der Versorgung des Pflegebedürftigen. Professionelle Pflegeberater helfen ihnen bei der Auswahl und Inanspruchnahme der passenden Sozialleistungen. Sie erfassen den Hilfebedarf und erstellen einen individuellen Versorgungsplan.

Für die Pflegeberater ist es besonders wichtig, neben den Leistungen der Pflegeversicherung auch alle anderen Angebote zur Unterstützung in der Versorgung von Pflegebedürftigen zu kennen. Eine gute Grundlage für den Austausch und die Informationen rund um die Pflege in der Region ist das PflegeNetz Sachsen. Die Arbeit im PflegeNetz richtet sich an den Zielen und Inhalten der Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung

Ausblick

AOK
PLUS

- Richtung -> bedarfsorientierte Pflege und Versorgung
- in Arbeit: **2. Pflegestärkungsgesetz ab 2017**
- Wesentlicher Bestandteil – ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
 - ❖ 5 Pflegegrade, statt 3 Pflegestufen
 - ❖ Neues Begutachtungsverfahren mit neuen Richtlinien aktuell in der Erprobung
 - ❖ Alle Pflegebedürftigen im jeweiligen Pflegegrad haben Anspruch auf die gleichen Leistungen
- Gesetzgebungsverfahren soll noch in 2015 abgeschlossen sein

Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI

der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen aus. Grundauftrag ist dabei die Sicherstellung einer vernetzten Pflegeberatung, die den Betroffenen helfen soll, eine direkte, schnelle, umfassende und trägerübergreifende Beratung und Unterstützung in pflegefachlichen Fragen in Anspruch zu nehmen.

Weitere Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung finden Sie im Internet unter www.aokplus-online.de oder zum PflegeNetz unter www.pflegenetz.sachsen.de.

Vortrag

Ganzheitliche Pflege am Menschen orientieren – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neuordnung von Teilhabe und Pflege

Gerd Künzel

Vizepräsident des DRK-Landesverbandes Brandenburg e. V.

1. Pflegestärkungsgesetz:

Das 1. Pflegestärkungsgesetz hat die Leistungen für Pflegebedürftige sowie ihre Angehörigen spürbar ausgedehnt. So wurden z. B. die Unterstützungsangebote für die Pflege zu Hause erweitert und die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen erhöht. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet.

2. Pflegestärkungsgesetz:

Mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz werden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken wird wegfallen. Im Zentrum steht der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen.

Reformkonzept von Künzel, Klie und Hoberg

(Quelle: Aufsatz zum Thema von Gerd Künzel, Thomas Klie und Rolf Hoberg)

Die alltäglichen Probleme, mit denen alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen zu kämpfen haben, lassen sich – angesichts des demografischen und sozialen Wandels – allein mit einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nicht lösen. Der Grund liegt im gegliederten System der sozialen Sicherung: Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf ist segmentiert in Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützung sowie der sozialen Teilhabe. Die gesetzlichen Leistungsansprüche verteilen sich weithin unabgestimmt

- auf die Pflegeversicherung mit einem Teilleistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit,
- auf die Krankenversicherung mit einem umfassenden Sachleistungsanspruch bei Krankheit und Behinderung,
- die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit Leistungen zur Teilhabe als steuerfinanzierter Anspruch, der zum Teil nach Bedürftigkeitskriterien eingelöst wird, und
- auf freiwillige kommunale Leistungen und die Gestaltung des örtlichen Umfeldes, die ein Pflegesetting häufig erst „rund“ machen.



Gerd Künzel

Diese Leistungsvielfalt ist für die betroffenen Menschen gerade in komplexen Fällen oftmals nicht überschaubar und hat gerade bei hohem Hilfebedarf zur Folge, dass notwendige Leistungen zum Teil gar nicht oder häufig zu spät und unkoordiniert nebeneinander erbracht werden.

Neben der Verbindung von Pflege und Teilhabe muss die Reform auch das Zusammenspiel gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen umfassen. Das Reformkonzept von Künzel, Klie und Hoberg hat daher, über die Reform des Begriffs hinaus, mehrere Elemente, die ihre Durchschlagskraft erst im Zusammenwirken der Bestandteile erreichen. Es sind dies:

1. Die Neubestimmung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und steuerfinanzierten Teilhabeleistungen (Eingliederungshilfe) mithilfe der Abgrenzung von Cure- und Carebestandteilen in der Lebenswelt der Pflege.

2. Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in dem gegliederten System der sozialen Sicherung kennt Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen, pflegerischen Unterstützung und sozialen TEILHABE. Als CURE werden medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation angeboten, geleistet und verantwortet werden.

Zu CARE zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe.

CURE-Leistungen liegen im GKV-Bereich (Gesetzliche Krankenversicherung), die CARE-Leistungen sind der Pflegeversicherung und ergänzend einem Bundesleistungsgesetz bzw. der Sozialhilfe zuzuordnen. Während CURE-Leistungen stärker den begleitenden und fachlich steuernden Aspekt einbeziehen, sollen CARE-Leistungen konsequent auf die Ressourcensituation der jeweiligen Haushalte ausgerichtet werden, primär die Sorgefähigkeit erhalten und qualifizieren, sie jedoch nicht ersetzen.

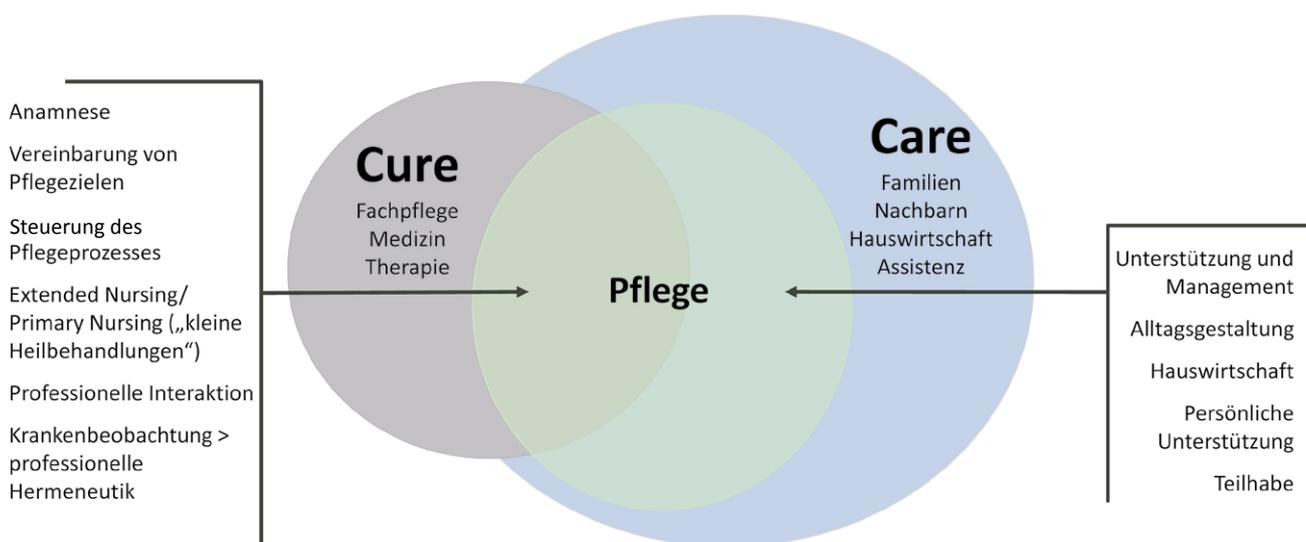
3. Änderungen der Finanzierungstechniken, die die neu gezogenen Schnittstellen unterstützen und die entsprechenden Anpassungen des Leistungsrechts.

