Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA)
& Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe,
Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Seniorenpolitisches Gesamtkonzept für Landkreis und Stadt Würzburg

1. Fortschreibung und Weiterentwicklung 2015

Dokumentation der 3. Seniorenbeiratssitzung

Hospiz- und Palliativversorgung

Demografische Entwicklung 60 plus in der Region Würzburg

Pflegebedarfsentwicklung Region Würzburg

Quartierskonzepte und Inklusion
Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung / ISEK

Gerontopsychiatrische Versorgung

Leben und Wohnen im Alter

am 16. Juni 2016
im Rathaus der Stadt Würzburg

Veranstalter:

Seniorenbeirat der Stadt Würzburg:	Geschäftsführer Volker Stawski

Dokumentation:

Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern bestehen aus:

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA):	Doris Rudolf
Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS):	Christian Rindsfüßer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ..... **II**

Programm ..... **III**

Begrüßung **1**

Vorträge **3**

1 Hospiz- und Palliativversorgung 3

2 Demografische Entwicklung 60 plus in der Region Würzburg 9

3 Pflegebedarfsentwicklung Region Würzburg 15

4 Quartierskonzepte und Inklusion, Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung / ISEK 26

5 Gerontopsychiatrische Versorgung 32

6 Leben und Wohnen im Alter 42

ANHANG: Hospiz-und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Würzburg **53**

Programm

Ablauf
Begrüßung Dr. Hülya Düber rechtsk., berufsm. Stadträtin, Leiterin des Jugend-, Familien-, Sozialreferats
Hospiz- und Palliativversorgung Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot, Universitätsklinikum Würzburg Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin Dr. phil. Elisabeth Jentschke, Leitende Dipl. Psych. Gerontologin, Psychoonkologin, Neuropsychologin i.A.
Demografische Entwicklung 60 plus in der Region Würzburg Christian Rindsfüßer, Dipl. Statistiker SAGS
Pflegebedarfsentwicklung Region Würzburg Christian Rindsfüßer, Dipl. Statistiker SAGS
Quartierskonzepte und Inklusion **Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung / ISEK** Vera Gehlen, Inklusionsbeauftragte Doris Rudolf, Dipl. Geogr. AfA
Gerontopsychiatrische Versorgung Ulla Weber, Dipl. Soz. Geschäftsleitung Beratungsstelle und Berufsfachschule der Altenpflege / HALMA e.V. PD Dr. Med. M. Lauer, Geschäftsführender Oberarzt Leiter Klinische Gerontopsychiatrie Zentrum Psychische Gesundheit Klinik und Polyklinik Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Direktor: Prof. Dr. J. Deckert
Leben und Wohnen im Alter Volker Stawski, Dipl. Päd. (Univ.) Leiter der Beratungsstelle für Senioren

Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mitglieder des Seniorenbeirates, wovon ich hier die Stadträtinnen und Stadträte sowie die Vertreter der Wohlfahrtsverbände mit den Damen und Herren der Seniorenvertretung sehr herzlich begrüße.

Ich begrüße auch besonders die Damen und Herren der in der Stadt Würzburg für die Seniorenarbeit aktiven Organisationen in den Stadtteilen, den Kirchengemeinden und bürgerschaftlichen Initiativen.

Unser Dank geht auch an die Akteure der Seniorenarbeit, die uns heute in komprimierter Form die Zusammenfassung zu den Handlungsfeldern des neuen Seniorenpolitischen Gesamtkonzeptes, die kompakten Ergebnisse der Maßnahmen und Empfehlungen geben werden. Diese Maßnahmen und Empfehlungen werden für die einzelnen Bereiche handlungsleitend für die nächsten Jahre, die inhaltliche Ausgestaltung der Seniorenarbeit in Würzburg vorgeben.

Unser Dank geht hier auch an die beteiligten Akteure von der Arbeitsgemeinschaft für Sozialplanung und Altersforschung (AfA), vertreten durch Frau Doris Rudolf und dem Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS), vertreten durch Herrn Christian Rindsfüßer, die zusammen mit der Beratungsstelle für Senioren, Herrn Volker Stawski und Team federführend das neue Seniorenpolitische Gesamtkonzept für die Stadt ausarbeiten.

Im Verlauf des Programms werden Ihnen Frau Prof. Dr. Birgitt van Oorschot, der Chefin des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Würzburg und Frau Dr. phil. Elisabeth Jentschke, Psycho-Onkologin am gleichen Institut, zum Thema Hospiz- und Palliativversorgung die Zusammenfassung der Maßnahmen und Empfehlungen aus dem entsprechenden Workshop vorstellen. In diesem Kontext möchte ich auch Herrn Dr. Rainer Schäfer, Chefarzt Palliativstation Stiftung Juliusspital und Frau Sibylle Baumann, Leiterin des stationären Hospizes der Stiftung Juliusspital sowie Frau Dr. Köhler, ärztl. Leiterin Ambulanter Palliativdienst am Juliusspital und Frau Albert, Maintal-Klinik Ochsenfurt sowie dem Hospizverein, Herrn Wolfgang Engert und dem Malteser Hospiz, Herrn Georg Bischof, danken.

Im bisherigen Verlauf der Workshops wurde von allen beteiligten Einrichtungen sehr kompetent an dem neuen Seniorenpolitischen Gesamtkonzept in den Handlungsfeldern mitgewirkt. Ich möchte an dieser Stelle allen Beteiligten meinen besonderen Dank aussprechen. Hier möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Holger Höhn, den Vorsitzenden der Alzheimer Gesellschaft Würzburg und Unterfranken, Frau Dr. Alexandra Herr von der Neurogerontopsychiatrischen Tagesklinik im Bürgerspital und den beiden medizinischen Beratern der Seniorenvertretung, Frau Dr. Elisabeth Jentschke und dem ärztl. Direktor, Dr. Michael Schwab von der Neurogerontopsychiatrischen Tagesklinik im Bürgerspital, danken.

Im Weiteren wird Ihnen Herr Christian Rindsfüßer die demografische Entwicklung der Altersgruppe 60 plus in der Region Würzburg und die daraus abgeleitete Pflegebedarfsentwicklung für die Region Würzburg vorstellen. Unsere Inklusionsbeauftragte, Frau Vera Gehlen, die ich Ihnen hiermit gleich vorstellen möchte, wird uns einige grundsätzliche Ausführungen zum Thema Inklusion vorstellen. Danach folgt Frau Doris Rudolf von AfA / SAGS. Sie wird uns zum Thema Quartierskonzepte und integrierte Orts- und Entwicklungsplanung / ISEK über den aktuellen Stand in der Stadt informieren. Für den Bereich gerontopsychiatrische Versorgung werden uns Herr Oberarzt Dr. Martin Lauer, von der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Frau Ulla Weber, die Geschäftsleiterin von HALMA e.V. die Ergebnisse und Empfehlungen der Workshops zur gerontopsychiatrischen Versorgung vorstellen.

Geplant für heute ist auch das Thema „Leben und Wohnen im Alter“, unter dem Aspekt der Inklusion. Hierzu wird Herr Volker Stawski einige zentrale Maßnahmen und Empfehlungen vortragen.

Sehr geehrte Damen und Herren, die Co-Moderatoren der Veranstaltung sind Frau Doris Rudolf und Herr Volker Stawski. Im Anschluss an die Impulsreferate bitten wir Sie um Ihre weiteren konstruktiven Anregungen zu den Themen.

Ich darf allen Referentinnen und Referenten der heutigen und vergangenen Workshops zum neuen Seniorenpolitischen Gesamtkonzept sehr herzlich danken und wir wissen es sehr zu schätzen, dass Sie sich auch im Dienst die Zeit genommen haben, so tatkräftig an dem neuen Seniorenpolitischen Gesamtkonzept mitzuwirken. Wir, die Stadt Würzburg und das Kommunalunternehmen des Landkreises Würzburg, vertreten durch Herrn Prof. Alexander Schraml, Geschäftsführer des Kommunalunternehmens mit der Stabsstelle, Herrn Tobias Konrad und Kollegen sowie die Beratungsstelle für Senioren in meinem Referat sind guter Dinge, dass auch das neue Seniorenpolitische Gesamtkonzept für Stadt- und Landkreis Würzburg sehr innovative Impulse setzen wird. Diese werden wir gemeinsam verwirklichen. Der demografische Wandel betrifft uns alle und fit für die Zukunft ist nur der, der sie gestaltet. Ich danke Ihnen für Ihre konstruktive Mitarbeit und bin gespannt auf die weiteren Ausführungen.

Würzburg, 16.06.2016

Dr. Hülya Düber

Sozialreferentin

Vorträge

1 Hospiz- und Palliativversorgung

Prof. Dr. med. Birgitt van Oorschot, Universitätsklinikum Würzburg Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin

Dr. phil. Elisabeth Jentschke, Leitende Dipl. Psych. Gerontologin, Psychoonkologin, Neuropsychologin i.A.

Herausforderungen

- Zunahme der Sterbefälle von Menschen über 75 J und älter um 37 % bis 2034
- 25 % alle über 65-jährigen leiden an einer psychischen Erkrankung
- 40-50 % aller über 90-jährigen leben mit Demenz
- Multimorbidität, Polypharmazie
- Unklare, unangemessene medizinische Therapiekonzepte bei alten Menschen
- Schnittstellenprobleme

  stationär ⟷ Häuslichkeit bzw. Einrichtung

Neue Themen (I)

- S3-Leitlinie Palliativmedizin: Abstufung in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung
- Umsetzung: Palliativnetzwerk Region Würzburg

Versorgungsart	Palliativbedarf niedrig / mittel	Palliativbedarf: hoch unterstützende Angebote:	Einrichtungen:
Stationär: Krankenhaus	krankenhauspflichtig	+ Palliativdienst	Palliativstationen
Stationär: Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflege, Hausarzt Hospiz-Ehrenamt	+ Palliativambulanz + spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	
	Ambulante Hospiz-und Palliativberatungsdienste		Hospiz
Häuslicher Bereich	Sozialstation, Hausarzt Hospiz-Ehrenamt	+ Palliativambulanz + SAPV	

Neue Themen (II)

- Demenzsensibles Krankenhaus (DESI)
- Erfassung Palliativbedarf
- Ethiknetz Mainfranken

Vorantrag für ein Forschungsvorhaben beim BMBF im März 2016 eingereicht

Demenzsensibles Krankenhaus (DESI)

Uniklinik Würzburg, Februar – Juli 2016

Ziel:

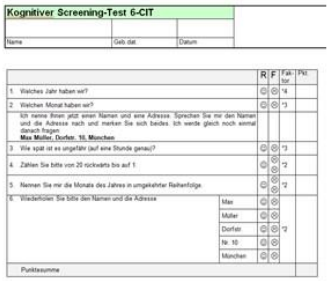
Screening bzgl. akute Verwirrheit, Demenz und Palliativberatungsbedarf bei älteren Pat. nach stat. Aufnahme → gezielte Interventionen

Delir: CAM

(1) Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf Fremdanamnestisch abklären: Gibt es Hinweise für eine akute Veränderung des geistigen Zustandes des Patienten gegenüber seinem Normalverhalten? Gibt es Tagesschwankungen innerhalb der qualitativen oder quantitativen Bewusstseinsstörung?	0 0	= 1*
(2) Störung der Aufmerksamkeit Hat der Patient Mühe, sich zu konzentrieren? Ist er leicht ablenkbar?	0	= 1*
(3) Denkstörungen? Hat der Patient Denkstörungen im Sinne von inhaltlichen, paralogischen, sprunghaften Denken?	0	= 1
(4) Quantitative Bewusstseinstörung Jeder Zustand außer „wach" wie hypervigilent, schläfrig, stuporös oder komatös	0	= 1
Die mit einem * bezeichneten Punkte sind für die Diagnose obligatorisch. Delirdiagnose wahrscheinlich bei 3 und mehr Punkten Sensitivität 94,100%; Spezifität 30-95%		

Palliativberatungsbedarf :PBB

Demenz: 6 CIT



Kognitiver Screening-Test 6-CIT

Name	Geb. dat.	Datum

	R	F	Fehlbar	Pkt.
1. Welches Jahr haben wir?	☺	☹	*4	
2. Welchen Monat haben wir?	☺	☹	*3	
Ich nenne Ihnen jetzt einen Namen und eine Adresse. Sprechen Sie mir den Namen und die Adresse nach und merken Sie sich beides. Ich werde gleich noch einmal danach fragen: **Max Müller, Dorfstr. 10, München**				
3. Wie spät ist es ungefähr (auf eine Stunde genau)?	☺	☹	*3	
4. Zählen Sie bitte von 20 rückwärts bis auf 1	☺	☹	*2	
5. Nennen Sie mir die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge	☺	☹	*2	
6. Wiederholen Sie bitte den Namen und die Adresse: Max	☺	☹		
Müller	☺	☹		
Dorfstr.	☺	☹	*2	
Nr. 10	☺	☹		
München	☺	☹		
Punktesumme				

Beteiligte:

Fachhochschule Würzburg, Pflegedirektion der Uniklinik Würzburg, Interdisziplinäres Zentrum Palliativstation Uniklinik Würzburg, Seniorenvertretung Stadt Würzburg

Erfassung Palliativbedarf

Screening auf Palliativbedarf beim Wechsel des Versorgungssettings

Pflegeheim - Uniklinik

Uniklinik - Pflegeheim

<u>Projektbeteiligte Einrichtungen:</u>

Bürgerspital, BRK Würzburg, Kommunalunternehmen

Identifikation Palliativbedarf:

- mehrere ungeplante stationäre Aufnahmen in Vorgeschichte
- Symptombelastung trotz Behandlung der Grunderkrankung
- abnehmender Allgemeinzustand
- Palliativer Behandlungsplan vom Patienten (oder seinem Stellvertreter) gewünscht oder erforderlich angesichts begrenzter Lebenserwartung und dem Behandlungsziel „Wohlbefinden bzw. Lebensqualität".

Ethiknetz Mainfranken

Initiator: Dr. med. Jochen Scheidemantel und 18 weitere Beteiligte, u.a. Juristen, Moraltheologen, Pflegende sowie die Palliativakademie Juliusspital und Vertreter der Klinischen Ethikkomitees Juliusspital, Missionsärztliche Klinik und Uniklinik

Ziele:

- Bereitstellung einrichtungsübergreifender Ethikberatung und ethischer Fallbesprechung für Mainfranken
- Weiter- u. Fortbildung, Supervision zu ethischen Themen
- Durchführung und/oder Vermittlung von Ethik-Beratung
- Bereitstellung und/oder Vermittlung von Entscheidungsassistenz für eingeschränkt selbstbestimmungsfähige Personen;
- Mitwirkung an der Beratung zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g SGB V.

Fazit

- Allgemeine und spezialisierte Palliativangebote gut vernetzt in Stadt und Landkreis Würzburg:
  - Palliativnetzwerk Region Würzburg
- Optimierung der Schnittstellen
  - DESI-Projekt Uniklinik & FH Würzburg
  - Unterstützung bei Wechsel Versorgungssetting
    - Pflegeheim – Uniklinik durch Palliativdienst
- neu: Ethiknetz Mainfranken
- <u>Desiderat</u>: innovative, quartiernahe Versorgungsangebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die auch die Versorgung sterbender dementer Patienten mit komplexem Pflege- und Palliativbedarf sicherstellen

Im ANHANG finden Sie eine Ausarbeitung über die bestehenden Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung, Bedarfe und Maßnahmenempfehlungen.

Ergänzungen zum Vortrag:

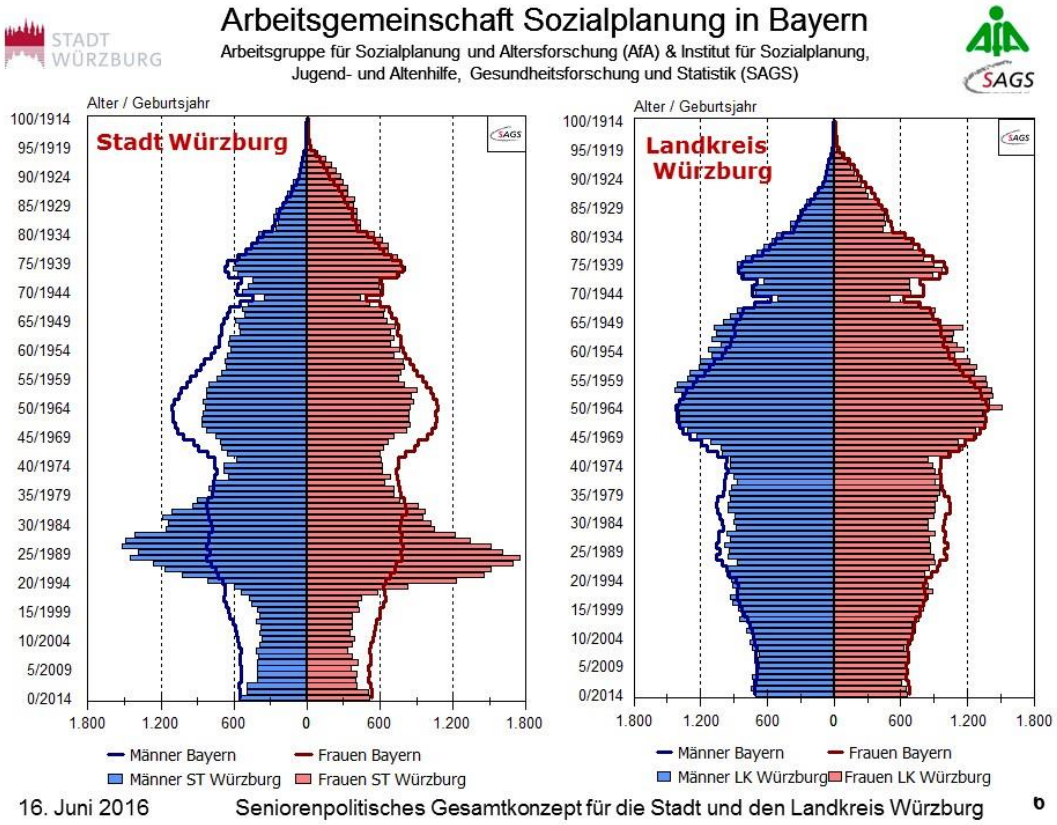
- Im hohen Alter sind in der medizinischen Versorgung häufig eine Vielzahl verschiedener Ärzte beteiligt. Im Idealfall muss es einem „starken“ Hausarzt gelingen, diese Aktivitäten zusammenzufassen und zu koordinieren.
- Die heutige Medizin ist sehr leistungsfähig. Im Alter muss jedoch irgendwann die Lebensqualität vor der Heilung und Lebensverlängerung stehen. Dabei müssen die individuellen Ziele der Menschen im Mittelpunkt stehen. Die Trennung stationär – ambulant erschwert in diesem Zusammenhang den notwendigen ganzheitlichen Blick. Dabei muss der gerontologische Anteil der Palliativmedizin gestärkt werden, die sich ursprünglich im Bereich der Tumorversorgung entwickelt hat.
- Das Palliativnetzwerk Region Würzburg ist sehr leistungsfähig. Das Hospiz und die Palliativstation u. a. sind wichtige Angebote. Eine gute Begleitung von Sterbenden muss aber v. a. auch im häuslichen Bereich möglich sein. Deshalb soll in der Zukunft ein Schwerpunkt in der Verbesserung der Palliativversorgung von Patientinnen und Patienten mit niedrigem und mittlerem Bedarf gesetzt werden. Durch den Aufbau der SAPV-Angebote wurde deutschlandweit vor allem die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit hohem Bedarf gefördert. Das neue Palliativgesetz bietet die Chance, stärker in die Breite zu gehen und die APV zu stärken. Dabei muss die Versorgung im Quartier geplant werden. Dafür gibt es ein Konzept von Dr. Engelke, das eine Einbindung der Sozialstationen vorsieht. Das konkrete Vorgehen müsste zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden bzw. Sozialstationen unter Einbindung weiterer (z. B. Fachstelle für pflegende Angehörige) in den Quartieren entwickelt werden.
- Geplante Projekte in diesem Bereich:
    - Projekt Demenzsensibles Krankenhaus DESI
      Screening bzgl. Demenzen und Palliativbedarf. Seit 2/2016 in Zusammenarbeit mit Studierenden an der Uniklinik Würzburg.
      Juli 2016 Workshop mit ersten Ergebnissen
    - Screening auf Palliativbedarf beim Wechsel zwischen Pflegeheim und Klinik (und umgekehrt)
    - Ethiknetz Mainfranken
      Bereitstellung einrichtungsübergreifender Ethikberatung und ethischer Fallbesprechung in Mainfranken

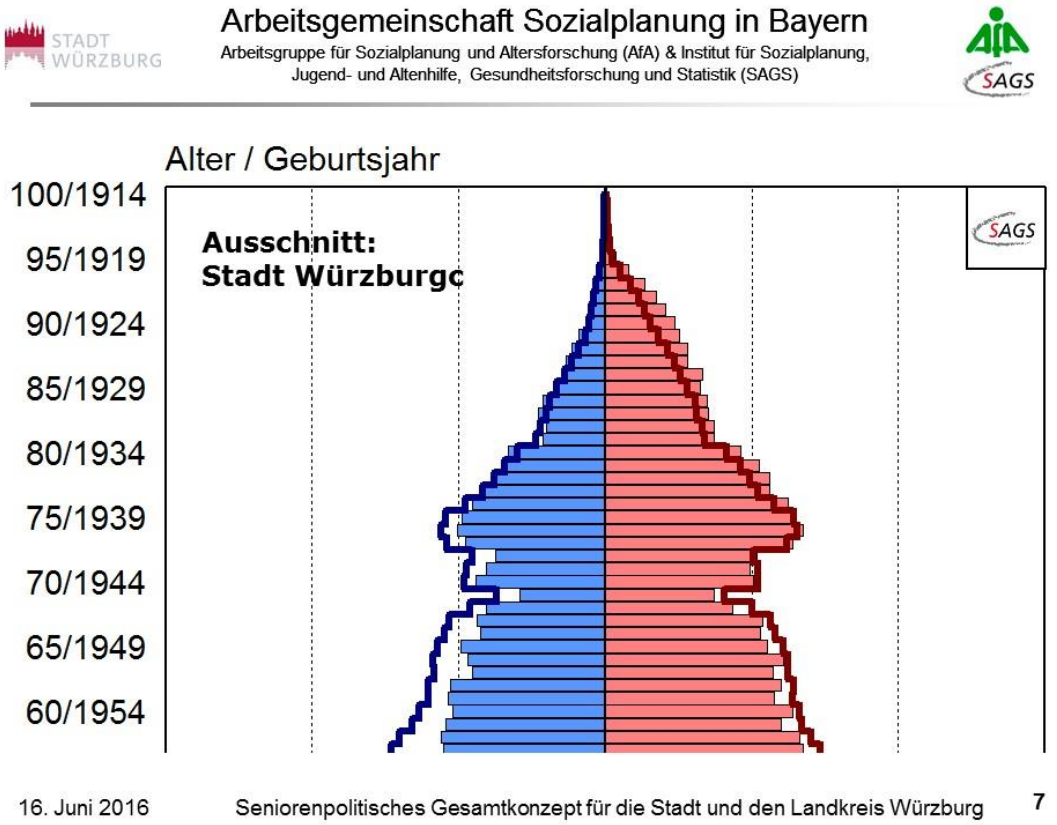
Weitere Diskussionsbeiträge:

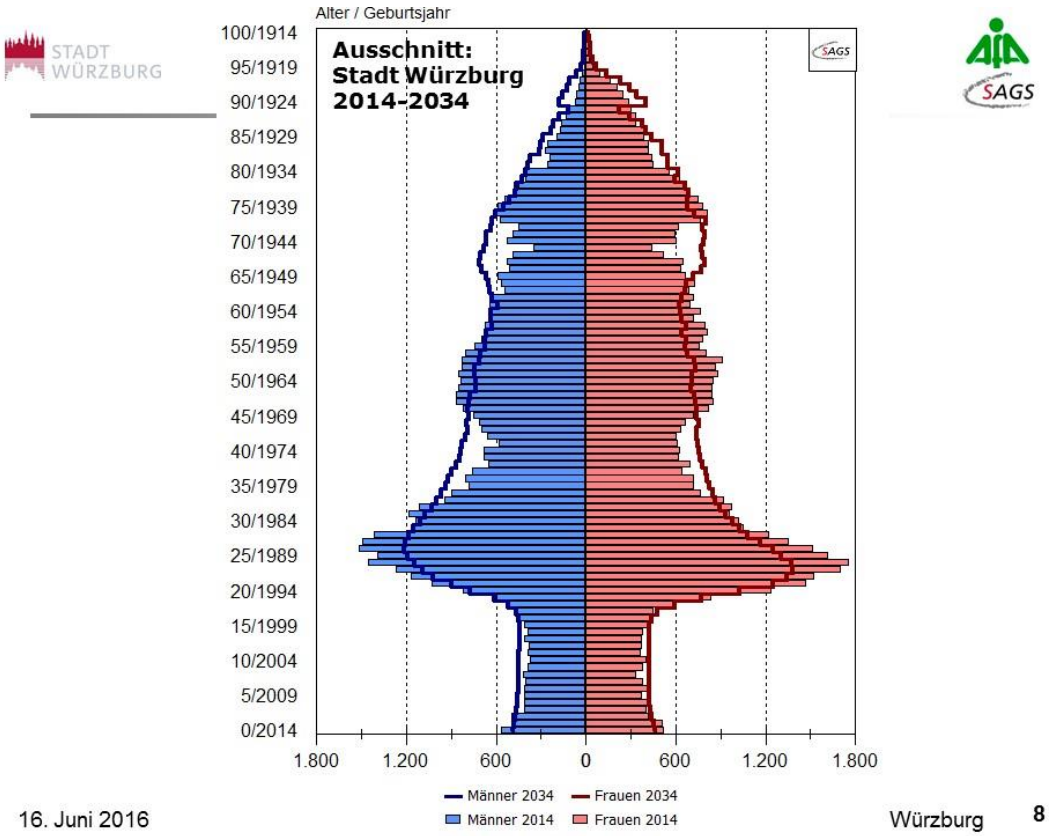
- Frau Hahn (AWO Würzburg) weist darauf hin, dass es von Seiten der AWO-Einrichtungen bereits eine Zusammenarbeit mit den Hospizeinrichtungen gibt, diese aber nicht strukturiert erfolge. Deshalb müssen Instrumente entwickelt werden, um frühzeitig und systematisch die bestehenden Angebote bei Bedarf einzubinden.
- Aus dem Plenum wird in diesem Zusammenhang auf die bereits bestehende Quartiersarbeit am Heuchelhof hingewiesen.
- Ehrenamtliche / Hospizhelferinnen und -helfer, die in entsprechende Quartiersprojekte zur Hospiz- und Palliativversorgung eingebunden werden, benötigen eine Ausbildung und kontinuierliche Begleitung (ggf. Supervision).
- Aus dem Plenum wird auf die in den Pfarreien organisierten Nachbarschaftshilfen hingewiesen. Diese arbeiten an sich gut, häufig fehlt jedoch eine Verknüpfung zu anderen Angeboten. Am Hubland sei die Situation so, dass der Austausch nicht ausreicht, weil die Entwicklungen des Stadtteils die Entwicklung der Planungen (im sozialen Bereich) überholt. Das Hubland biete eine Chance, von vornherein vernetzte Strukturen auf Quartiersebene aufzubauen.
- Frau Dr. Düber verweist darauf, dass das Hubland die Chance bietet, hier von vornherein gute Strukturen zu entwickeln. Sie verdeutlicht, dass es sich hier um einen Entwicklungsprozess handelt. Im Hubland wurden bisher die sozialen Grundstrukturen und notwendigen Einrichtungen geschaffen. In einem nächsten Schritt müssen die Seniorenvertretung, die Inklusionsbeauftragte und die Kirchen eingebunden werden.

2 Demografische Entwicklung 60 plus in der Region Würzburg

Christian Rindsfüßer, Dipl. Statistiker SAGS

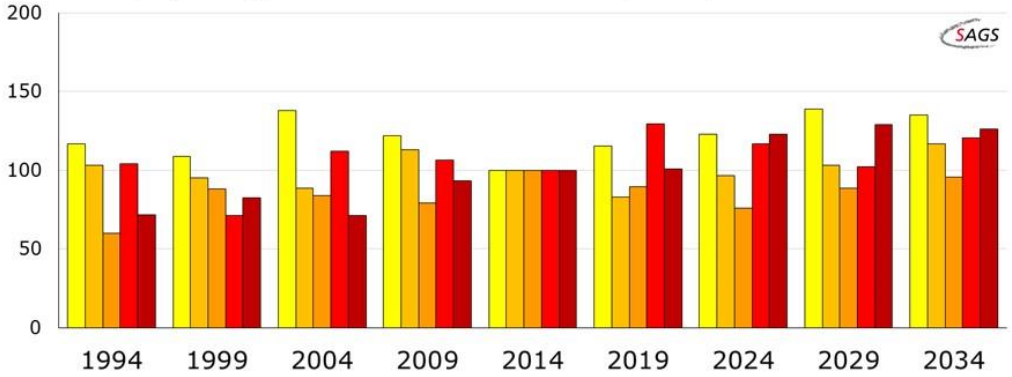






Entwicklung der älteren Bevölkerung in der Stadt Würzburg 1994 - 2034 mit Wanderungen

In % (Diagramm), 2014=100 % bzw. in Personen (Tabelle)



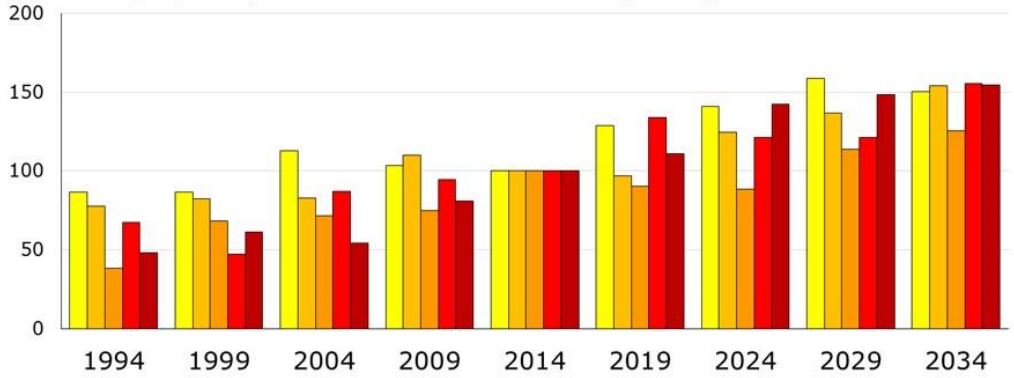
65-69	6.320	5.888	7.440	6.594	**5.397**	6.235	6.649	7.504	7.296
70-74	6.268	5.773	5.379	6.852	**6.057**	5.039	5.844	6.253	7.067
75-79	3.600	5.280	5.025	4.765	**5.996**	5.380	4.562	5.324	5.734
80-84	3.875	2.648	4.163	3.966	**3.718**	4.811	4.350	3.800	4.490
85 u. ä.	2.887	3.316	2.864	3.751	**4.018**	4.053	4.935	5.192	5.075

65-69 70-74 75-79 80-84 85 u. ä.

Quelle: AfA/SAGS 2015, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Entwicklung der älteren Bevölkerung im Landkreis Würzburg 1994 - 2034 mit Wanderungen

In % (Diagramm), 2014=100 % bzw. in Personen (Tabelle)



	1994	1999	2004	2009	2014	2019	2024	2029	2034
65-69	6.996	7.006	9.139	8.383	**8.081**	10.424	11.397	12.826	12.152
70-74	5.999	6.337	6.390	8.490	**7.714**	7.465	9.608	10.539	11.892
75-79	2.854	5.125	5.385	5.630	**7.502**	6.786	6.633	8.526	9.411
80-84	2.981	2.096	3.859	4.192	**4.433**	5.932	5.379	5.373	6.906
85 u. ä.	1.827	2.329	2.056	3.077	**3.802**	4.225	5.409	5.657	5.885

65-69 70-74 75-79 80-84 85 u. ä.