Zugeordnet werden:

- CURE-Leistungen: zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (unabhängig vom Leistungsort)
 - Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung, ergänzt durch die Finanzierung von Leistungen zur Steuerung (fachpflegerische Versorgungs- und Hilfeplanung, Anleitung, Monitoring, Aushandlung)
- CARE-Leistungen: zur Pflegeversicherung
 - Sachleistungsbudgets: Leistungen können individuell und flexibel eingesetzt werden
 - Steuerung durch Beratung und Versorgungsplanung
 - ein hoher Unterstützungsbedarf wird leistungsrechtlich besser ausgestattet

4. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die Durchsetzung einer integrierten Steuerung vor Ort, die von den Kommunen im Zusammenwirken mit den anderen Beteiligten moderiert wird.

Ein Hilfesystem muss den Defiziten begegnen, die seine Effizienz unterlaufen. Die Mängel, um die es derzeit in der Praxis geht, zeigen sich in den Bereichen Aufmerksamkeit (für den Pflegeverlauf), Abklärung und Koordination. CURE und CARE brauchen daher leistungsträgerübergreifend sowohl ein neues Begutachtungswesen als auch eine Infrastruktur für den Aufbau von Care- und Case-Management.



Quelle: Klie, Hoberg, Künzel „Strukturreform Pflege und Teilhabe“

World Café – Thementisch 1

Wohnen und Wohnumfeld im Alter

Dagmar Socher

Projektkoordinatorin „Karmant“

(koordiniertes Quartiersmanagement im ländlichen Raum, Landkreis Meißen)

Wie wohne ich/oder möchte ich im Alter wohnen?

Die sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Diskussionsrunde möchten auch im Alter in ihren eigenen vier Wänden und im vertrauten Wohnumfeld wohnen bleiben.

Dabei besteht der Wunsch, die Wohnung selbst und mit einfachen Hilfsmitteln altersfreundlich zu gestalten. Das Wohnumfeld und Quartier sollte altersfreundlich gestaltet sein mit Nahversorgung, Gesundheits- und Freizeiteinrichtungen und einem breiten Angebot an haushaltsnahen Dienstleistungen. Im Falle von Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit werden eine ambulante Versorgung und niedrigschwellige Betreuungsangebote gewünscht.

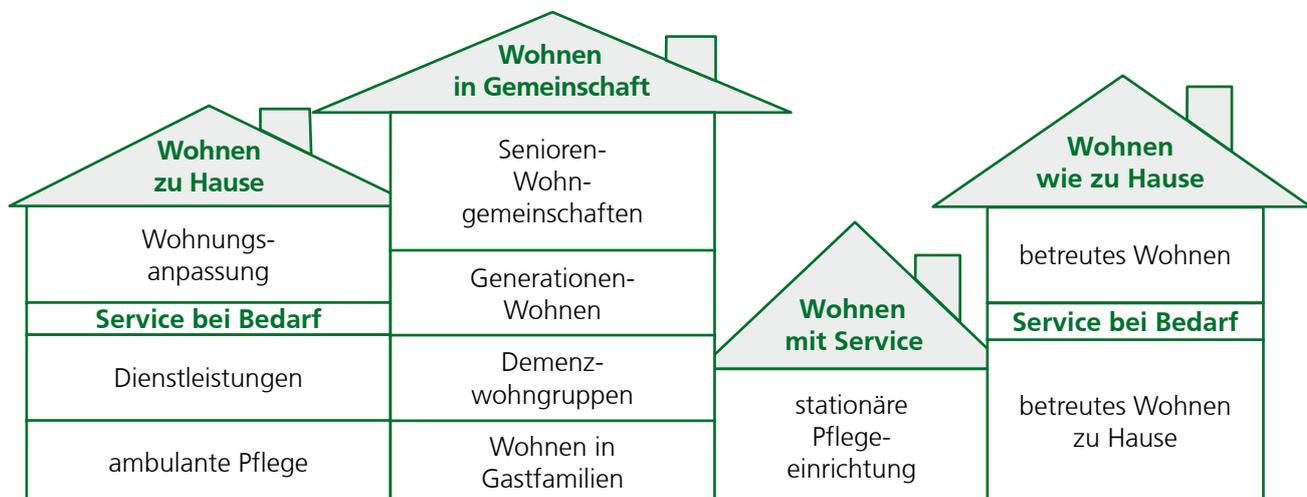


Welche Wohnmöglichkeiten im Alter gibt es?

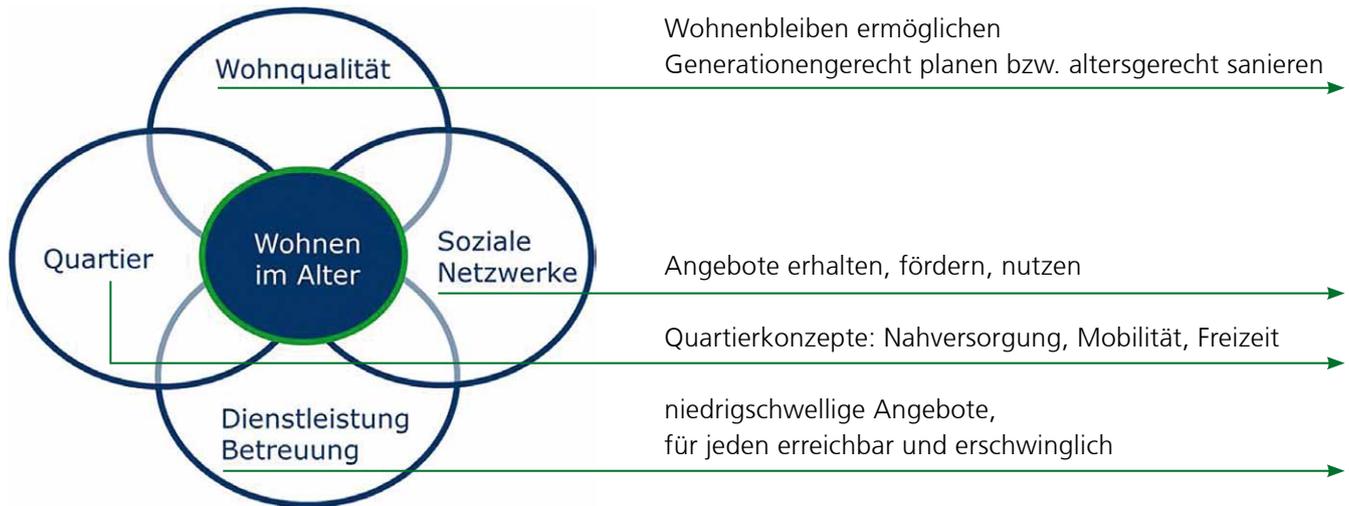
Wenn ein Wegzug aus der angestammten Wohnung notwendig ist, dann bevorzugt in eine neue barrierefreie und bezahlbare Wohnung oder in betreutes Wohnen.

Was brauchen wir zukünftig?

- Wohnberatung für Wohnungsanpassungsmaßnahmen
- barrierefreien/altersgerechten sozialen Wohnungsbau
- betreutes Wohnen
- Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz
- Tagespflegeangebote besonders auch im ländlichen Raum



Worauf kommt es an?



Wohnqualität

- ausreichende Größe
- Balkon/Freibereich
- Barrierefreiheit
- bezahlbar

Soziale Netzwerke

- gegen Vereinsamung
- gemeinsame Alltagsgestaltung
- gemeinsame Freizeitgestaltung
- Geselligkeit

Quartier

- Wohnangebote
- Wohnumfeld
- Infrastruktur
- ÖPNV
- Dienstleistungsangebote
- Freizeit- und Kulturangebote

Dienstleistung Betreuung

- für Menschen mit Unterstützungsbedarf
- für Menschen mit Pflegebedarf
- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Aufbau und Pflege eines Netzwerkes ehrenamtlich Tätiger

Welche Teilnehmer diskutierten an unserem Tisch?

- ehrenamtlich engagierte Seniorinnen und Senioren
- Leiterin eines niedrigschwelligen Versorgungsangebotes
- Geschäftsführer einer Wohnungsgenossenschaft aus der Lausitz, die mit altersgerechtem und preiswertem Wohnraum in landschaftlich reizvoller Gegend sachsenweit werben



World Café – Thementisch 2

Mobilität

Klaus Kummer

Seniorenbeirat Dresden, Stadtplaner a. D.

Die Zusammensetzung der Tischrunde ergab sowohl durch die unterschiedlichen Herkunftsorte wie auch die verschiedenen Tätigkeiten der Mitglieder eine interessante Mischung. In lebhafter Diskussion wurden die diversen eigenen Erfahrungen mit den unterschiedlichsten Problemen dargelegt – letztlich viele ähnlich kritische Positionen. Das unterstreicht die Bedeutung der Thematik und den dringenden Handlungsbedarf.

Die Mobilität im Alter ist ebenso vielfältig wie bei den Jüngeren, nur die Anteile der verschiedenen Fortbewegungsarten verschieben sich, vor allem aufgrund der bei vielen Älteren eintretenden Mobilitätseinschränkungen (die Hälfte der Behinderten sind Senioren – Rollatorflotte). Die Altersarmut hat ebenso Auswirkungen wie die vor allem bei Hochaltrigen teilweise abnehmende Fähigkeit, selbstständig mobil sein zu können.

Statt mit dem eigenen Auto oder Fahrrad zu fahren, muss zunehmend Bahn oder Bus genutzt werden, z. T. mit Begleitservice. Auch die Notwendigkeit, gefahren zu werden, nimmt zu – ob mit „Familientaxi“, Nachbarn, Freunden oder Dienstleistern. Aber es gibt auch mehr fitte Senioren mit Rad.

Aufgrund des stark begrenzten Zeitfonds konzentrieren wir uns vor allem auf den Fußverkehr und die Gehwege.

Wie ist die Situation?

- **Zufußgehen ist DIE primäre, natürliche Fortbewegungsart**, existenziell und ganzjährig alternativlos sowie kostenlos und umweltschonend
- **alle Einwohner – von Jung bis Alt – sind Fußgänger**, zumindest zeitweise auch Autofahrer, Radfahrer, ÖPNV-Nutzer
- Senioren sind mit Bus und Bahn, per Rad, per Auto, vor allem aber auch stark zunehmend zu Fuß unterwegs – entsprechend des wachsenden Anteils älterer Menschen vermehrt **mit Rollator, Rollstuhl, Gehhilfen, Langstock, Einkaufshopper**
- **tagtägliche Schwierigkeiten der Fußgänger** wegen mangelhafter oder fehlender Gehwege oder diverser Hindernisse – **im ganzen Stadtgebiet bis**



zum Stadtrand, auch dort leben Senioren und Behinderte

- über den z. T. **mangelhaften Zustand der Gehwege** wird viel geklagt, aber es gibt nur wenige Beschwerden bei Verwaltung und Politik, viele **Betroffene resignieren** oder sind zu schwach, sich zu wehren

Was machen wir bereits?

- Mitwirkung in themenrelevanten Gremien (z. B. AG ÖPNV für alle), Mitarbeit an Stellungnahmen, Verkehrskonzepten usw.
- individuell: Teilnahme an **Mobilitätstraining** mit Rollator – körperliche Fitness steigern
- **Barrierefreiheit** – zunehmende Berücksichtigung bei Straßenbaumaßnahmen, Instandsetzungen und Neubau von Gehwegen
- **„Holperpflaster“** - eine Dokumentation der Schwierigkeiten durch grobes Pflaster auf Basis einer „Selbsterfahrung“ mit Rollstuhl und Rollator (Seniorenbeirat Dresden).
- **Positive Konsequenz:** Überarbeitung des „Gestaltungshandbuchs öffentlicher Raum der Landeshauptstadt Dresden“, um den Einsatz von Holperpflaster weitgehend einzuschränken

World Café – Thementisch 3

Bildung

Prof. Alexander Andreeff

Seniorenakademie Dresden

Autorin: Kerstin Schnepel

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Ein chinesisches Sprichwort:

„Willst Du für ein Jahr voraus planen, so baue Reis an. Willst Du für ein Jahrzehnt vorausplanen, so pflanze Bäume. Willst Du für ein Jahrhundert planen, so bilde Menschen.“

Der Thementisch Bildung wurde von Herrn Prof. Alexander Andreeff angeboten, um Wünsche und Vorstellungen für eine Bildung im Alter zu formulieren. Auch wenn eine rege Diskussion aufgrund einer Nichtinanspruchnahme des Thementisches ausblieb, wurden folgende Thesen und Vorstellungen formuliert:

Die Leitfragen „Was brauchen wir?“ und „Was machen wir?“ wurden anhand der drei Thesen beantwortet:

Drei Thesen:

1. These:
Ohne eine relativ hohe Bildung ist eine demokratische Staatsform dem Untergang geweiht.
2. These:
Bildung ist die Fähigkeit, die Welt und die Gesellschaft zu verstehen und sie mitzugestalten.
3. These:
Die Demokratie als vorherrschende Staatsform in den entwickelten Ländern funktioniert nur, wenn der Bürger über eine gute Urteilskompetenz verfügt.

Folgende Anregungen und Gestaltungsideen wurden zur Leitfrage „Was brauchen wir?“ notiert:

Aktive Kommunalverwaltung

(z. B. Erstellung von Dorfbiographien, um Verbundenheit der Menschen zum Wohnort und Wissen festzuhalten)



Altersgerechte Informationsvermittlung

(Schnelligkeit in Wort und Bild reduzieren, Beispiel Radio, Fernsehen)

Bildungsangebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand in die Arbeitgeberstruktur installieren, um die Gestaltung des „Ruhestandes“ zu ermöglichen.

Der Bildungsbedarf

wird in den kommenden Jahren steigen, da die Generation der eher jüngeren Senioren bildungsgewohnter ist

Neue Kommunikationskultur

durch die elektronischen Medien, die krankheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen überwinden und kompensieren. Dafür Strukturen schaffen z. B. „Internet-Cafés für Senioren“

Kommunikationszentren und -orte

erhalten und pflegen (z. B. Tante-Emma-Läden, Bibliotheken)

Bildungsangebote für Senioren

nach der Berufsphase anbieten (breites Themenspektrum und vielfältige Angebotsstrukturen)

Altersgerechte Kulturangebote

(Kino, Musik etc.), um Vereinsamung in den Wohnungen vorzubeugen

Hilfe zur Teilhabe

(z. B. Bank, Bahn)

„Was machen wir?“

Wir verfügen über Bildungsangebote der Kirchgemeinden (z. B. Seniorentreffs), Begegnungsstätten und Volkshochschulen, unterschiedlicher Streuung und Niveaus.

Als Fazit wurde zusammengefasst, dass Bildung Platz und Raum benötigt. Zum anderen ist für ein gesundes Altern nicht nur körperliche Mobilität, sondern auch geistige Mobilität mit intellektuellen Herausforderungen nötig.