Quelle: AfA/SAGS 2015, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Pflegebedarfsprognose

Zunahme der Lebenserwartung in Bayern - Geschlechtervergleich:

Vollendetes Alter (in Jahren)	Lebenserwartung in Jahren - Frauen				
	1932/34	1986/88	1996/98	2006/08	2012/14
Unter 1 Jahr	60,7	78,7	80,6	82,7	83,5
65 Jahre	11,9	17,7	19,0	20,5	21,1
80 Jahre	4,9	7,4	8,1	8,8	9,3

Vollendetes Alter (in Jahren)	Lebenserwartung in Jahren - Männer				
	1932/34	1986/88	1996/98	2006/08	2012/14
Unter 1 Jahr	57,8	72,4	74,7	77,7	78,9
65 Jahre	11,4	14,2	15,5	17,4	18,0
80 Jahre	4,6	6,1	6,8	7,7	7,9

Quelle: AfA / SAGS 2016, nach Daten des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Raumwesen & Raumordnung (BBR) – Bonn 2016

Pflegebedarfsprognose

Zunahme der Lebenserwartung in Bayern - Geschlechtervergleich:

Vollendetes Alter (in Jahren)	Lebenserwartung in Jahren - Frauen			
	2012/14	2017/19	2022/24	2029/31
Unter 1 Jahr	83,5	84,2	84,8	85,7
65 Jahre	21,1	21,6	22,1	22,8
80 Jahre	9,3	9,6	9,9	10,4

Vollendetes Alter (in Jahren)	Lebenserwartung in Jahren - Männer			
	2012/14	2017/19	2022/24	2029/31
Unter 1 Jahr	78,9	79,9	80,8	82,1
65 Jahre	18,0	18,7	19,3	20,1
80 Jahre	7,9	8,1	8,3	8,6

Quelle: AfA / SAGS 2016, nach Daten des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Raumwesen & Raumordnung (BBR) – Bonn 2016

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Vergleich der Bevölkerungsvorausberechnungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes, 2012-2032 mit 2014-2034

In Tausend Einwohner	PG 2012 Über 74 Landkreis	PG 2014 Über 74 Landkreis	PG 2012 Über 74 Stadt	PG 2014 Über 74 Stadt	PG 2012 Über 74 Region	PG 2014 Über 74 Region
2012	14,3	14,3	12,9	12,9	27,2	27,2
2014	15,7	15,7	13,6	13,7	29,3	29,4
2025	18,4	17,9	14,3	13,9	32,7	31,8
2032	21,7	21,0	15,4	14,8	37,1	35,8
Differenz 2032	**-0,7**		**-0,6**		**-1,3**	

Die Zensusergebnisse decken eine geringe Zahl von Einwohnern auf. Dadurch werden in Zukunft weniger Einwohner im Seniorenalter erwartet als bisher pronostiziert.

Quelle: AfA/SAGS 2016,
Bevölkerungsvorausberechnungen des Bayerischen Statistischen Landesamtes
A1820 2014 (Prognosejahr 2012) und A1820 2014 (Prognosejahr 2015)

Verteilung der Einwohner, der Senioren auf die Würzburger Stadtteile, 2015
In Prozent der Würzburger Bevölkerung, Juli 2015

	Alle	Über 65	Über 80
Altstadt	14,3%	12,3%	15,4%
Zellerau	9,1%	8,6%	8,0%
Dürrbachtal	4,9%	5,1%	3,7%
Grombühl	6,8%	4,7%	4,2%
Lindleinsmühle	3,9%	5,5%	5,6%
Frauenland	13,8%	13,9%	14,7%
Sanderau	10,6%	12,3%	17,3%
Heidingsfeld	8,1%	9,5%	9,3%
Heuchelhof	7,8%	7,8%	6,2%
Steinbachtal	3,7%	3,8%	3,3%
Versbach	5,3%	5,8%	5,1%
Lengfeld	8,4%	8,3%	5,6%
Rottenbauer	3,3%	2,3%	1,5%
Summe:	100%	100%	100%

Quelle: AfA/SAGS 2015, Schätzung auf Basis von GKV-Prävalenzraten zu Demenzerkrankungen

13

STADT WÜRZBURG

Einwohner im Alter von 65 Jahren und älter, 2015 und 2030, Stadt Würzburg

SAGS

	Einwohner über 65 Jahre, 2015	Einwohner über 65 Jahre, 2030	Veränderung 2015-2030
Altstadt	3.020	2.511	-17%
Zellerau	2.335	2.842	**22%**
Dürrbachtal	1.371	1.720	**25%**
Grombühl	1.253	1.602	**28%**
Lindleinsmühle	1.318	1.119	-15%
Frauenland	3.531	3.901	10%
Sanderau	3.069	2.478	-19%
Heidingsfeld	2.513	3.034	**21%**
Heuchelhof	2.015	2.394	19%
Steinbachtal	1.059	1.222	15%
Versbach	1.430	1.437	1%
Lengfeld	2.194	2.619	19%
Rottenbauer	579	1.211	**109%**
Stadt gesamt	**25.688**	**28.090**	**9%**

Quelle: Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik der Stadt Würzburg, 2013 - 2030, erstellt im Jahr 2014, Variante 4

14

Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter, 2015 und 2030, Stadt Würzburg

	Einwohner über 80 Jahre, 2015	Einwohner über 80 Jahre, 2030	Veränderung 2015-2030
Altstadt	1.212	857	-24%
Zellerau	635	804	13%
Dürrbachtal	268	621	90%
Grombühl	307	487	44%
Lindleinsmühle	361	339	-11%
Frauenland	1.132	1.162	1%
Sanderau	*1.399*	*1.001*	*-24%*
Heidingsfeld	713	1.032	26%
Heuchelhof	474	549	17%
Steinbachtal	281	380	33%
Versbach	418	485	13%
Lengfeld	387	927	93%
Rottenbauer	117	224	73%
Stadt gesamt	**7.704**	**8.868**	**11%**

Quelle: Bevölkerungsprognose der Fachstelle für Statistik der Stadt Würzburg, 2013 - 2030, erstellt im Jahr 2014, Variante 4

15

Ergänzungen zum Vortrag:

- Der Bevölkerungszensus des Statistischen Landesamtes hat für die Bevölkerungsvorausberechnung 2014 – 2034 eine leicht herabgesetzte Anzahl der zu erwartenden älteren Menschen ergeben, als bisher prognostiziert. Trotzdem ist absolut mit einem deutlichen Zuwachs (v. a.) an hochaltrigen Menschen zu rechnen. Dieser Zuwachs fällt im Landkreis Würzburg deutlich höher aus als in der Stadt.
- Die absolute wie anteilige Zahl der Seniorinnen und Senioren differiert in den Würzburger Stadtteilen stark. Dies gilt auch für die bis zum Jahr 2030 zu erwartenden Entwicklung.

3 Pflegebedarfsentwicklung Region Würzburg

Christian Rindsfüßer, Dipl. Statistiker SAGS

STADT WÜRZBURG

Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

AfA SAGS

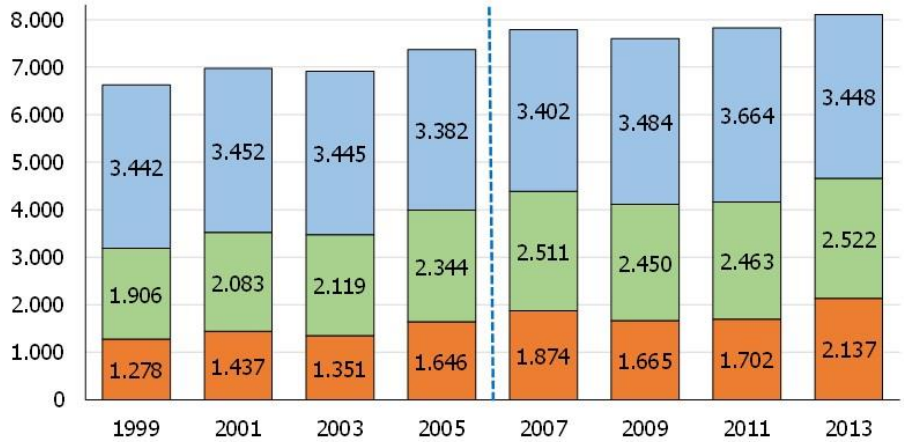
Pflegebedarfsplanung und Demografie

Grundlage der Prognose für die Anzahl pflegebedürftiger Menschen ist die **Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen** nach den Kriterien **Höhe der Pflegestufe** bzw. **stationäre / ambulante Versorgung** bzw. **Geldleistungen** für den Zeitraum der nächsten Jahre.

Hierfür werden **geeignete Pflegeprofile** aus den Daten der Bayerischen Pflegeversicherungsstatistik nach Altersklassen und Geschlecht mit den Ergebnissen der Bevölkerungsvorausberechnungen des bayerischen Landesamtes für Statistik durch SAGS (**2014 – 2034**) kombiniert.

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Entwicklung der Zahl der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen in der Region Würzburg 1999 – 2013



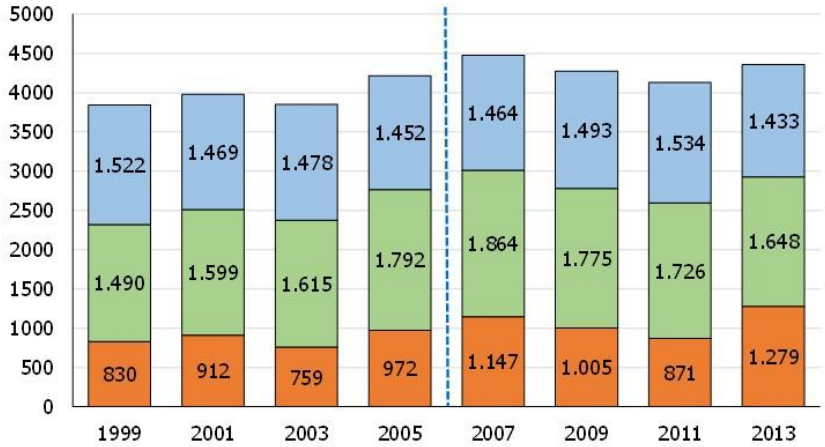
Region	6.626	6.972	6.915	7.372	7.787	7.599	7.829	8.107

Ambulant & Teilstationär ■ Vollstationär ■ Pflegegeld

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Entwicklung der Zahl der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen in der Stadt Würzburg 1999 – 2013

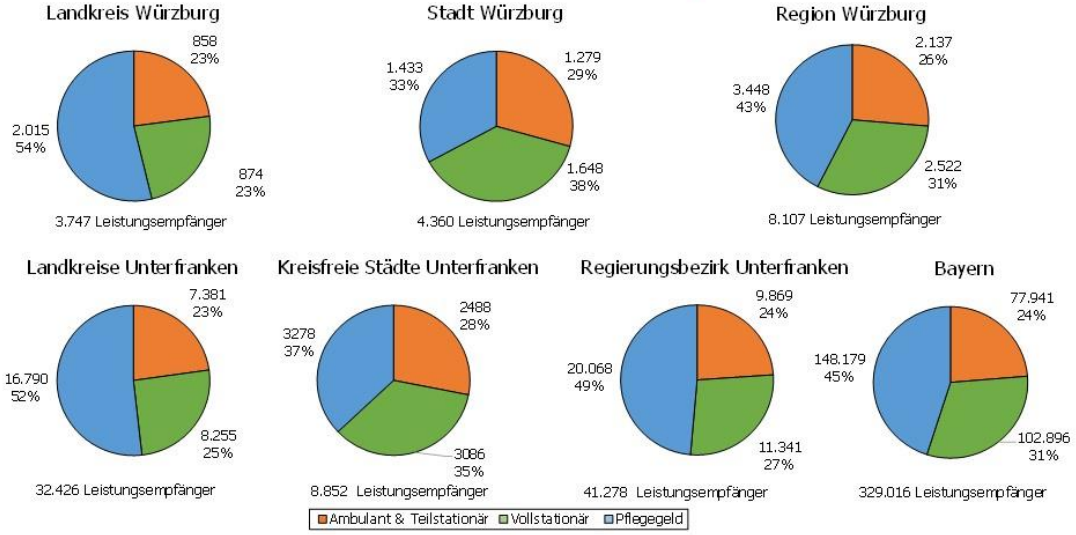


Stadt	3.842	3.980	3.852	4.216	4.475	4.273	4.131	4.360

Ambulant & Teilstationär ■ Vollstationär ■ Pflegegeld

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Art der Leistung Ende 2013, Vergleich Bayern, Unterfranken, Kreisfreie Städte Unterfranken, Landkreise Unterfranken, Region Würzburg, Stadt Würzburg und Landkreis Würzburg



Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Pflegebedarfsplanung

Im Hinblick auf die **engen Verflechtungen** zwischen dem Landkreis und der Stadt Würzburg umfasst auch bei der Fortschreibung des SPGK 2015 die **Pflegebedarfsplanung** beide **Gebietskörperschaften gemeinsam**, aber darüber hinaus - wo notwendig und sinnvoll - auch getrennt analysiert und prognostiziert werden.

Unter „**Region Würzburg**" ist damit sowohl der Landkreis als auch die Stadt zu verstehen.

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Platzsituation:

Zum Stand vom 15.12.2013 standen 2.522 Leistungsempfänger in vollstationärer Dauerpflege in der Region Würzburg 3.135 Pflegeplätze (inkl. eingestreute Kurzeitpflegeplätze) zur Verfügung. Davon waren 1.064 im Landkreis und 2.071 in der Stadt.

Von den 2.522 Leistungsempfängern entfielen ca. 1.277 aus dem Landkreis und ca. 1.245 aus der Stadt.

Weitere 244 Plätze wurden für die Tagespflege ausgewiesen.

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Die gemeinsame Analyse der Leistungsempfänger in vollstationärer Dauerpflege führt zu einem ermittelten „Pflegetransfer" von 403 Personen aus dem Landkreis Würzburg die in der Stadt Würzburg per Saldo versorgt werden.

Im Bereich der Kurzzeitpflege ergibt sich zum 15.12.2013 ein „Pflegetransfer" von 6 Personen aus dem Landkreis Würzburg die in der Stadt Würzburg per Saldo versorgt werden.

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

Platzsituation:

Aktuell (Jahresanfang 2016) stehen prognostizierten 2.615 Leistungsempfänger in vollstationärer Dauerpflege in der Region Würzburg 3.471 Pflegeplätze (bei 96% Belegungsquote inkl. eingestreute Kurzeitpflegeplätze) zur Verfügung. Davon waren 1.330 im Landkreis und 2.126 in der Stadt.

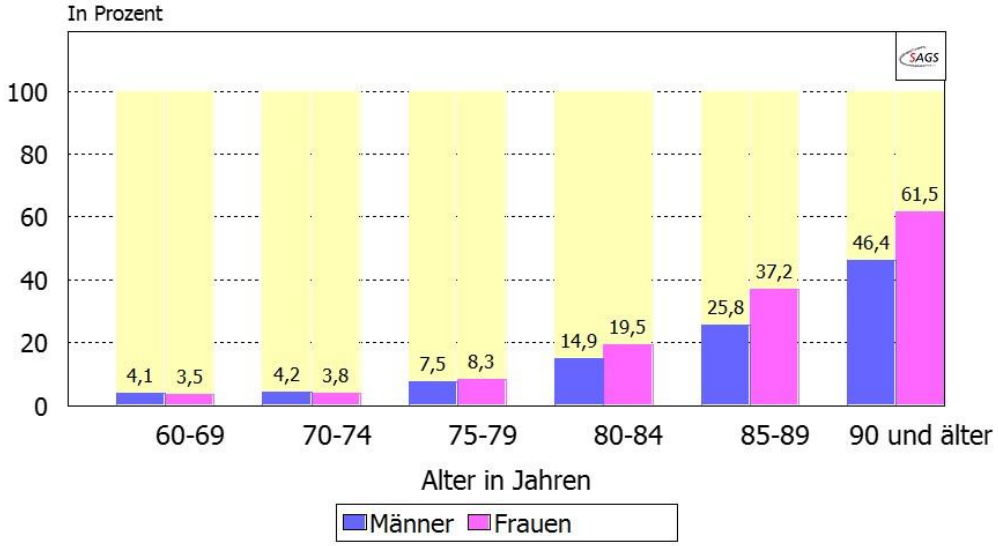
Von den 2.615 Leistungsempfängern entfielen ca. 1.270 auf den Landkreis und ca. 1.345 auf die Stadt.