World Café – Thementisch 4

Pflege in der Unterstützung durch die Kommune, niedrigschwellige Angebote

Karl-Friedrich Schmerer

Geschäftsführer der Heim gemeinnützige GmbH für medizinische Betreuung, Senioren und Behinderte Chemnitz

Wohnen im Alter für Senioren

Ziel: Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit

Mögliche Wohnformen:

- eigene Wohnung
- Wohnen bei Angehörigen
- betreutes Wohnen
- Senioren WGs
- stationäre Pflegeheime

Weitere Einrichtungen des Wohnens bzw. zur stundenweisen Betreuung:

- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- ggf. Nachtpflege

Faktoren zur Unterstützung und Förderung der Selbstständigkeit:

- Nutzung der Leistungsansprüche aus dem SGB V und XI (insbesondere zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Tagespflege und Verhinderungspflege)
- Inanspruchnahme von Haushaltsservice bzw. Unterstützung bei Einkauf etc.
- Nutzung moderner Technologien (Ambient Assisted Living)
- Einbeziehung von Unterstützungsnetzwerken (Mehrgenerationenhäuser, Begegnungsstätten, Alltagsbegleitern, Nachbarschaftshelfern etc.)
- guter Kontakt und Unterstützung durch Angehörige

Fazit:

- Kombination der Leistungen ist sinnvoll
- frühzeitige Information schafft Handlungssicherheit im Ernstfall
- soziale Isolation fördert den Eintritt von Pflegebedürftigkeit



- gute Betreuung und Unterstützung ist wichtig in Bezug auf Prävention bzw. Verlangsamung der Zunahme von Pflegebedürftigkeit

Angebote und Entwicklung der Heim gGmbH Chemnitz

Zusätzlich zur stationären Pflege nach SGB XI wurde(n) seit 1995:

- das erste Betreute Wohnen in Chemnitz eröffnet
- die ambulante Versorgung von Senioren auf- und ausgebaut
- die erste Tagespflege in Chemnitz eröffnet (heute fünf Einrichtungen in Chemnitz und eine in Grimma)
- mehr als 100 Wohnungen für Senioren in Chemnitz und Zschopau geschaffen
- mehr als 500 Kunden im Bereich des Haushaltsservice regelmäßig betreut
- die Betreuung einer Demenzwohngruppe organisiert
- ein Pflegeheim für ältere Menschen mit Behinderung eröffnet.

Ziel hierbei war und ist immer, die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern und zu erhalten.

Ina Mühleisen
Pflegedienstleitung Naumberger Pflegedienst

Pflege und Lebensperspektive

Thematik der zehn Teilnehmenden am Tisch war u. a.:

- die Schaffung von gebündelten Angeboten der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung
- die Integration von gebündelten Angeboten und Angeboten einer multiprofessionellen Versorgung in bestehende Quartiere und darüber hinaus die Zusammenarbeit mit der Kommune und ansässigen Bauträgern und Trägern der Wohnungswirtschaft
- bessere Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege im ambulanten Bereich
- die Problematik der Schaffung von Begegnungsräumen und in diesem Zusammenhang von Betreuungs- und Beschäftigungsangeboten im ländlichen Raum
- Altersbilder jetzt und in Zukunft (bspw. Best Ager)

Die Zahl und der Anteil der Menschen, bei denen Pflegebedürftigkeit nach SGB XI festgestellt wurde, sind in Deutschland in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen.

- im Jahr 2009 standen wir insgesamt 2,34 Millionen Pflegebedürftigen gegenüber
- im Jahr 2013 waren es schon insgesamt 2,6 Millionen Pflegebedürftige (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken)

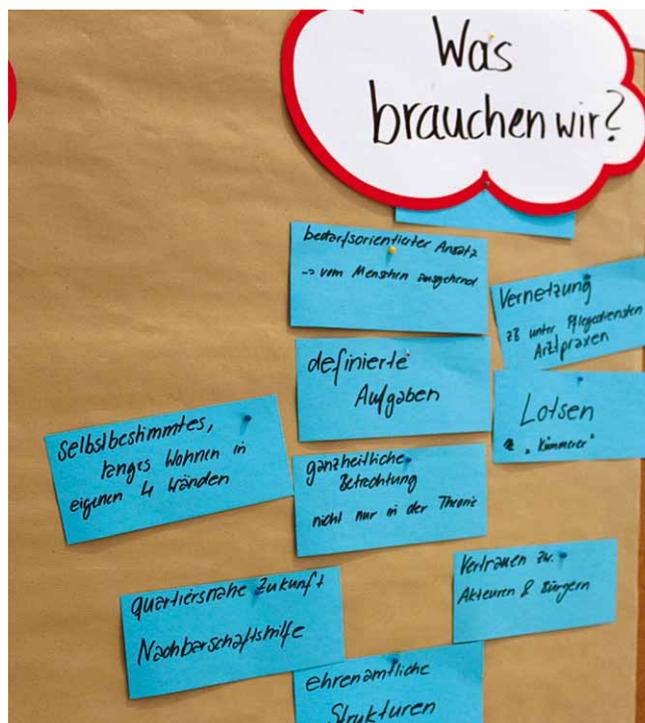
Um die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung zu erfüllen und den steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels bewältigen zu können, müssen **Strukturen vor Ort** weiterentwickelt werden.

Eine **Vielzahl von Konzepten** beschäftigte sich in den letzten Jahren mit dieser Thematik (teilstationäre Angebote wie Kurzzeitpflege und Tagespflegeeinrichtungen sowie Nachtpflege). Weiterhin ist es angedacht, ambulante Angebote zu bündeln: etwa in multiprofessionellen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, also als ambulanter Pflegedienst das Angebot zu erweitern auf o. g. teilstationäre Konzepte.

Wenn man einen Schritt weitergeht, kann man sich in diesem Zusammenhang mit quartiersnahen Pflege- und Betreuungsangeboten beschäftigen.

Ziele der Quartiersentwicklung sind:

- 1) wertschätzendes gesellschaftliches Umfeld
 - gemeinsame Identität aller BürgerInnen stärken – „Wir-Gefühl“
- 2) tragende soziale Infrastrukturen



- Aufbau, Pflege und Weiterentwicklung von Sozialbeziehungen im Quartier (Nachbarschaftsarbeit)
- 3) generationsgerechte räumliche Infrastruktur
 - barrierefreie öffentliche Räume und Gebäude
 - Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten im nächsten Umfeld (z. B. Grünflächen, Sitzbänke oder generationsübergreifende Spielplätze)
 - Begegnungsräume, z. B. in Form von Bürgertreffpunkten oder -cafés
 - nahegelegene Bushaltestellen
 - 4) bedarfsgerechte Wohnangebote
 - z. B. spezielle Wohnformen für Menschen mit Demenz
 - 5) bedarfsgerechte Dienstleistungen und Angebote verfügbar machen
 - in den Bereichen: Betreuung und Pflege, Soziales und Kultur, haushaltsnahe Dienstleistungen, Mobilitätsangebote wie z. B. Fahrdienste
 - 6) wohnortnahe Beratung und Begleitung
 - eine Anlaufstelle im Quartier, wo sich BürgerInnen Informationen, Beratung und Unterstützung holen können

Zusammenfassend lässt sich zur Diskussion am Thematisch feststellen, dass einige Teilnehmer bereits Strukturen der multiprofessionellen Pflege und Betreuung etabliert haben und andere sich im Versuch des Aufbaus solcher Angebote befinden. Tendenziell lässt sich eine positive Entwicklung dahingehend feststellen, den demografischen Wandel bedürfnis- und bedarfsgerecht zu gestalten sowie den Wünschen der alternden Bevölkerung zu begegnen.

World Café – Thementisch 5

Hospiz- und Palliativversorgung

Cornelia Lorenz

Leiterin Ambulante Dienste, Gemeinnütziges Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-Buchholz GmbH (WPA)

unterstützt durch

Martina Welter

Koordinatorin Palliativversorgung, Gemeinnütziges Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-Buchholz GmbH (WPA)

1. Was machen wir bereits?

Begonnen wurde die Runde mit einer kurzen Vorstellung unserer Person und unserer Tätigkeit im Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-Buchholz (WPA). Es erfolgte die Frage nach einem Kontakt der Teilnehmer mit einer stattgehabten palliativen Situation in ihrem unmittelbaren Umfeld.