Durch die Anwendung des PfleWoqG wird sich eine teilweise Umwandlung von Zweibettzimmern in Einbettzimmer ergeben. Hierzu läuft aktuell eine Abfrage bei den Einrichtungen.

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Anteil der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung an den jeweiligen Altersgruppen in Bayern Ende 2013, Insgesamt

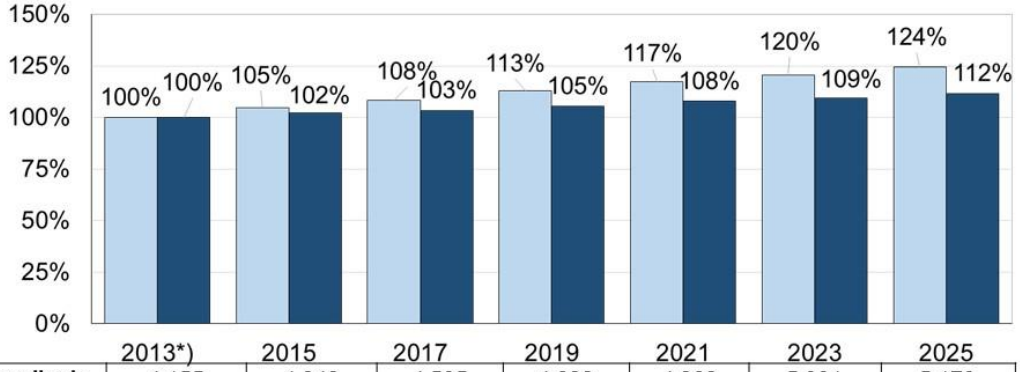


Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, nach Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik

25

Schätzung des Bedarfs an Pflegeleistungen (alle Leistungsarten) im Landkreis und der Stadt Würzburg 2013 – 2025 auf der Basis regionaler Inanspruchnahmequoten

Entwicklung in % (Diagramm), 2013=100% bzw. absolute Zahlen (Tabelle)



	2013*)	2015	2017	2019	2021	2023	2025
Landkreis	4.155	4.348	4.505	4.688	4.868	5.001	5.170
Stadt	3.952	4.034	4.088	4.164	4.260	4.318	4.415
Region Würzburg	**8.107**	**8.382**	**8.592**	**8.852**	**9.128**	**9.319**	**9.585**

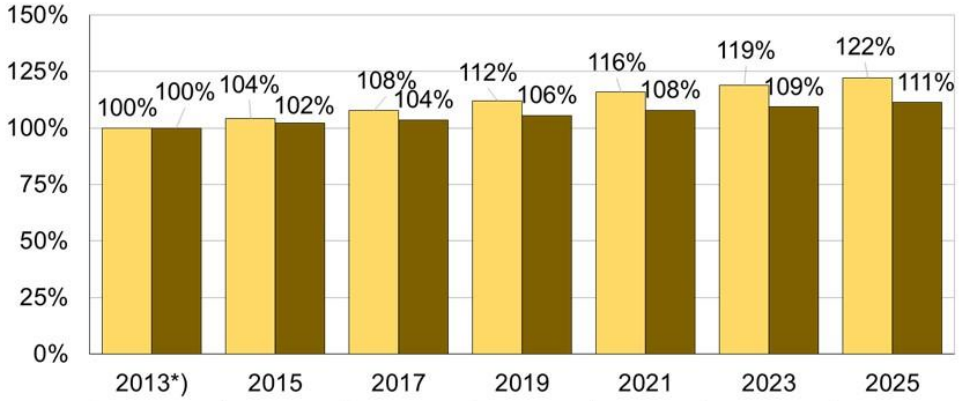
Anstieg in %, 2013=100%, Landkreis

*) Berücksichtigung des Pflegetransfers
Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Schätzung der Zahl zu Hause lebender Pflegebedürftiger im Landkreis und der Stadt Würzburg 2013 – 2025 – „Status Quo"-Variante

Entwicklung in % (Diagramm), 2013=100% bzw. absolute Zahlen (Tabelle)



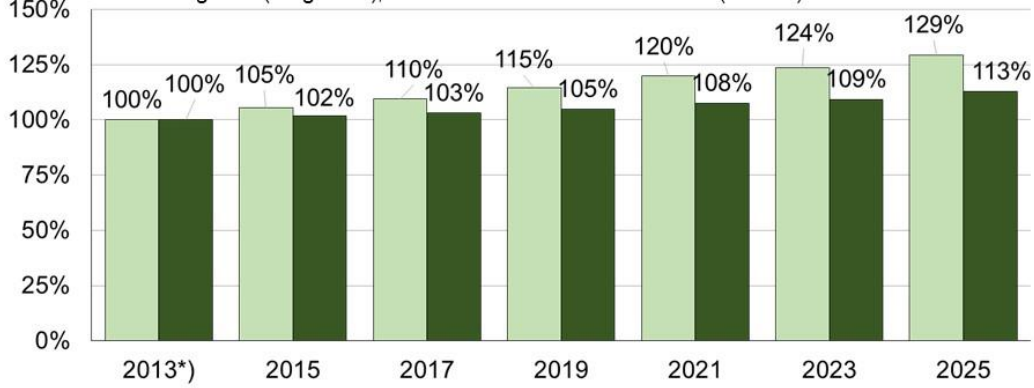
	2013*)	2015	2017	2019	2021	2023	2025
Landkreis	2.879	3.003	3.106	3.224	3.337	3.422	3.521
Stadt	2.706	2.763	2.804	2.859	2.921	2.957	3.010
Region Würzburg	**5.585**	**5.766**	**5.911**	**6.083**	**6.258**	**6.379**	**6.530**

Anstieg in %, 2013=100%, Landkreis

*) Berücksichtigung des Pflegetransfers
Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

Schätzung des Bedarfs an vollstationärer Dauerpflege im Landkreis und der Stadt Würzburg 2013 – 2025 – „Status Quo"-Variante

Entwicklung in % (Diagramm), 2013=100% bzw. absolute Zahlen (Tabelle)



	2013*)	2015	2017	2019	2021	2023	2025
Landkreis	1.277	1.345	1.398	1.464	1.531	1.579	1.650
Stadt	1.245	1.270	1.283	1.306	1.339	1.362	1.405
Region Würzburg	**2.522**	**2.615**	**2.682**	**2.769**	**2.870**	**2.940**	**3.055**

□ Anstieg in %, 2013=100%, Landkreis ■ Anstieg in %, 2013=100%, Stadt

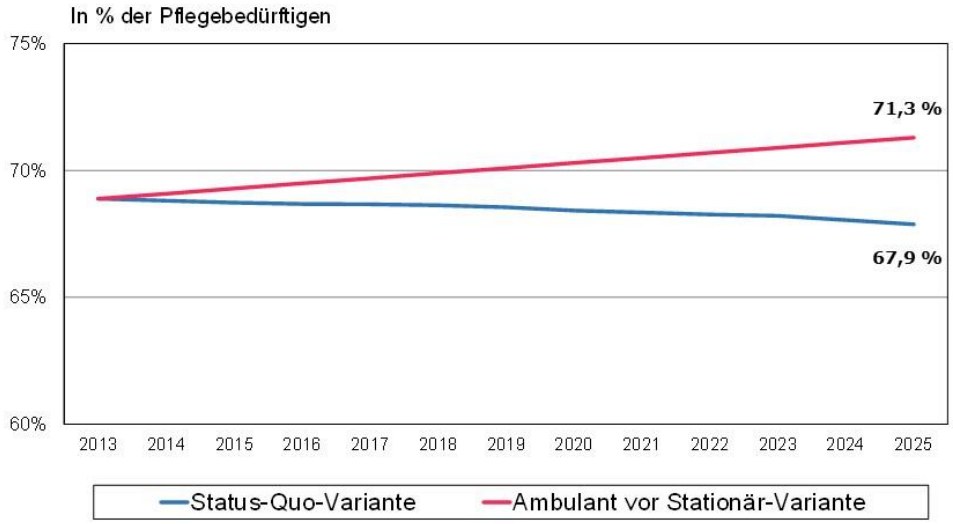
*) Berücksichtigung des Pflegetransfers
Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Entwicklung der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen nach Art der Leistungen 2013 – 2025 – „Status Quo"-Variante Stadt Würzburg („Herkunftsort")

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

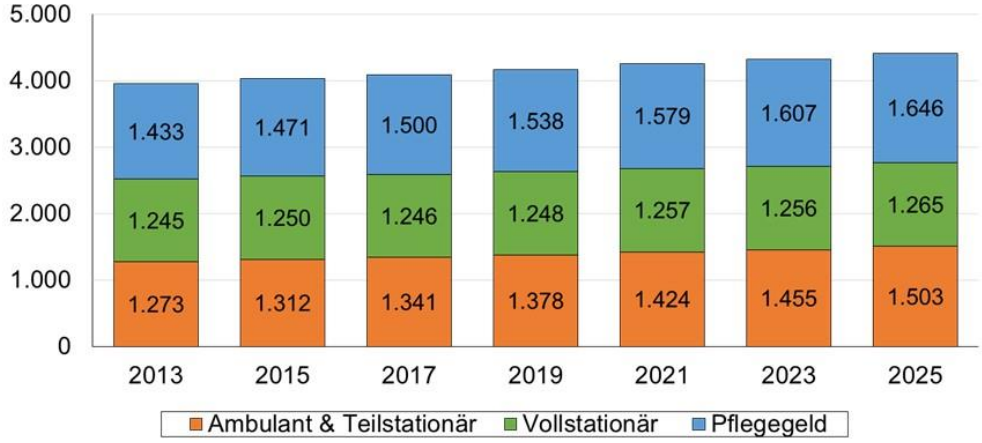
Anteil der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen im Fall „Status Quo" und von „Ambulant vor Stationär" in der Region Würzburg



Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Entwicklung der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen nach Art der Leistungen 2013 – 2025 – „Ambulant vor Stationär"- Variante Stadt Würzburg (Herkunftsort)



Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis der Bayerischen Pflegestatistik (Ende 2013)

Variantenvergleich – Region Würzburg

Betreute Personen zu Hause

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	5.585	5.766	5.911	6.083	6.258	6.379	6.530
„Ambulant vor Stationär“	5.585	5.808	5.988	6.205	6.435	6.607	6.834
Differenz	**0**	**42**	**78**	**122**	**177**	**228**	**304**

Betreute Personen in stationären Einrichtungen

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	2.522	2.615	2.682	2.769	2.870	2.940	3.055
„Ambulant vor Stationär“	2.522	2.574	2.604	2.647	2.693	2.712	2.751
Differenz	**0**	**42**	**78**	**122**	**177**	**228**	**304**

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Variantenvergleich – Landkreis Würzburg

Betreute Personen zu Hause

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	2.879	3.025	3.147	3.289	3.432	3.545	3.685
„Ambulant vor Stationär“	2.879	3.003	3.106	3.224	3.337	3.422	3.521
Differenz	**0**	**22**	**41**	**65**	**95**	**123**	**164**

Betreute Personen in stationären Einrichtungen

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	1.277*)	1.324	1.358	1.399	1.436	1.456	1.486
„Ambulant vor Stationär“	1.277*)	1.345	1.398	1.464	1.531	1.579	1.650
Differenz	**0**	**21**	**40**	**65**	**95**	**123**	**164**

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, geringe Abweichungen bei der Summenbildung durch Rundungen

Variantenvergleich – Stadt Würzburg

Betreute Personen zu Hause

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	2.706	2.783	2.841	2.916	3.003	3.062	3.150
„Ambulant vor Stationär“	2.706	2.763	2.804	2.859	2.921	2.957	3.010
Differenz	**0**	**20**	**37**	**57**	**82**	**105**	**140**

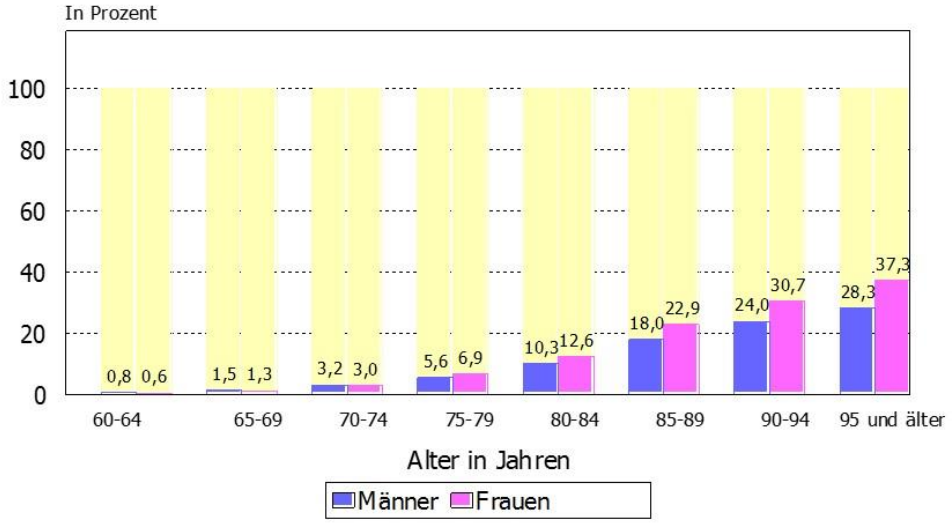
Betreute Personen in stationären Einrichtungen

	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
„Status Quo“	1.245*)	1.250	1.246	1.248	1.257	1.256	1.265
„Ambulant vor Stationär“	1.245*)	1.270	1.283	1.306	1.339	1.362	1.405
Differenz	**0**	**20**	**37**	**58**	**82**	**106**	**140**

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, geringe Abweichungen bei der Summenbildung durch Rundungen

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Anteil Demenzerkrankter an den jeweiligen Altersgruppen in Westdeutschland im Jahr 2002



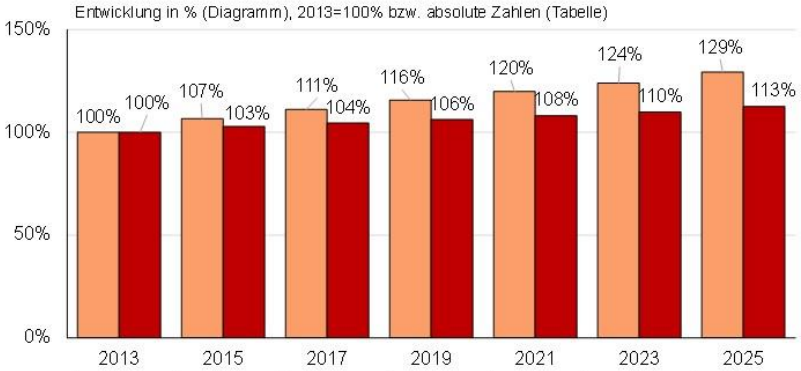
Quelle: AfA/SAGS 2009, nach einer Studie des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels auf Basis der GKW von 2002

Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern

Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)

Schätzung der Zahl Demenzkranker im Landkreis und der Stadt Würzburg 2013 - 2025 auf der Basis von GKV-Prävalenzraten

Entwicklung in % (Diagramm), 2013=100% bzw. absolute Zahlen (Tabelle)



	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025
Landkreis	2.132	2.274	2.368	2.466	2.555	2.644	2.757
Stadt	1.980	2.038	2.069	2.104	2.141	2.177	2.230
Region Würzburg	**4.113**	**4.312**	**4.437**	**4.570**	**4.696**	**4.822**	**4.986**

Anstieg in %, 2013=100%, Landkreis ■ Anstieg in %, 2013=100%, Stadt

Quelle: AfA/SAGS 2015/2016, Schätzung auf Basis von GKV-Prävalenzraten zu Demenzerkrankungen

Ergänzungen zum Vortrag:

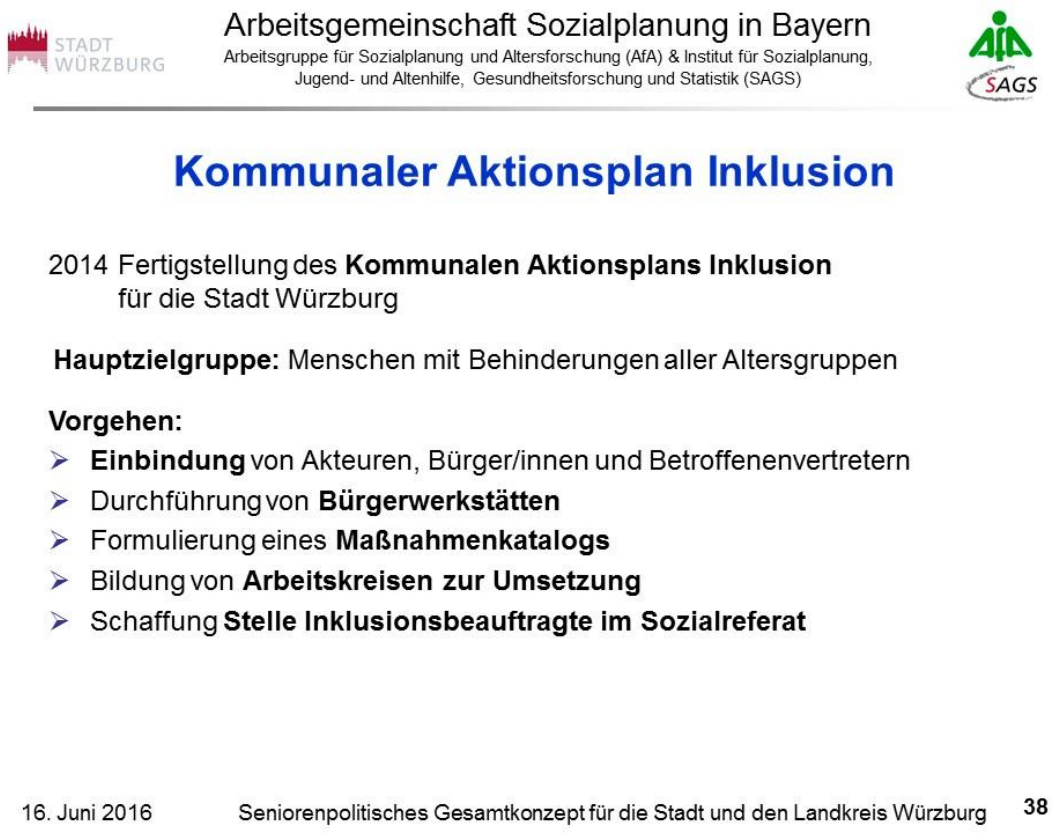
- Für die städtische Versorgung sind im stationären Bereich auf absehbare Zeit ausreichend Plätze vorhanden. Gelingt es, das Ziel „ambulant vor stationär“ noch stärker als bisher umzusetzen, fällt der Nachfrageanstieg nach stationären Angeboten noch geringer aus. Zu berücksichtigen ist jedoch ein möglicher Rückgang an stationären Plätzen, der sich durch eine Umwandlung von Zweibettzimmern in Einzelzimmer entsprechend dem PfleWoqG ergeben könnte.

Weitere Diskussionsbeiträge:

- Aus dem Plenum erfolgt ein Hinweis auf osteuropäische Pflegekräfte, die in der Statistik nicht erfasst sind. Diese werden durch Geldleistungen der Pflegekasse finanziert und somit statistisch nicht gesondert ausgewiesen.
- Es wird von einem Teilnehmer vorgeschlagen, den Begriff „Region Würzburg“ durch einen anderen Begriff zu ersetzen, um Verwechslungen mit dem „Regionalen Planungsverband Würzburg“ im Sinne der Landes- und Regionalplanung zu verhindern. Dagegen spricht jedoch, dass es keinen alternativen Begriff für eine gemeinsame Betrachtung der Stadt und es Landkreises Würzburg gibt. Das Problem ist durch entsprechende, mehrfache Fußnoten und Erläuterungen zu relativieren.

4 Quartierskonzepte und Inklusion, Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung / ISEK

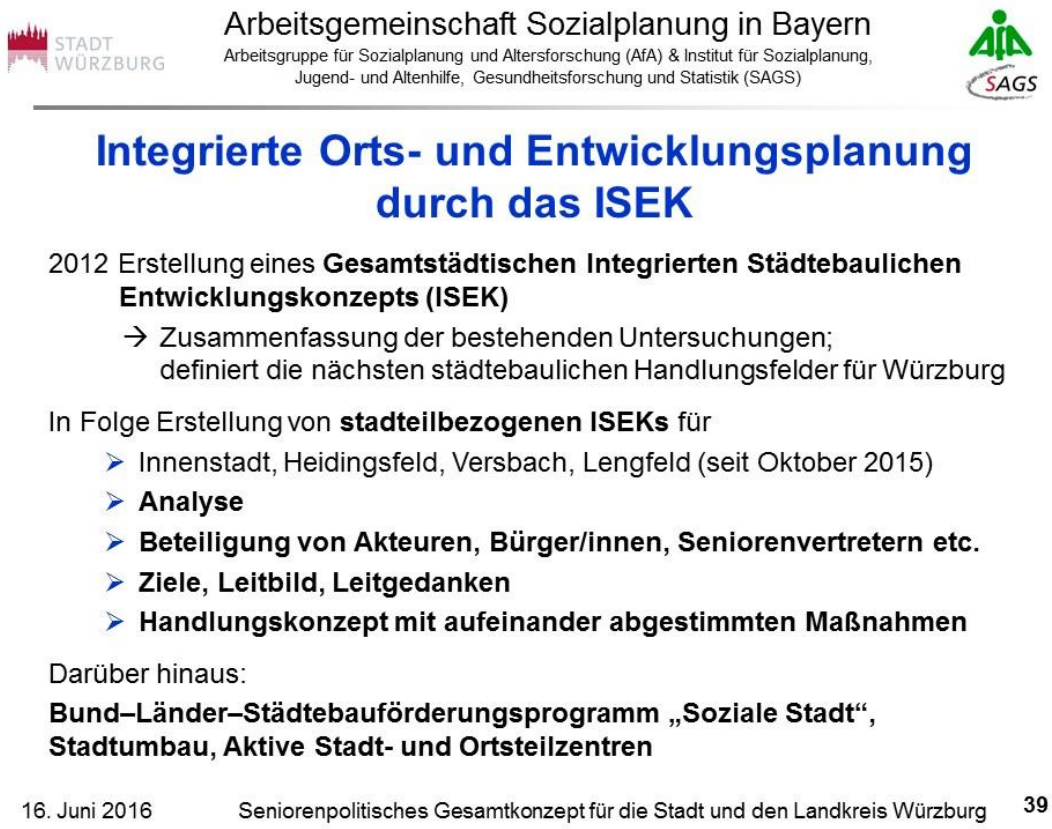
Vera Gehlen, Inklusionsbeauftragte



Frau Gehlen ging auf das Thema der inklusiven Stadtteilarbeit ein. Ihre Arbeitsgrundlage ist der Kommunale Aktionsplan Inklusion, der auf der UN-Behindertenrechtskonvention aufbaut. Die UN-Behindertenrechtskonvention stellt sehr klar einen essentiellen sozialpolitischen Paradigmenwechsel dar. Das zeigt sich beispielhaft im angewandten sozialen Behinderungsbegriff: Nicht mehr die individuelle Beeinträchtigung des Menschen steht im Vordergrund, sondern es wird nun gefragt welche gesellschaftlichen Barrieren eine Behinderung / Beeinträchtigung bekräftigen und hervorrufen. Der neue Blick befragt also die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen kritisch – denn nicht mehr der Mensch soll sich in Strukturen fügen, sondern die Strukturen sollen sich an die Bedürfnisse der Menschen anpassen. Ein wichtiges Bedürfnis sehr vieler Menschen findet sich im Kommunalen Aktionsplan Inklusion wieder – die Identifikation mit dem Wohnort und explizit auch mit dem heimatlichen Stadtteil. Dies beinhaltet beispielsweise den Wunsch nach gemeinschaftlichen Räumen für Nachbarschaftstreffs, die Etablierung von nachbarschaftlicher Hilfe, niedrigschwellige Beratungsangebote, Hilfe bei der Organisation von optimalen Pflege- und Unterstützungsleistungen, die das Leben in den

eigenen vier Wänden langfristig und in jeder Lebenslage ermöglichen. Die Frage danach wie man zusammen leben möchte, betrifft alle Generationen und alle Menschen. Alle Menschen sind wichtig für die Gestaltung eines guten Zusammenlebens im Stadtteil: Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Menschen mit Migrationshintergrund, Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Behinderung, Flüchtlinge, Studentinnen bzw. Studenten und Familien. Für die städtische Arbeit bedeutet dies, dass die abteilungsübergreifende Zusammenarbeit sowie die Vernetzung mit anderen Partnerinnen bzw. Partnern, Verbänden und Expertinnen bzw. Experten noch enger und wichtiger werden. Bei der Entwicklung neuer Projekte muss dabei die schon bestehende Erfahrung und Expertise insbesondere der „Sozialen Stadt“ miteinbezogen und genutzt werden. Denn nur so ist eine mehrperspektivische Erarbeitung und Gestaltung überhaupt möglich. Auch hier soll der angesprochene Paradigmenwechsel deutlich werden.

Doris Rudolf, Dipl. Geogr. AfA



Quartierskonzept – Beispiel Zellerau

- Seit 2007 Entwicklung eines **Quartierskonzeptes** im Rahmen des Bund–Länder–Städtebauförderungsprogramms „Soziale Stadt“
- Förderung der **Kommunikation zwischen Verwaltung und Bürger/innen**
- Vorgehen**: Arbeitsgruppen**, u. a. „Senioren in der Zellerau“
- Maßnahmen: Schaffung und Umgestaltung von **Treffpunkten und Begegnungsflächen**, um das **soziale Miteinander** zu stärken

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Bestehende Planungen - Berührungspunkte und Überschneidungen

Aktionsplan Inklusion	ISEK / Soziale Stadt	SPGK – Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung
Menschen mit Behinderungen	Stadtteilbezogene Planung	Senior/innen
Wohnen		
Verkehr - Mobilität		
Einzelhandel, Nahversorgung und Dienstleistungen		
Freizeit, Kultur – gesellschaftliche Teilhabe		
Individuelle Hilfen und Beratung		
Öffentlicher Raum und Barrierefreiheit		

→ **Entwicklung von Quartierskonzepten in Würzburger Stadtteilen**

Quartierskonzepte aus seniorenpolitischer Perspektive

Bausteine	Umsetzung
Wohnen und Wohnumfeld	Bürgerbeteiligung
Unterstützung und Pflege	Kooperation und Vernetzung
Soziales	„Kümmerer“ / Quartiersmanagement

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Aufbau von Quartiersprojekten in Würzburg

→ Schaffung eines Modellprojekts in einem Stadtteil unter Einbindung aller Akteure und den Bürger/innen

→ Übertragung auf weitere Stadtteile, v.a. mit hohem Anteil an Senioren und Versorgungsdefiziten

Empfehlungen / Maßnahmen	Zuständigkeit
• Einsatz von **hauptamtlichen Koordinatoren** bzw. Quartiersmanagern • Verbesserung der **psychosozialen Versorgung** durch Verstetigung eines Systems von **Ansprechpartnern** („Kümmerer“) für die individuelle Versorgung, auch als aufsuchendes Angebot. • Verbesserte **Vernetzung, Koordination, Kommunikation und Vermittlung** von Angeboten im Stadtteil • Schaffung von **Transparenz** über bestehende Angebote im Stadtteil • Schaffung eines **Zugangs** zu einer statteilbezogenen **Beratungs- und Lotsenfunktion** • Bereitstellung **niedrigschwelliger individueller Hilfen** unter Einbindung von ehrenamtlichen Initiativen • Schaffung generationengerechter Infrastruktur, **Unterstützung dezentraler Versorgungsstrukturen** • Schaffung von **barrierefreien, (betreuten) Wohnangeboten**	Stadt Würzburg Soziale Träger und Einrichtungen Ehrenamtliche Initiativen Akteure vor Ort (Geschäfte, Dienstleister etc.)

Einzelmaßnahmen für das Seniorenpolitische Gesamtkonzept

Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung

Empfehlungen / Maßnahmen	Zuständigkeit
Kontinuierliche Maßnahmen zur Herstellung von **Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und in öffentlich zugänglichen Gebäuden**. Analyse von notwendigen Maßnahmen auf Quartiersebene. Maßnahmen dazu wurden im Kommunalen Aktionsplan Inklusion konkretisiert.	Stadt Würzburg Betreiber Geschäfte etc.
Förderung der **Nahversorgung und Dienstleistungen** in den Stadtteilen durch ➢ Stetige Berücksichtigung der Interessen von Senior/innen in den Integrierten Städtebaulichen Entwicklungskonzepten (ISEK) auf Ebene der Stadtteile. ➢ Einbindung von Bürger/innen und Akteuren bei der Identifizierung von Versorgungslücken in den Stadtteilen. ➢ Prüfung alternativer Nahversorgungsstrukturen wie Geschäfte im Genossenschaftsmodell oder durch sozialorientierte Anbieter (z. B. Cap-Markt).	Stadt Würzburg Gewerbeverband Würzburg

STADT WÜRZBURG
Arbeitsgemeinschaft Sozialplanung in Bayern
Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung (AfA) & Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik (SAGS)
SAGS

Einzelmaßnahmen für das Seniorenpolitische Gesamtkonzept

Integrierte Orts- und Entwicklungsplanung

Empfehlungen / Maßnahmen	Zuständigkeit
Weiterentwicklung von **Einkaufshilfen bzw. Begleitdiensten** zum Einkaufen für Senior/innen. Bewerbung dieses Angebots in den Quartieren.	Ehrenamtliche Initiativen wie Nachbarschaftshilfen etc.
Ausbau von **individuellen Mobilitätsangeboten** (Fahrdienste, Begleitdienste) und Weiterentwicklung des ÖPNVs.	Stadt Würzburg Träger der Seniorenarbeit

Einzelmaßnahmen für das Seniorenpolitische Gesamtkonzept

Ausbau ehrenamtlicher Strukturen in den Quartieren

Empfehlungen / Maßnahmen	Zuständigkeit
Nachbarschaftshilfen / Besuchsdienste / Helferkreise •Förderung neuer Initiativen, v.a. in Stadtteilen wo diese noch fehlen •Kommunikation, Informations- und Erfahrungsaustausch in Netzwerken verbreiten durch die Organisation von Vernetzungstreffen und Beratung •Unterstützung der Initiativen bei der Suche nach Helfer/innen •Weiterentwicklung der **niedrigschwelligen Gewinnung von Engagierten**, u.a. durch den Einsatz neuer Medien und Social Media (z.B. „Flink-engagiert“).	Stadt Würzburg Treffpunkt Ehrenamt Würzburg
Schaffung von **quartiersbezogenen Begegnungs- und Engagementmöglichkeiten** wo diese fehlen.	Stadt Würzburg Träger sozialer Einrichtungen

Einzelmaßnahmen für das Seniorenpolitische Gesamtkonzept

Schaffung von Wohnraum für Senior/innen in den Quartieren

Empfehlungen / Maßnahmen	Zuständigkeit
Hinwirkung auf die Schaffung von barrierefreien Wohnangeboten in den Quartieren mit optionalen Betreuungsangeboten. Einbindung der Wohnangebote in Quartiersprojekte um die Belegung zu steuern und Verbleib von Senior/innen im Stadtteil zu ermöglichen.	Stadt Würzburg Wohnungs-unternehmen
Förderung **gemeinschaftsorientierter Wohnangebote** (auch generationenübergreifend und mit inklusiven Ansätzen).	Stadt Würzburg
Ausbau des dezentralen **Wohnangebots für Menschen mit Demenz**, z.B. durch Schaffung von ambulant betreutem Wohnen, Wohngemeinschaften, Tagespflegeangeboten und weiterer Formen zur Entlastung pflegender Angehöriger.	Stadt Würzburg Soziale Träger

Weitere Diskussionsbeiträge:

- Frau Dr. Düber verweist auf die bereits bestehende Quartiersarbeit in einigen Würzburger Stadtteilen. Hier wurden bereits gute Erfahrungen gesammelt und Ergebnisse erzielt, auf denen aufgebaut werden kann.
- Aus dem Plenum wird darauf hingewiesen, dass in Folge der heutigen Diskussion für den Heuchelhof ein Treffen vereinbart wurde, um Bestand und Bedarfe abzugleichen.
- Es wird auf die Bedeutung einer guten Informations- und Öffentlichkeitsarbeit in den Stadtteilen hingewiesen. Dazu sollten Zeitungen und andere Publikationen genutzt und Kirchengemeinden und andere Multiplikatoren eingebunden werden.