Erarbeitet wurden die bereits vorhandenen Kapazitäten. Es wurde von der persönlichen Erfahrung der Teilnehmer mit dem Brückenteam, mit Krankenhäusern und der Versorgung in Altenheimen berichtet. Zur Sprache kam immer wieder, dass es zu wenige Anlaufpunkte gäbe, Ärzte aufgrund ihres engen zeitlichen Budgets in solch existenziellen Grenzsituationen oft schnell überfordert wären und dass die zu betreuenden Patienten im Hinblick auf den weiteren Weg eine oftmals große Unsicherheit verspüren. Der Wunsch nach menschlicher Zuwendung, nach Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse in so einer Situation und die Frage nach dem geeigneten Ort für das letzte Stück Lebensweg war ein großer Diskussionspunkt und nahm einen großen Teil des zeitlichen Budgets ein.

2. Was brauchen wir zukünftig?

Einig waren sich alle Beteiligten darüber, dass es auch in Zukunft in unserer Gesellschaft ein sehr präsent aber auch brisantes Thema sein wird. Der Wunsch nach mehr Palliativstationen in Kliniken, vor allen Dingen auch nach Palliativbereichen in Senioreneinrichtungen, nach mehr Transparenz der bereits angebotenen Palliativleistungen und nach einer guten Ausbildung für Pflegende und Ärzte im Bereich Palliativmedizin prägte die Diskussionsrunde. Man wünschte sich auch mehr Zusammenarbeit der an der Pflege Schwerstkranker und Sterbender beteiligten Professionen. Der Netzwerkausbau sei unbedingt weiter und engmaschiger voranzutreiben (siehe Hausärzte, SAPV Team (SAPV = spezialisierte ambulante Palliativversorgung), ehrenamtliche Hospizvereine,



Kliniken etc.). Wir brauchen wieder mehr das Besinnen auf den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und nicht das Betrachten auf losgelöste einzelne Bereiche des Lebensumfeldes.

Wir brauchen mehr Wahrnehmung der Bedeutung und der Stellung der Krankenpflege seitens der Politik – die Anerkennung der auf diesem Bereich geleisteten Arbeit muss erhöht werden. Die Teilnehmer wünschten sich mehr Pflegepersonal und mehr Palliativärzte in den jeweiligen Einrichtungen. Dies würde nämlich den zeitlichen und therapeutischen Rahmen für eine gute Sterbebegleitung sowie die fachliche Begleitung in Kliniken und Seniorenpflegeeinrichtungen um ein wesentliches Stück verbessern. Es wurde auch die Frage nach einer besseren Integration der Palliativausbildung für Pflegepersonal und Ärzte in ihre Ausbildungszeit bearbeitet.

Insgesamt war die für die Bearbeitung dieser Frage die zur Verfügung stehende Zeit einfach zu kurz.

3. Mögliche erste Schritte?

- Einen weiteren, sehr raschen Aufbau der Netzwerkarbeit der Palliativbetreuung sowie die weitere Integration des Hospizgedankens in unsere Gesellschaft. Dabei sollten vor allen Dingen die ehrenamtlichen Hospizvereine intensiver in die Begleitung eingebunden werden.
- Ein weiteres Erschaffen rechtlicher Grundlagen für die Entstehung von SAPV-Teams und deren Handlungsspielräume, vor allen Dingen im ländlichen Raum – ein SAPV-Team sollte nicht für ein zu großes Gebiet zuständig sein, vor allem auf dem Land (siehe zu lange Anfahrtswege, z. B. auch unter Berücksichtigung der schlechten Jahreszeit).
- Integration der Palliativmedizinausbildung in das Medizinstudium sowie die palliativpflegerische Ausbildung in die Krankenpflegeausbildung.
- Erschaffung der Möglichkeiten seitens der Gesetzgeber, in Senioren- und Altenpflegeeinrichtungen „Palliativstationen“ zu errichten, da auch immer mehr jüngere Menschen in solchen Einrichtungen ihr letztes Stück Lebensweg gehen müssen (aufgrund der Zunahme von schweren Erkrankungen und der begrenzten Anzahl von zur Verfügung stehenden Hospizplätzen ...).
- Verbesserung und oftmals auch erst Schaffung der Kommunikation aller an der Pflege und Betreuung beteiligter Professionen, als „Profession“ sind hier auch die Angehörigen zu verstehen.



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei dieser Diskussionsrunde sehr viele persönliche Erlebnisse und Erfahrungen die Basis für unser gemeinsames Gespräch waren. Die Beteiligten wünschten sich einstimmig einen sehr raschen Ausbau der Palliativangebote, eine höhere Wertschätzung des Pflegepersonals und der Ärzte (z. B. durch eine angemessene Bezahlung vor allen Dingen im Pflegesektor).

Der Wunsch nach Sicherheit und respektablem Umgang miteinander war immer wieder Grundtenor des Gespräches, ebenso aber auch die Angst vor „dem Abgeschoben werden“ in der Phase des letzten Lebensabschnittes. Der Wunsch nach Beständigkeit und einem relativ lange selbstbestimmten Handeln ist groß!

World Café – Thementisch 6

Gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung & Prävention

Christiana Tröger

Seniorenvertretung Zwickau

Autor: Denis Spatzier

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Wie kann in Sachsen eine gute gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung gewährleistet werden? Welche Ansätze und Konzepte gibt es in den einzelnen Kommunen und Landkreisen und wo besteht zukünftig Handlungsbedarf? Mit diesen Fragen beschäftigten sich die Teilnehmenden an diesem Thementisch.

Im Zuge des demografischen Wandels steht der Freistaat Sachsen vor großen Herausforderungen. Im Jahr 2030 werden hierzulande – so ein Szenario der Bertelsmann-Stiftung – ca. 240.000 Einwohner¹ weniger leben. Während die großen Städte wie Dresden und Leipzig wachsen, schrumpft die Bevölkerung im ländlichen Raum. Dem gegenüber steht eine steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen, die im Jahr 2030 auf rund 192.000 prognostiziert wird². Das entspricht einer Zunahme gegenüber dem Jahr 2009 von rund 46 Prozent. Um trotz dieser Entwicklungen eine adäquate, flächendeckende und wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, bedarf es einer Anpassung und Verbesserung der Rahmenbedingungen. Mit dem Versorgungsstruktur- und Versorgungsstärkungsgesetz wurden auf Bundesebene bereits gesetzliche Regelungen getroffen, um die zu erwartenden Versorgungslücken zu schließen. Zudem enthält das vom Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz einen Auftrag für die Soziale Pflegeversicherung. So sollen künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden.

Was haben wir?

Ein Blick auf die Beispielansätze und -konzepte, die am Tisch zusammengetragen wurden, zeigt, dass es sowohl im Bereich der gesundheitlichen Versorgung als auch in der Gesundheitsförderung zahlreiche Programme, Netzwerke und Institutionen gibt, die sich in den Themenfeldern engagieren und Lösungen erarbeiten. So haben



sich in Sachsen neben Ärztenetzwerken (z. B. Ärztenetz Leipzig) viele koordinierte Pflege- und Geriatrie Netzwerke etabliert (z. B. Pflegenetz Sachsen, Pflegenetz Dresden, GeriNet Leipzig, GerN Radeburg). Im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung wurden das europäische Gesunde-Städte-Projekt der WHO (Dresden) und das deutsche Gesunde Städte-Netzwerk (Mitglieder Dresden, Chemnitz, Crimmitschau und Leipzig) geschaffen. Als ein Beispiel koordinierter medizinischer Versorgung brachte eine Teilnehmerin die Medizinischen Versorgungszentren ein. Hingewiesen wurde außerdem auf den vom Seniorenbeirat und Pflegenetzwerk Dresden in Kooperation erarbeiteten Pflegeüberleitungsbogen, der die Übergänge von stationärer und ambulanter Versorgung und Pflege verbessert.