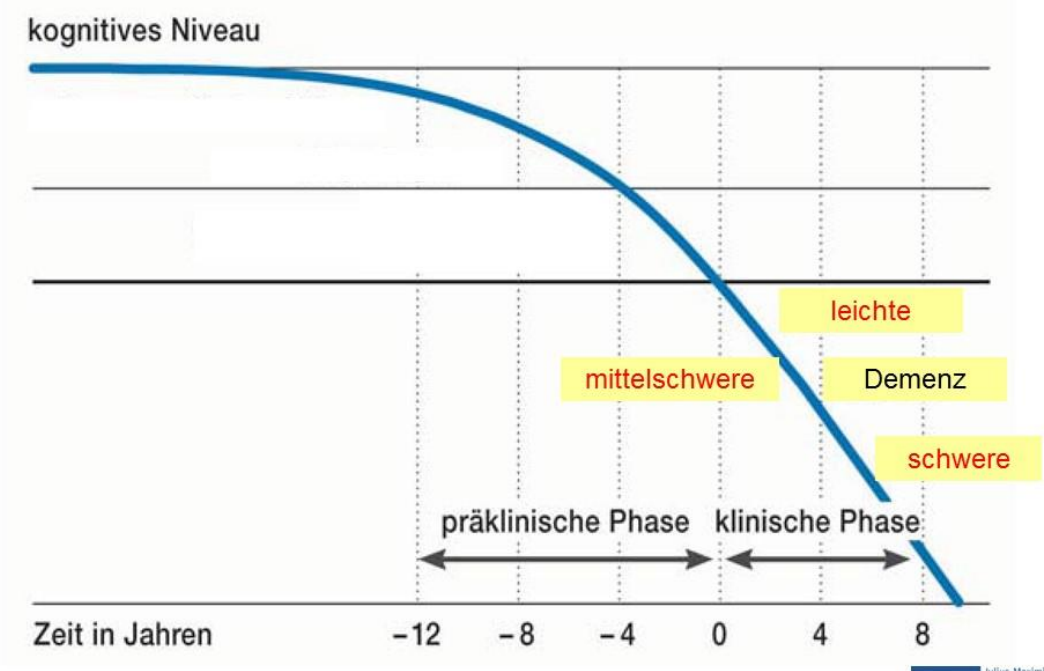
5 Gerontopsychiatrische Versorgung

PD Dr. Med. M. Lauer, Geschäftsführender Oberarzt, Leiter Klinische Gerontopsychiatrie, Zentrum Psychische Gesundheit Klinik und Polyklinik Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Direktor: Prof. Dr. J. Deckert

Agenda

Demenzen	• „Heterogen und Komplex“
Demenzen	• „Individualität und Menschenwürde“
Vorstufen	• „MCI, SCI und Depression“
Prävention	• „Wir wissen viel - und ändern wenig“

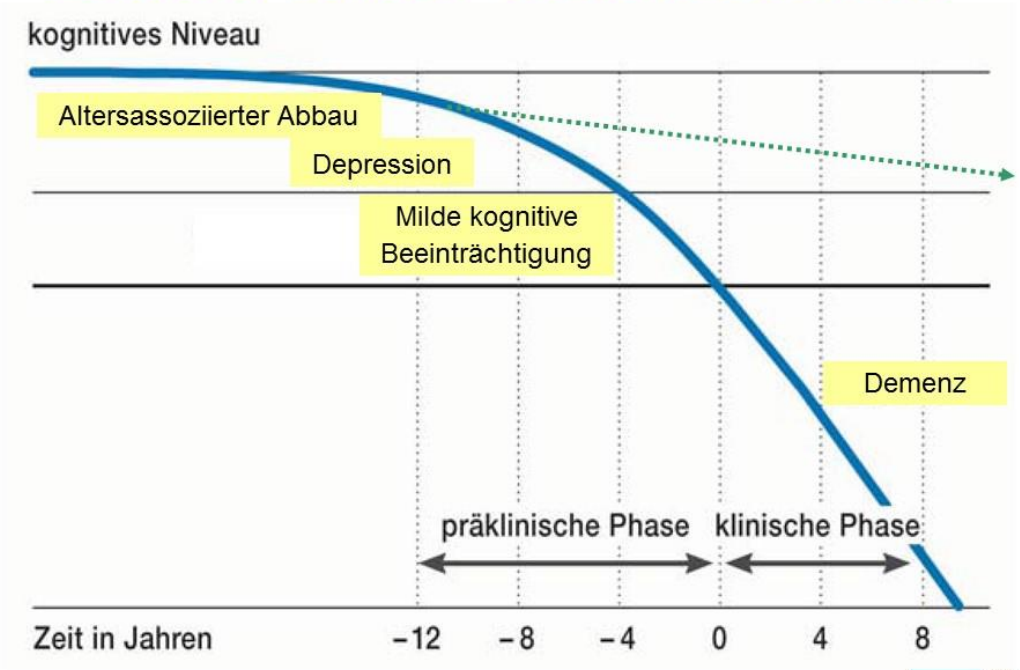
Zeitlicher Verlauf: Alzheimer Demenz



PD Dr. med. M. Lauer

nach Eschweiler et al. 2010

Zeitlicher Verlauf: Alzheimer Demenz



PD Dr. med. M. Lauer

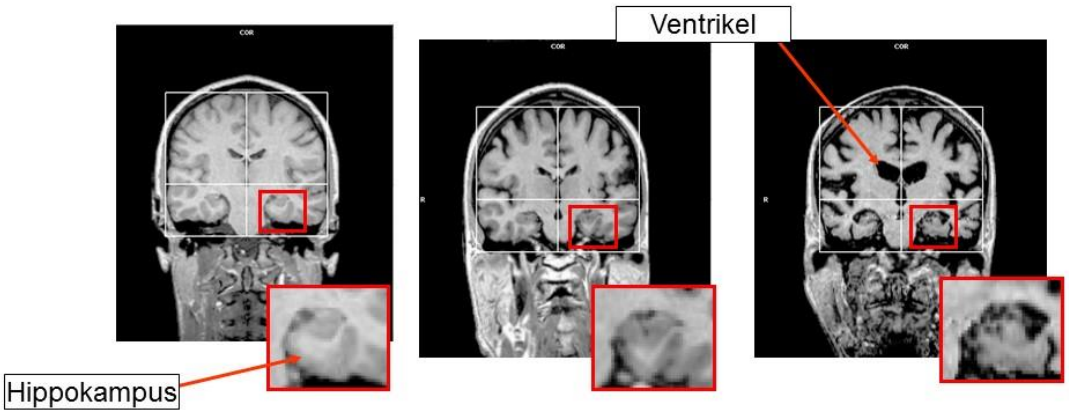
nach Eschweiler et al. 2010

Agenda

Demenzen

- „Heterogen und Komplex“

Medizinische Diagnostik



Jugend **Alter** **Demenz**

Agenda

Demenzen

- „Heterogen und Komplex“

Medizinische Diagnostik

Spezialisierte „Angebote“

„Einrichtungen“ für „junge“ Menschen mit Demenz

Ärzte, Zahnärzte + + + in den „Einrichtungen“

Lotse: HALMA

Agenda

Demenzen

- „Individualität und Menschenwürde“

reizarme Umgebung (bei Erregung)

beruhigende, verständnisvolle Zuwendung

Reorientierungs-Training (ROT) und Validierung

Optimierung von Herzfunktion, Wasser- und Elektrolythaushalt

Behandlung von Infektionskrankheiten, Fiebersenkung

Reduktion / Absetzen auslösender Psychopharmaka

Agenda

Demenzen • „Individualität und Menschenwürde“

Psychosoziale Fürsorge vs. Antipsychotika

Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia:

Reduktion von Antipsychotika von 42% auf 23% (in einem Jahr)

Fossey et al. et al. *BMJ* 2006

Agenda

Demenzen • „MCI, SCI und Depression“

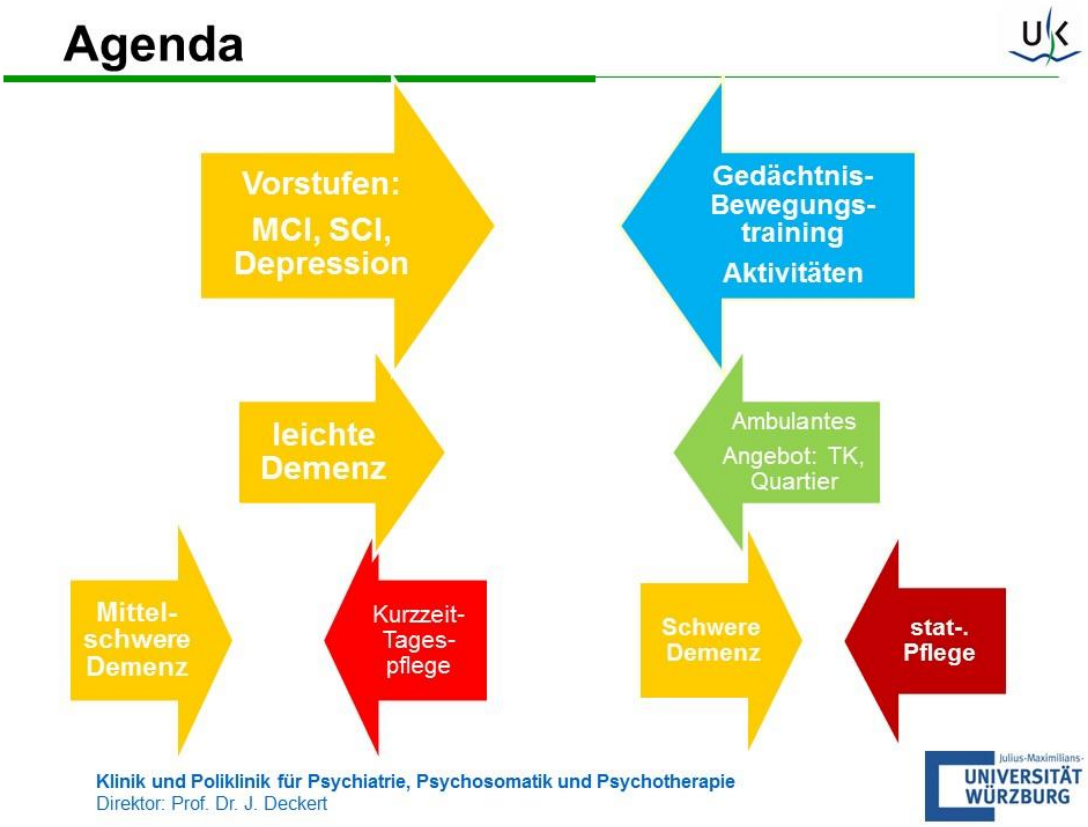
Begegnungsstätten im Quartier

ambulante Versorgungsstrukturen

Agenda

Demenzen	• „Heterogen und Komplex“
Demenzen	• „Individualität und Menschenwürde“
Vorstufen	• „MCI, SCI und Depression“
Prävention	• Implementierung: • „Älter werden ohne Alt zu werden“

HALMA als Lotse in einem komplexen System



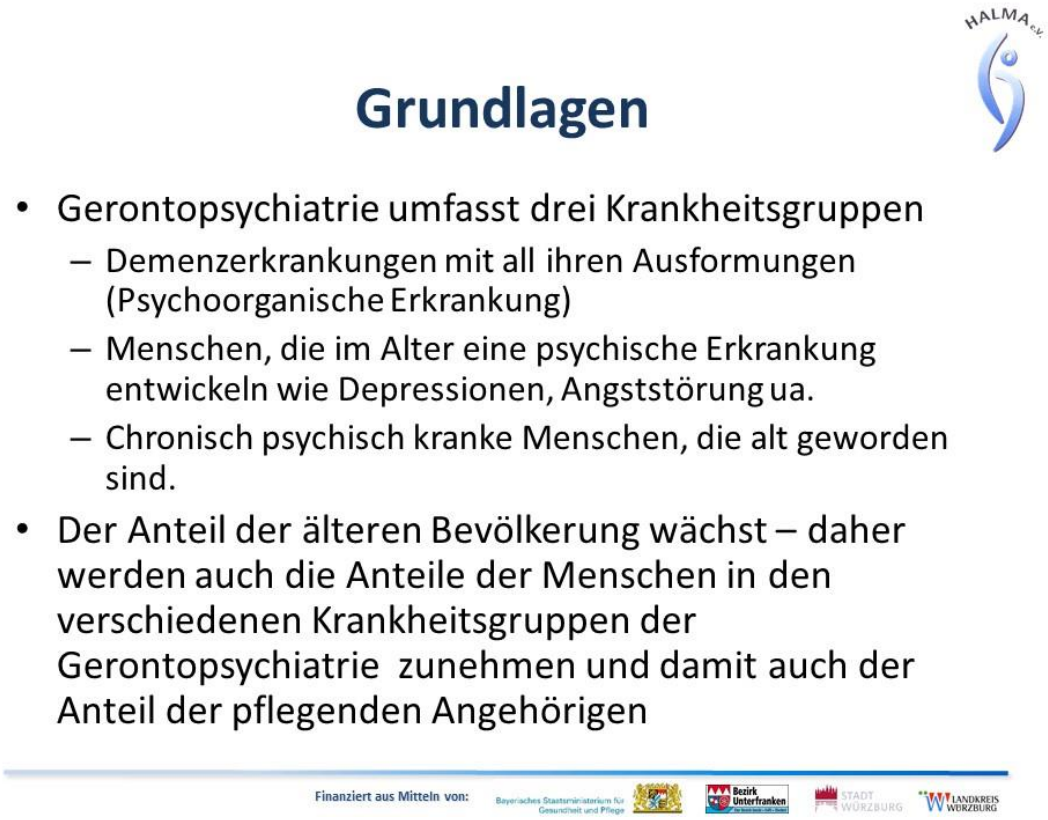
Ergänzungen zum Vortrag:

- Demenz-Prävention muss ganz früh im Kindesalter ansetzen: Bewegung, Bildung, soziale Interaktion etc. können präventiv wirken. Dafür bedarf es einer Vernetzung in die Schulen hinein, um die junge Generation zu erreichen. Die Deutsche Alzheimergesellschaft bietet Material zur Arbeit mit Kindern / Jugendlichen an. Dies muss über die gesamte Lebenszeit fortgeführt werden, um dem altersbedingten gesundheitlichen Abbau entgegenzuwirken.
- Im präventiven Bereich wird zu wenig gemacht, obwohl viele Kenntnisse über Wirkzusammenhänge vorliegen. Ein präventiver Ansatz muss frühe Demenzformen aufgreifen. Gelder im Gesundheitssystem sollten auf die Frühphase von Demenzen konzentriert werden, damit könnte man viele Spätinterventionen verhindern. Dazu gehört auch eine noch bessere Einbindung der Hausärzte. Ressourcen sollten „nach vorne verlagert“ werde.
- Würzburg ist eine Modellregion, weil hier gute Vernetzung und Strukturen vorliegen. HALMA ist ein Leuchtturmprojekt, das auch zukünftig eine Lotsenfunktion übernehmen sollte.
- Vorschlag: Aus dem Überhang an Pflegeplätzen in der Stadt könnte man eine spezialisierte Einrichtung für „junge“ Menschen mit Demenz entwickeln.