Was brauchen wir?

Neben dem Wunsch, für entsprechende Rahmenbedingungen und Strukturen zu sorgen, wurden vor allem Bedarfe hinsichtlich eines koordinierten Vorgehens und ei-

¹ Bertelsmann Stiftung „Wegweiser Kommune“: Bevölkerungsprognose Sachsen; https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/Bevoelkerungsprognose_Sachsen.pdf; letzter Zugriff 14.09.2015.

² Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): IAB-Regional 2/2012; Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz; Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen Modellrechnungen auf Kreisebene bis zum Jahr 2030; http://doku.iab.de/regional/s/2012/regional_s_0212.pdf; letzter Zugriff 14.09.2015.

ner sozialräumlichen Orientierung bei den Angeboten geäußert. Außerdem sprach eine Teilnehmerin das Engagement der Leistungserbringer an (z. B. Ärztinnen und Ärzte). So braucht es Anreize für bestimmte Akteure, damit diese in den Prozessen mitwirken. Neben der Etablierung von präventiven Hausbesuchen durch Ärzte oder arztentlastende Dienste, vor allem im ländlichen Raum, sei auch die Sensibilisierung für die Aufgaben mithilfe einer zielgerichteten Öffentlichkeitsarbeit wichtig.

Erste Schritte

In erster Linie, so die eine Teilnehmerin, müssen die Kommunen ihren gesetzlichen Auftrag zur Daseinsvorsorge erfüllen. Möglichkeiten ergeben sich dabei mit der Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetzes. Es sollte zudem die Bildung von (Pflege)Netzwerken weiter gefördert sowie Institutionen und Organisationen (z. B. Mehrgenerationenhäuser) mit dem Ziel verbindlicher Kooperationen auf kommunaler und Länderebene geöffnet werden.

Fazit und Kernbotschaft

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass es für Sachen wichtig wäre, ein „positives und ressourcenorientiertes Altersbild“ zu entwickeln und die Versorgung und Gesundheitsförderung daran auszurichten. Denn: Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung haben gemeinsame Ziele:

1. ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe der älteren Menschen zu ermöglichen
2. barrierearme, niedrigschwellige, sozillagensensible und wohnortnahe Angebote zu schaffen
3. integrierte, sozialraumorientierte Strategien für Stadt und Land zu entwickeln
4. familiäres und zivilgesellschaftliches Engagement zu fördern und wertzuschätzen



Die Teilnehmenden des Thementisches „gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention“ kamen aus den Bereichen kommunalpolitische und allgemeine Seniorenarbeit, geriatrische Versorgung und Gesundheitsberatung.

World Café – Thementisch 7

Soziale und politische Teilhabe, Ehrenamt

Heidemarie Fischer

Seniorenvertretung Löbau/Zittau

Autorin: Silke Meyer

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Die sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen aus unterschiedlichen Regionen Sachsens (Pirna/Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge, Dresden, Landkreis Görlitz, Kamenz/Landkreis Bautzen) und sind durchweg mit großem Engagement ehrenamtlich tätig. Einige der Tischgäste waren bereits während ihrer Berufstätigkeit in Interessensverbänden aktiv und führen ihr Engagement in neuen Kontexten fort.

Was machen wir bereits?

Landesweite und regionale Aktivitäten wurden beispielhaft zusammengetragen:

- Krankenhaus- und Geburtstagsbesuche
- Seniorenvertretung (regional, landesweit)
- Mitarbeit in Arbeitsgruppen (AG Wohnen)
- Erstellung von Informationsmaterial (Seniorenratgeber)
- Nachbarschaftshilfe über die Kirchengemeinde
- Koordinierung und Organisation von Veranstaltungen und Festen

Was brauchen wir zukünftig?

Die Teilnehmenden betonten, wie wichtig Anerkennung und Wertschätzung für die Motivation für ein ehrenamtliches Engagement sind.

Es fehlt Nachwuchs für das Ehrenamt und manche Positionen und Tätigkeiten können personell nicht gefüllt werden. Hinderlich für die Gewinnung von Ehrenamtlichen sind u. a. komplizierte Förderprogramme, die für die Erstattung von Unkosten ein sehr aufwendiges Verfahren vorsehen.

Eine verstärkte Förderung des ländlichen Raumes ist nach Einschätzung der Teilnehmer ebenfalls dringend erforderlich. So sind ärztliche Versorgung vor Ort, das lokale Angebot an Dingen des täglichen Bedarfs und die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr für Seniorinnen und Senioren im ländlichen Raum existenziell.



Nicht zuletzt ist eine bessere politische Unterstützung notwendig. Dies kann über die Stärkung von Mitwirkungsmöglichkeiten für Seniorinnen und Senioren erfolgen. Eine Änderung der Kommunalordnung über das „Mitwirkungsgesetz“ würde die Anhörung von Seniorinnen und Senioren als Pflicht festschreiben und eine Beteiligung in Entscheidungsprozessen gewährleisten.

Mögliche erste Schritte

Um Nachwuchs für das Ehrenamt zu gewinnen, würde sich eine unkomplizierte Aufwandsentschädigung positiv auswirken wie z. B. die Erstattung von Fahrtkosten bei Besuchsdiensten. Auch die kostenfreie Nutzung des ÖPNV bei ehrenamtlichem Engagement wäre eine Form der Aufwandsentschädigung und symbolisiert darüber hinaus Wertschätzung für die Tätigkeit.

Bewährte Kräfte aus MAE-Maßnahmen (MAE = Mehraufwandsentschädigung) können perspektivisch besser für eine ehrenamtliche Mitarbeit gewonnen werden, wenn es Möglichkeiten der Entfristung von MAEs gäbe und bei der Personalauswahl die Verbände Mitsprachemöglichkeit hätten. So könnten mögliche „Kandidaten“ besser eingebunden werden.

Insgesamt ist die Stärkung der gesellschaftlichen Rolle der Seniorinnen und Senioren eine große Herausforderung. Dies kann nur auf mehreren Ebenen gleichzeitig geschehen, wie z. B. über eine verstärkte positive Medienpräsenz.

Ein großer Schritt für mehr Teilhabe ist letztendlich auch eine politische Entscheidung, so wäre das erwähnte „Mitwirkungsgesetz“ ein Meilenstein für politische und gesellschaftliche Teilhabe von Seniorinnen und Senioren im Freistaat Sachsen.

Zusammenfassung von Heidemarie Fischer

Diskutiert wurde, wie wir den schrumpfenden Einwohnerzahlen und dem steigenden Altersdurchschnitt begegnen können.

Deshalb stand in unserem Gespräch die Frage, wie ist die „Altersfreundlichkeit“ zu erreichen, im Mittelpunkt. Das bedeutete für die Gesprächsteilnehmer, entsprechende Maßnahmen für alle Lebensalter zu planen und jetzt mit dem Handeln zu beginnen. Daraus leiteten wir die Anerkennung und Stärkung des Ehrenamtes ab, denn diese Menschen sind es, die Ideen umsetzen.

Einen wesentlichen Inhalt sahen wir im Miteinander der Generationen. Hierbei sollte das Wohnumfeld betrachtet und stärker die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Berichte dreier Referenten von Praxisbeispielen zum Thema „Eigen- und Mitverantwortung der Senioren für Lebensqualität – vom Reden zum Tun“

1. Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg in den Garten

Jürgen Scholtyssek
Volkssolidarität Dresden

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist mir eine große Ehre, hier über ein Projekt der Volkssolidarität Dresden sprechen zu können. Dieses Projekt wird von mir seit nunmehr drei Jahren erfolgreich geleitet. Mein Name ist Jürgen Scholtyssek und ich bin 77 Jahre alt.

Unser Projekt „Senioren-gemeinschaftsgarten der Volkssolidarität Dresden“ befindet sich in der Kleingartenanlage „Alte Elbe“ e.V. in Dresden-Blasewitz/Tolkewitz. Der Senioren-gemeinschaftsgarten ist 200 qm groß und hat ein Gewächshaus, eine Laube, ein Hochbeet, Bäume und eine Kräuterspirale.

Der wichtigste Gedanke bei der Schaffung des Senioren-gemeinschaftsgartens war, den Mitgliedern der Volkssolidarität, den Bewohnern in der Nähe der Kleingartenanlage und Senioren, die einen großen Garten nicht mehr bewältigen können, die Möglichkeit zu bieten, an frischer Luft das Wachsen und Werden der Natur immer wieder anschaulich vor Augen zu führen, sie zu animieren selbst tätig zu werden, ebenso wie jeder kann und will. Senioren wollen gern tätig sein. Aufgabe der Politik und der Kommune wäre es ja eigentlich, dafür die Gelegenheiten zu schaffen. Aber wie immer, das Ehrenamt macht das schon.

In unserem Senioren-gemeinschaftsgarten bekommt jeder, der es will, ein kleines Beet, auf dem er anbauen kann, was er will. Wer kein Beet möchte, arbeitet so mit, wie er es möchte. So hat ein Senior die Laube renoviert, eine Seniorin die Gestelle gestrichen, eine andere Seniorin kümmert sich um die Blumen und Sträucher usw.

Wir konnten auch einen Gartenfreund gewinnen, der 25 Jahre als Gartenfachberater tätig war. Er hilft durch seinen Rat und spürt, er wird gebraucht und ich denke, das ist besonders wichtig.

Unser Garten ist immer offen, es gibt Bänke, wo sich jeder hinsetzen kann. Das ist notwendig, da immer einige Senioren in der Kleingartenanlage spazieren gehen und bei uns gern eine Pause machen.

Selbstverständlich geben wir uns gegenseitig Unterstützung und helfen uns jederzeit bei Urlaub und Krankheit. Natürlich haben wir auch Gemeinschaftsflächen, die

gepflegt und gehegt werden. Auch dazu haben wir Gärtnerinnen, die fleißig die Blumen pflegen, neue Pflanzen besorgen und sie auch über den Winter bringen.

Einmal im Monat treffen sich alle Gärtner und Gärtnerinnen zum gemeinsamen Austausch. Dabei geht es um den Garten, aber auch was wir gemeinsam machen wollen. So hatten wir, die Mitglieder der Volkssolidarität Dresden, die Gartenfreunde und Gäste am 20. August 2015 zu einer kleinen Plauderei über Kräuter eingeladen. Jeder konnte kommen und mitmachen und es kamen 25 Personen. Eine Seniorin, sie wird oft Kräuterfrau genannt, sprach über die Verwendung und Konservierung von Gartenkräutern. Sie war erst sehr aufgeregt, hatte sich aber sehr gründlich vorbereitet und so wurde die Veranstaltung ein hervorragender Erfolg, den sie nun im nächsten Frühjahr wiederholen möchte. Sie spürt, sie wird gebraucht und das macht sie glücklich.

Anderer Seniorinnen hatten Kräuter in Flaschen, also Kräuteröle oder Essenzen vorbereitet, Kräuter getrocknet und auch ein Schnäpschen fehlte nicht. Alles wurde verkauft und unsere Gärtnerinnen waren stolz auf ihre Arbeit. Anschließend gab es selbstgebackenen Kuchen und Kräutertee. Dabei wurde munter geplaudert und Erfahrungen ausgetauscht. Alle wollen wiederkommen. Seit zwei Jahren haben wir auch die Kinder aus einer nahegelegenen Kindertagesstätte zu Gast. Sie haben ein eigenes Beet, auf dem sie Gemüse und Gewürze angebaut haben. Groß war die Freude, als die erste Ernte eingebracht wurde. Die Kinder hatten selbst erlebt, Gemüse gibt es nicht nur im Supermarkt, sondern man kann beobachten, wie aus einem Samenkorn ein Kohlrabi oder aus einer Kartoffel mehrere Kartoffeln werden.

Wir haben uns das Motto vom Gärtner Pöschke: „Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg in den Garten“ zunutze gemacht. Wer sich einmal überwunden



hat und mitmacht, der weiß auch, dass der Garten Pflege braucht. So gehen unsere elf Mitglieder fast täglich in den Garten, gießen und hacken, treffen andere Mitgärtner und sprechen mit vielen Gartenfreunden auch außerhalb des Seniorengemeinschaftsgartens. Das alles ist mit Bewegung an der frischen Luft, mit körperlichen und geistigen Anforderungen verbunden und trägt zur Stabilisierung der eigenen Gesundheit bei.

Unsere Form des gemeinsamen Gärtnerns von Senioren hat auch in der Stadt Dresden große Anerkennung gefunden und wir haben einige Spenden erhalten, die wir zielgerichtet im Garten eingesetzt haben. Dafür sind wir allen Spendern sehr dankbar. Das Projekt wurde auf dem Kleingärtnerntag in Dresden, 2 x auf der Messe Vita-Grande und in mehreren Zeitungen vorgestellt.

Ich bin davon überzeugt, dass sich in vielen Kleingartenanlagen gleiche oder ähnliche Projekte durchsetzen lassen, aber es muss sich ein ehrenamtlicher Projektleiter finden.

Auch für uns war es nicht immer einfach. Wir haben einen Garten übernommen, der sechs Jahre nicht bewirtschaftet wurde. Um daraus einen Garten zu machen, musste schwere Technik eingesetzt werden. Es gab einige besondere Anforderungen im Sanitärbereich und

auch bei der Elektrik. Wichtig war auch, dass die Wege behindertengerecht und breit genug angelegt wurden. Viele Gartenfreunde aus unserem Kleingartenverein halfen uns. Dadurch entstand viel gegenseitiges Verständnis mit den alten Gartenfreunden und uns wurden Hilfe, aber auch Pflanzen u. a. angeboten. So wurde der Seniorengemeinschaftsgarten schnell in die Gemeinschaft der Kleingärtner aufgenommen. Heute können wir immer mit Rat und Tat der übrigen Gartenfreunde rechnen. Damit führte das Projekt auch zu einem neuen Denken in einer alten Kleingartensparte.

Die wichtigste Lehre aus dem Projekt ist jedoch: Vertraue auch den Älteren. Sie haben viele Fähigkeiten und wollen sich einbringen, wenn man ihnen die Gelegenheit dazu gibt. Senioren können keine Bäume mehr ausreißen, aber sie können sagen, wie es geht. Und gerade das ist für die heutige Gesellschaft wichtig.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Kontakt Seniorengemeinschaftsgarten

Löwenhainer Str. 30, 01279 Dresden

Telefon: 0351/2591757

E-Mail: juergen.scholtyssek@t-online.de

2. Helfende Hände bilden ein starkes Netz

Christiana Tröger

Seniorenvertretung Zwickau

Die Seniorenvertretung Zwickau als Interessenvertreter der älteren Menschen der Stadt arbeitet laut Satzung ehrenamtlich, überparteilich und konfessionell unabhängig mit allen in der Seniorenarbeit Tätigen zusammen.

Kommunale Problemstellungen der Bürger ab 50 werden aufgenommen, aufgearbeitet und an die entsprechenden Ämter und Institutionen weitergeleitet. Ziel ist es, gemeinsam Lösungen zur weiteren Verbesserung der Lebensbedingungen der älteren Bürger zu generieren. Die Arbeit erfolgt dabei in sechs thematisch aufgestellten Arbeitsgruppen.

Seit April 2015 gibt es eine Arbeitsgruppe, die sich insbesondere mit den vielfältigen Gesundheitsthemen befasst. Titel: Vernetzende soziale und medizinische Absicherung für hilfebedürftige Bürger der Stadt Zwickau.

Teilnehmer der Arbeitsgruppe sind Ärzte im Ruhestand, Vertreter ambulanter und stationärer Pflegedienste, Krankenhaus, AOK PLUS, Hospizdienst, Sanitätshaus, d. h. die AG ist fachlich kompetent breit aufgestellt. Als beratendes Mitglied fungiert die Chefärztin der Geria-

trischen Klinik des HBK. Als Leiterin der AG kann ich mein Wissen aus meiner langjährigen AOK-Berufszeit sehr gut einbringen. In unserer ersten Sitzung wurden die Arbeitsthemen gemeinsam abgestimmt.

Ziele:

1. Befragung der Zwickauer Bürger insbesondere zur ambulanten und stationären Versorgung, der Pflegesituation und der Einschätzung der individuellen Gesundheitssituation.
2. Erarbeitung von Checklisten zum individuellen Umgang mit besonderen/neuen Lebenssituationen u. a.:
 - Vorbereitung Arztgespräch
 - Checkliste Krankenhausaufenthalt/Rehaufenthalt
 - Checkliste Pflege



3. Initiierung sektorenübergreifender Optimierung der medizinisch und pflegerischen Versorgung und präventiver Themen – kleinräumige Koordinierung und Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen.
4. Öffentlichkeitsarbeit insbesondere zu gesundheitsfördernden Themen.

Aktueller Stand:

Zur Zeit sind drei Studentinnen der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHS) für drei Monate im Rahmen ihres Studiums „Pflegermanagement“ in der Seniorenvertretung tätig. Gemeinsam mit einem Arzt im Ruhestand, betreue ich die Studenten, die vorrangig für unsere AG aktiv sind.

Die von der AG erarbeiteten Themenkomplexe, wie allgemeine Gesundheitsfragen, ambulante und stationäre Betreuung und Pflege wurden als Interviewfragen mit Unterstützung von Frau Prof. Rosenbaum (WHZ) formuliert, die repräsentative Stichprobe wurde ermittelt. Gespräche mit Partnern zur organisierten Mitunterstüt-

zung der Befragung laufen, d.h. Ärzte, Apotheken, Physiotherapie, Diakonie, Betreutes Wohnen, KISS u. a. werden mit einbezogen.

Ziel ist es, 500 Zwickauer Bürger und Bürgerinnen zu befragen, um basierend auf den individuellen Meinungen und Einschätzungen die Verbesserungswünsche zu kennen und tragfähige Konzepte auf kommunaler Ebene weiterzuentwickeln.

Für uns ist es auch interessant zu wissen, welcher Informationsbedarf zu o. g. Themenkomplexen besteht, um künftig mit den entsprechenden Partnern zielgerichtet und bürgernah Veranstaltungen durchzuführen.

Die Befragung wird – nach einer Testung im Rahmen einer Veranstaltung des Vereins 50 Plus – bis Anfang Dezember 2015 durchgeführt und das Ergebnis soll in Abstimmung mit der WHZ Anfang Februar 2016 vorliegen. Uns ist als AG bewusst, dass auch mit ehrenamtlichem Engagement im Gesundheitssektor einiges bewegt werden kann und muss, jedoch ohne kommunale Unterstützung bzw. Unterstützung interessierter Sponsoren der mögliche Aktionsradius sehr begrenzt ist.

3. Vom Reden zum Tun im Ehrenamt

Gedicht von Ingrid Jilg

Seniorenvertretung Landkreis Görlitz

In ihrem Gedicht betonte Frau Jilg, welchen hohen Stellenwert die Arbeit der Ehrenamtlichen hat. Kritisch beleuchtete sie sowohl die Zweiklassengesellschaft in Deutschland als auch neue Herausforderungen, die sich

durch den Zuzug von Flüchtlingen in unser Land ergeben.



In der heutigen Veranstaltung wurde bekannt, dass viele sich engagieren in unserem Land. Wir hoffen, dass dies kann so weitergehen damit für alle wird das Leben schön. Drum lasst uns gemeinsam für alle was tun und dass keiner beginnt sich auszuruhen.

Referentinnen- und Referentenverzeichnis

Referentinnen und Referenten der Vorträge:

Dr. Berner, Frank

Deutsches Zentrum für Altersfragen

Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin

Brylok, Alexandra

Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
(VSWG)

Antonstraße 37, 01097 Dresden

Künzel, Gerd

DRK-Landesverband Brandenburg e. V.

Alleestraße 5, 14469 Potsdam

Schöne, Claudia

AOK PLUS –

Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

Reicker Straße 113, 01237 Dresden

Moderatoren der Thementische:

Prof. Andreeff, Alexander

Seniorenakademie Dresden

Mosenstraße 12, 01309 Dresden

Fischer, Heidemarie

Seniorenvertretung Löbau/Zittau

Lindenberger Straße 63, 02736 Oppach

Kummer, Klaus

Seniorenbeirat Dresden

Löbauer Straße 1, 01099 Dresden

Lorenz, Cornelia

Gemeinnützige Wohn- und Pflegezentrum Annaberg-
Buchholz GmbH

Wohngebiet Adam-Ries 23, 09456 Annaberg-Buchholz

Mühleisen, Ina

Pflegedienstleitung Naumburger Pflegedienst

Postring 7, 06618 Naumburg

Schmerer, Karl-Friedrich

Heim gemeinnützige GmbH für medizinische Betreuung,

Senioren und Behinderte Chemnitz

Lichtenauer Weg 1, 09114 Chemnitz

Socher, Dagmar

Karmant – Koordiniertes Quartiersmanagement

im ländlichen Raum im Landkreis Meißen

Loose-Straße 17/19, Haus A, 01662 Meißen

Tröger, Christiana

Seniorenvertretung Zwickau,

Haus der Begegnungen,

Marienthaler Straße 164 B, 08060 Zwickau

Referentinnen und Referenten zum Thema

„Eigen- und Mitverantwortung der Senioren für Lebensqualität – vom Reden zum Tun“:

Jilg, Ingrid

Seniorenvertretung Landkreis Görlitz

Lauchaer Straße 1, 02708 Löbau OT Kittlitz

Scholtyssek, Jürgen

Volkssolidarität Dresden e. V.,

Vereinszentrum „Marie“

Breitenauer Straße 17, 01279 Dresden

Tröger, Christiana

Seniorenvertretung Zwickau,

Haus der Begegnungen

Marienthaler Straße 164 B, 08060 Zwickau

Wir danken den Förderern und Kooperationspartnern:



Impressum

Herausgeber:



LandesSeniorenVertretung für Sachsen e. V. (LSVfS)

Vorsitzende: Christel Demmler

Vorstandsmitglied: Dr. Rotraut Sawatzki

Ludwigsburger Str. 1

04209 Leipzig

Tel.: 0341 14976-882

Fax: 0341 14976-883

E-Mail: lsvfsachsen@gmx.de

www.lsvfsachsen.de

Bildnachweis:

Fotos von der Veranstaltung und von den Charts der Thementische:

Ines Borchert, Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)

Redaktion:

Stephan Koesling und Ines Borchert,

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)

Gestaltung:

Initial Werbung & Verlag

Druck:

addpring AG

Redaktionsschluss:

30. Oktober 2015

Copyright:

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.