Weitere Diskussionsbeiträge:

- Das Projekt Demenzsensibles Krankenhaus DESI geht in diese Richtung. Es ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und Intervention.
- Hausärzte könnten durch ihren Zugang zu ihren Patientinnen und Patienten präventiv viel erreichen. Vielen gelingt dies auch gut, viele scheitern jedoch auch an den knappen Zeitbudgets.
- Hinweise:
    - Die Neurologie Uniklinik Würzburg bietet jeden Donnerstag eine Sprechstunde zur Diagnostik an. Fokus: Seltene Gedächtnisstörungen
    - 18.06.2016 10. Würzburger Gesundheitstag – "Gesundheit inclusive"
    - 17.09.2016 3. Würzburger Demenz-Tag

Ulla Weber, Dipl. Soz. Geschäftsleitung Beratungsstelle und Berufsfachschule der Altenpflege / HALMA e.V.



Empfehlungen und Maßnahmen I

- Präventionsprogramme aufbauen bzw. verstärken
  - Konzertierte Aktionen mit generationenüber-greifenden Akteuren - Projekte initiieren mit Jugend-hilfe, Schulen, um längerfristig auf Gesundheits-verhalten einzuwirken
  - Aufklärungsarbeit verstärken - Enttabuisierung der Erkrankungen sorgen, damit die betroffenen Familien Hilfen annehmen können – Stichwort Scham
  - Würzburger Weg aufstellen
  - Inklusion auch für Menschen mit Demenz – Teilhabe über Kultur und Kulturbegleiter

Finanziert aus Mitteln von: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bezirk Unterfranken, Stadt Würzburg, Landkreis Würzburg

Empfehlungen und Maßnahmen II

- Stadtteil- und Quartierentwicklung vorantreiben/verstärken
  - Kümmerer sollten in den Stadtteilen geschaffen werden und an vorhandene Einrichtungen in den Stadtteilen angedockt sind.
  - Strukturen neu verknüpfen – enger zu Verzahnen
  - Fragen der Profile, Steuerung und Finanzierung sind allerdings zu klären
  - Stadtteilnahe Angebote bzw. soziale Kontaktorte für die Frühphase der Demenzen u. Depressionen

Finanziert aus Mitteln von: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bezirk Unterfranken, Stadt Würzburg, Landkreis Würzburg

Empfehlungen und Maßnahmen III

- Ausbau der niedrigschwelligen, nachbarschaftlichen Betreuungs- und Entlastungsmöglichkeiten
  - Stärkere Verknüpfung vorhandener Angebote wie VDK Pflegebegleiter, Helferkreise von HALMA, Diakonie, Caritas und weiteren Helferkreisen
  - Betreuungs- und Entlastungsangebote schaffen für Menschen, die chronisch psychisch krank sind und alt werden
  - Angebote schaffen für ältere Menschen mit Depressionen

Finanziert aus Mitteln von: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bezirk Unterfranken, Stadt Würzburg, Landkreis Würzburg

Empfehlungen und Maßnahmen IV

- Menschen mit Demenz in der Klinik als Thema aufgreifen und Lösungsmöglichkeiten suchen
- Bessere nachklinische Versorgung – Vermeidung von Drehtüreffekten, Überleitungen verbessern
- Mehr Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte in den stationären Einrichtungen
  - Einrichtung eines **konsilliaren Systems** für Behandlung von Demenzen, Depressionen in Einrichtungen – Task force – zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Finanziert aus Mitteln von: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bezirk Unterfranken, Stadt Würzburg, Landkreis Würzburg

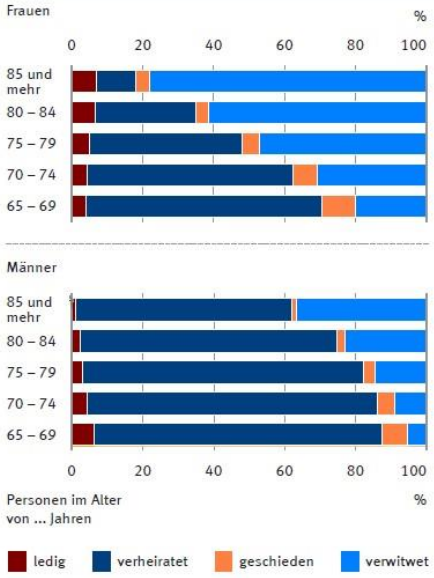
Ergänzungen zum Vortrag:

- Derzeit erarbeitet Halma e.V. zusammen mit der Alzheimergesellschaft an einem Konzept „Kultur und Demenz“. Beispielsweise wird unter dem Motto, „Allianzen für Demenz“ eine Liste mit geeigneten Konzerten erstellt.

6 Leben und Wohnen im Alter

Volker Stawski, Dipl. Päd. (Univ.) Leiter der Beratungsstelle für Senioren

3. Familienstand ab 65 Jahren



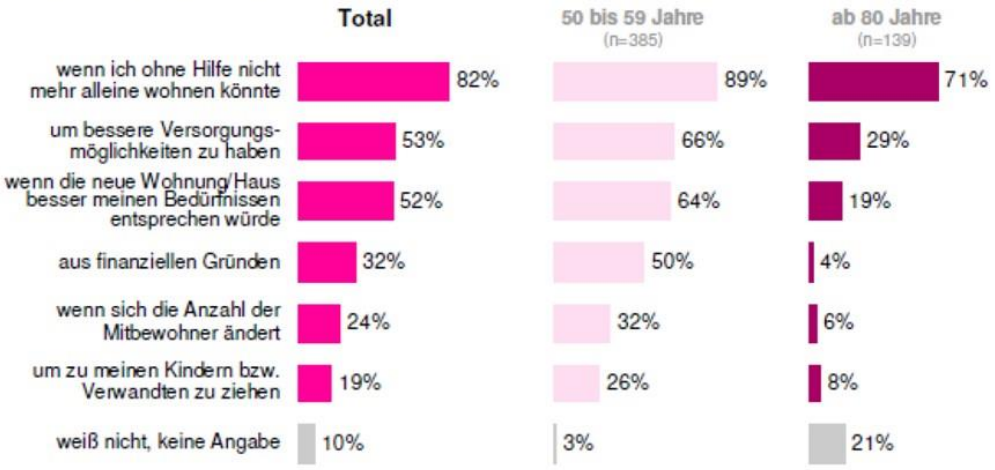
Aus dem Internet am 27.11.2012,
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/BlickpunktAeltereMenschen1021221119004.pdf?__blob=publicationFile

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Gründe für einen Umzug im Alter

Verlust der Selbständigkeit ist meistgenannter potenzieller Grund für Umzug

Mehrfachnennungen möglich



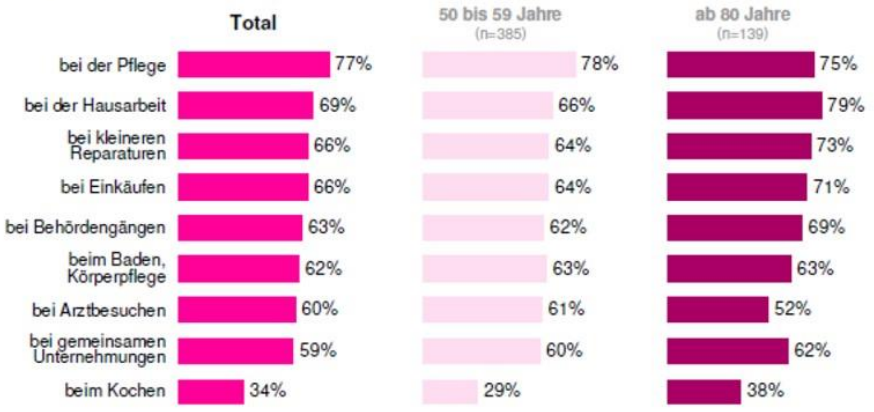
Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Wichtige Hilfen für ein selbstständiges Leben im Alter

Unterstützung bei der Pflege und der Hausarbeit am wichtigsten

Mehrfachnennungen möglich

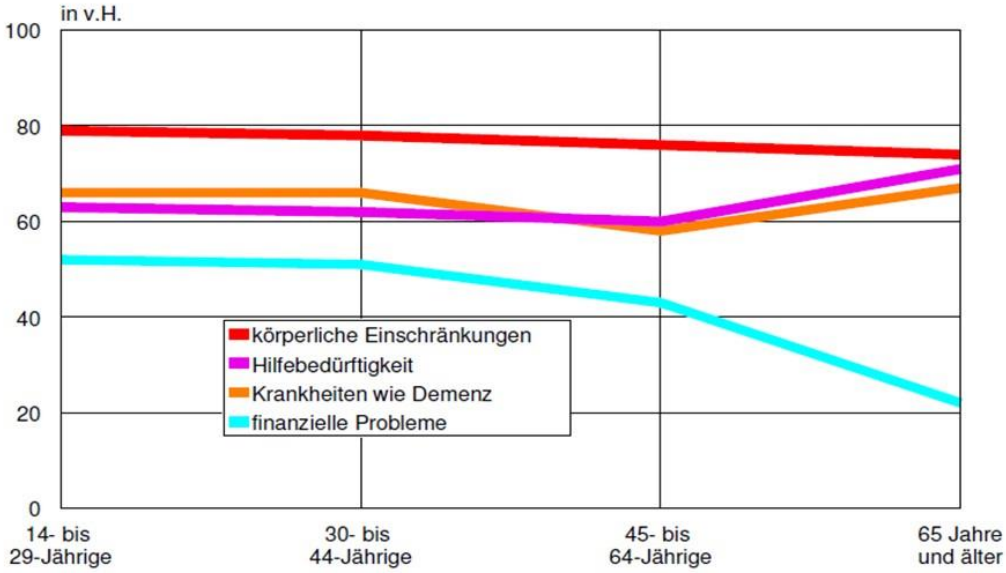


Frage: Welche Hilfen wären für Sie für ein selbständiges Leben im Alter besonders wichtig?
Basis: 1.100 Befragte ab 50 Jahren

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

3. Sorgen vor dem Alter

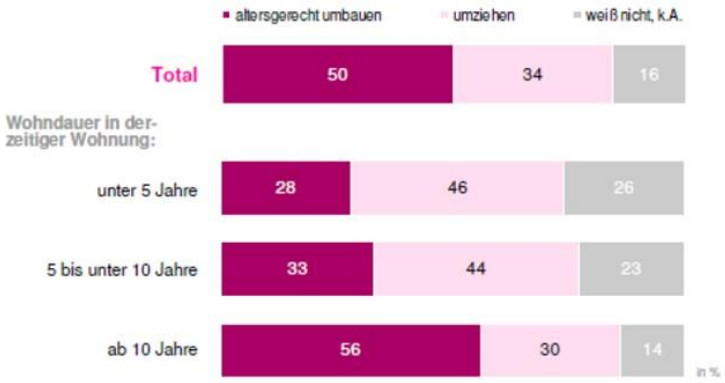


STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

3. Bevorzugtes altersgerechtes Wohnen: Umbau vs. Umzug Wohnberatung / Wohnanpassung

Nur ein Drittel möchte zwecks altersgerechtem Wohnen umziehen



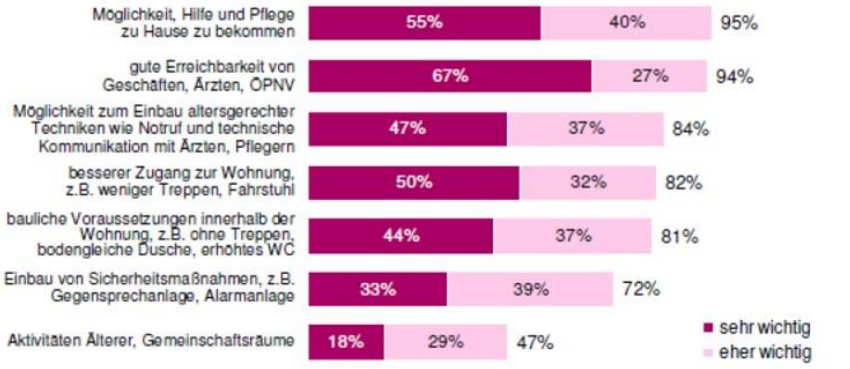
Frage: Was wäre Ihnen lieber, um altersgerecht leben zu können?
Basis: 1.100 Befragte ab 50 Jahren

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

ADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Wichtige Dinge für ein selbstständiges Leben im Alter

Gute Erreichbarkeit täglicher Anlaufstellen und mögliche Hilfestellungen zu Hause werden von fast allen für wichtig gehalten

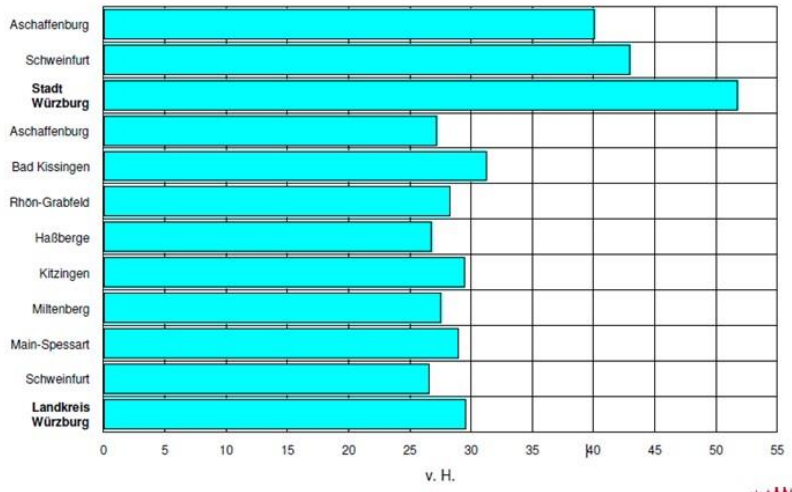


Frage: Ich lese Ihnen jetzt einige Dinge vor, die für ein selbständiges Leben im Alter eine Rolle spielen könnten. Sagen Sie mir bitte jeweils, ob diese Dinge für Sie sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig oder völlig unwichtig für ein selbständiges Leben im Alter sind.
Basis: 1.100 Befragte ab 50 Jahren

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

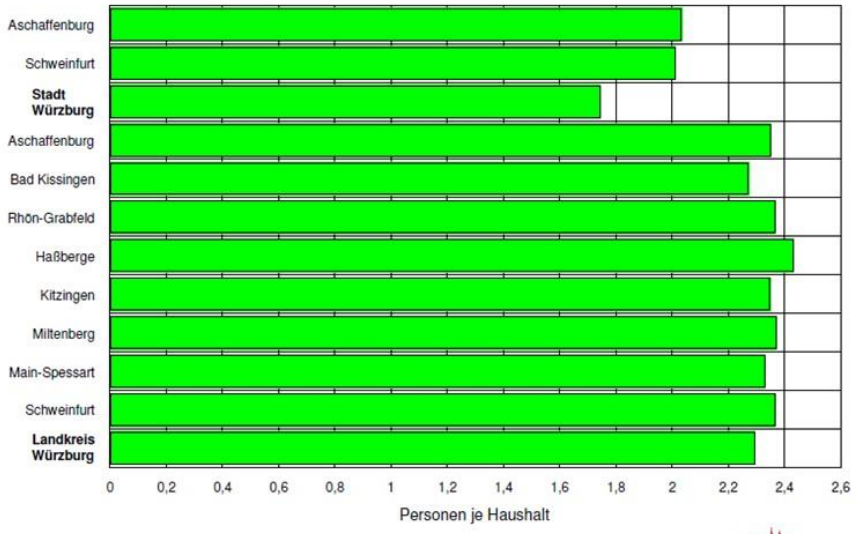
3. Anteil an Single-Haushalten in Unterfranken 2011 2015: 59%



Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Personen je Haushalt in Unterfranken 2011



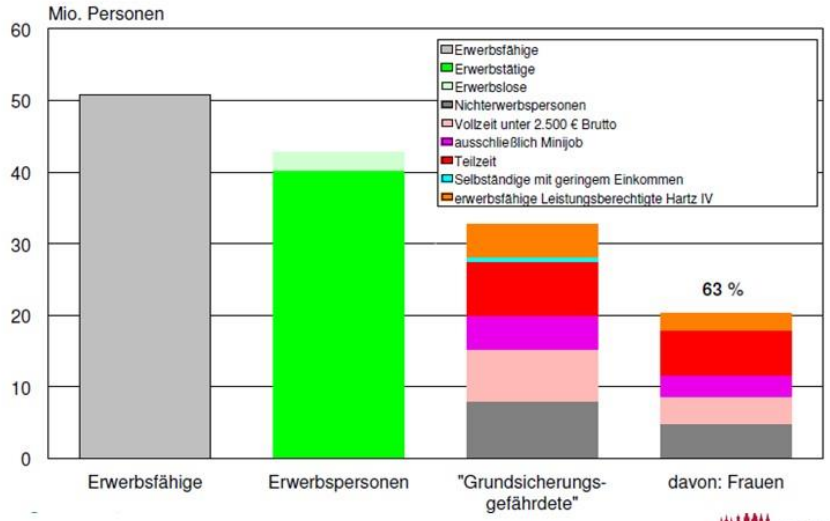
Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Risiko „Altersarmut“

Erwerbsfähige, Erwerbspersonen und tendenziell Grundsicherungsgefährdete

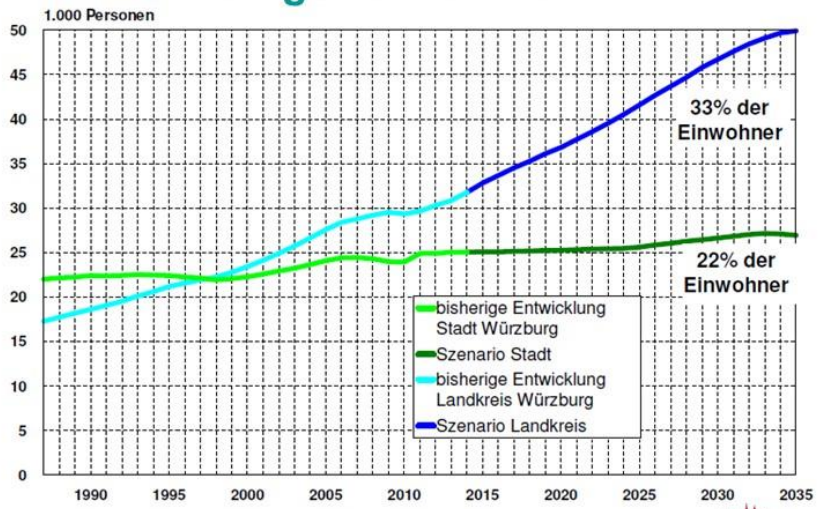
Hoher Stellenwert des Nothilfefonds



Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

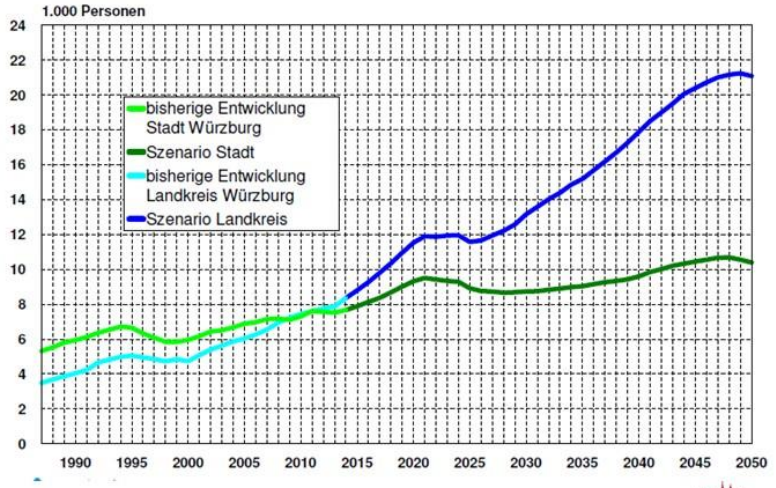
3. Entwicklung der Bevölkerung „65-plus“ in Stadt und Landkreis Würzburg in den gewählten Szenarien



Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Entwicklung der Bevölkerung „80-plus“ in Stadt und Landkreis Würzburg in den gewählten Szenarien

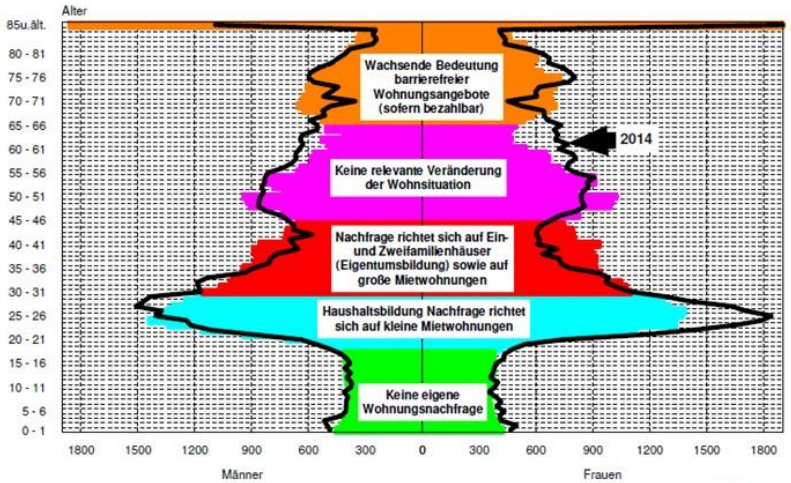


STADT WÜRZBURG

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Altersstruktur der Bevölkerung in der Stadt Würzburg im Jahr 2035 im Vergleich zum Jahr 2014

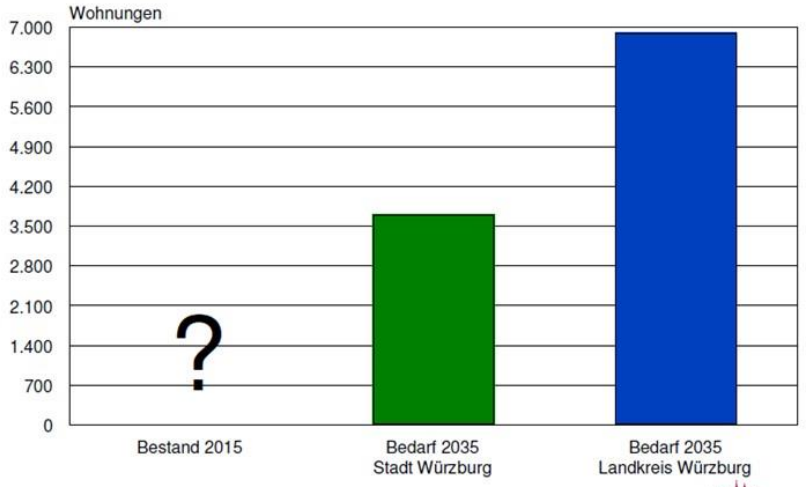


STADT WÜRZBURG

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Sollwert an barrierearmen Wohnungen allein für Haushalte mit Senioren für das Jahr 2035 in Stadt und Landkreis Würzburg



STADT WÜRZBURG

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

3. Leben und Wohnen im Alter 65+

- **Schaffung von zusätzlichem barrierefreien Wohnraum**
- **Förderprogramme Soziales Wohnen auflegen**
- **Quartierskonzepte unter Beteiligung der Menschen initiieren**
- **ISEK für alle Stadtteile entwickeln**
- **Wohnraum muss bezahlbar bleiben**

STADT WÜRZBURG

4. Handlungsfelder: Quartiersentwicklung und Inklusion

Für den größten Teil der künftigen Senioren wird sich beim Wohnen nichts ändern.

Sie bleiben so lange wie möglich in der bisherigen Wohnung; notwendige Umbauten werden mit eigenen Mitteln unter Einbeziehung der Möglichkeiten von Kranken- und Pflegekasse finanziert.

Aber auch in einer "reichen" Region wie Würzburg wird der Anteil älterer Menschen mit niedrigen und sehr niedrigen Einkommen ansteigen.

Das Wohnen dieser Menschen fällt zunehmend in den Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

4. Handlungsfelder: Quartiersentwicklung und Inklusion

Die bereits erkennbare „neue Nachfrage“ nach Kleinstwohnungen in den Städten wird sich ausweiten.

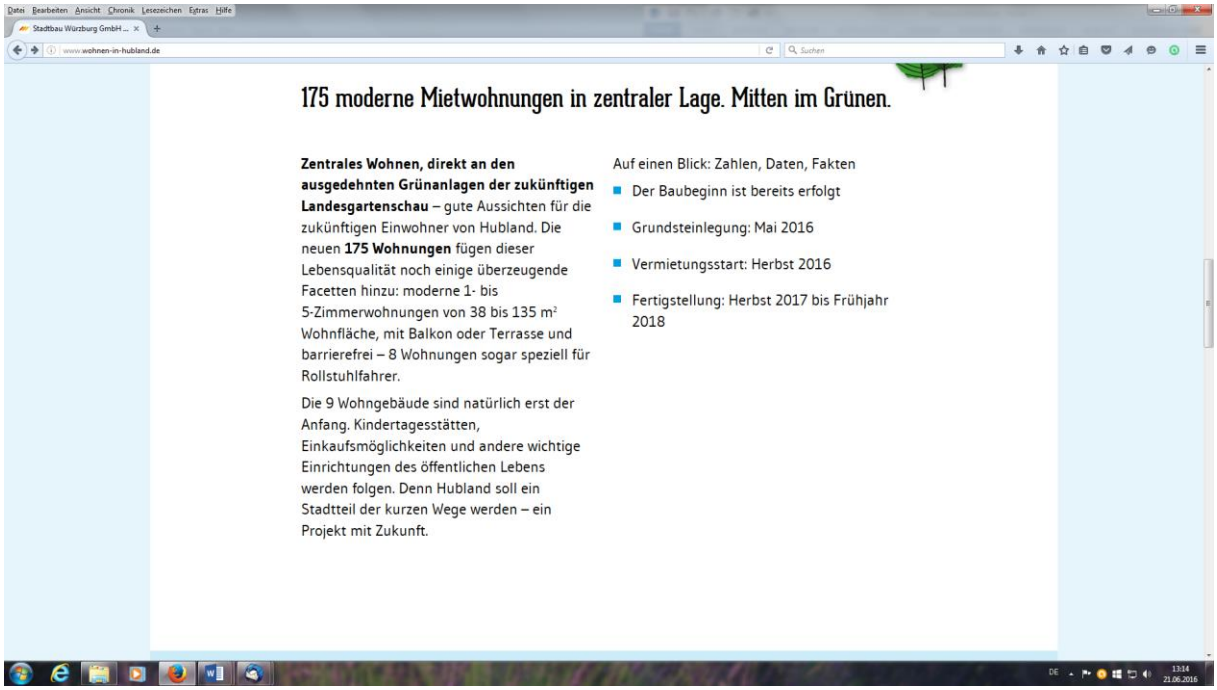
Da die Schaffung von Kleinstwohnungen im Bestand nur begrenzt (wirtschaftlich) möglich ist, werden sich Formen des gemeinschaftlichen Wohnens stärker etablieren (müssen).

Eine zentrale Forderung muss die Ausweitung der Wohnungsbestände des Staates (der Kommunen) sein.

Quelle: Herr Matthias Günther, Dipl.-Okonom, Institutsvorstand Pestel Institut
http://www.wuerzburg.de/media/www.wuerzburg.de/org/med_406186/430211_pestel-wuerzburg-31-07-2015.pdf

STADT WÜRZBURG
Volker Stawski
Beratungsstelle für Senioren

www.wohnen-im-Hubland.de



175 moderne Mietwohnungen in zentraler Lage. Mitten im Grünen.

Zentrales Wohnen, direkt an den ausgedehnten Grünanlagen der zukünftigen Landesgartenschau – gute Aussichten für die zukünftigen Einwohner von Hubland. Die neuen **175 Wohnungen** fügen dieser Lebensqualität noch einige überzeugende Facetten hinzu: moderne 1- bis 5-Zimmerwohnungen von 38 bis 135 m² Wohnfläche, mit Balkon oder Terrasse und barrierefrei – 8 Wohnungen sogar speziell für Rollstuhlfahrer.

Die 9 Wohngebäude sind natürlich erst der Anfang. Kindertagesstätten, Einkaufsmöglichkeiten und andere wichtige Einrichtungen des öffentlichen Lebens werden folgen. Denn Hubland soll ein Stadtteil der kurzen Wege werden – ein Projekt mit Zukunft.

Auf einen Blick: Zahlen, Daten, Fakten

- Der Baubeginn ist bereits erfolgt
- Grundsteinlegung: Mai 2016
- Vermietungsstart: Herbst 2016
- Fertigstellung: Herbst 2017 bis Frühjahr 2018

Ergänzungen zum Vortrag:

- Die stadtteilbezogenen ISEKs sind eine gute Planungsgrundlage, sie sollten auf alle Stadtteile ausgeweitet werden.
- Es gibt Stadtteile, für die Quartierskonzepte erarbeitet werden sollten. Dies muss nicht immer federführend durch die Stadt Würzburg erfolgen, sondern kann beispielsweise auch durch Wohlfahrtsverbände oder Stiftungen koordiniert werden.

Weitere Diskussionsbeiträge:

- Fr. Dr. Düber macht deutlich, dass in Würzburg derzeit ca. 1.000 geförderte Wohnungen fehlen. Das Quartierskonzept am Hubland wird ausgebaut. Im nächsten Schritt soll ein Quartierskonzept für Heidingsfeld erstellt werden.

ANHANG: Hospiz-und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Würzburg

Erstellt durch das Palliativnetzwerk Würzburg

1. Hintergrund

Die würdevolle Begleitung von Menschen mit einer nicht heilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankung in der verbleibenden Lebenszeit ist der gemeinsame Leitgedanke von Palliativmedizin und Hospizbewegung. In dieser Lebensphase zielt eine Behandlung nicht auf Heilung der Grunderkrankung und Lebensverlängerung ab, sondern auf Bewahren und Verbessern der Lebensqualität in der verbleibenden Zeit. In der neuen S3-Leitlinie und der darauf aufbauenden Patientenleitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit nichtheilbarer Krebserkrankung“[1] werden konkrete Versorgungsziele beschrieben. In der Lebensphase mit limitierter Prognose geht es vor allem darum:

- Beschwerden zu lindern,
- unnötige Belastung durch Untersuchungen und Behandlungen zu vermeiden,
- den schwerkranken oder sterbenden Menschen pflegerisch, psychosozial und spirituell zu begleiten,
- sowie Ressourcen zu stärken und kraftspendende Lebensinhalte aufrechtzuerhalten.

Palliativversorgung berücksichtigt immer auch die Bedürfnisse der Angehörigen vor und nach dem Tod der Patientin oder des Patienten und ist nicht nur auf Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankung beschränkt, sondern betrifft alle Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen wie z. B. unheilbare neurologische Erkrankungen, fortgeschrittene Demenz, Herz-, Nieren- oder Lungenleiden. Durch die demografische Entwicklung wird der Anteil alter und hochbetagter Sterbender bis 2034 deutlich ansteigen: 2014 waren rund 2.000 Verstorbene 75 Jahre und älter, erwartet werden 2034 2.759 Sterbefälle im entsprechenden Alter (Steigerung um 37 %)[2]. Palliativversorgung alter Menschen steht vor besonderen Herausforderungen. Die

---

[1] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 10/2015, AWMF-Registernummer: 128 / 001OL, leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html (Zugriff 30.05.2016) und Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Patientenleitlinie: Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 9/2015, AWMF-Registernummer: 128/001OLp, leitlinienprogramm- onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html (Zugriff am: 12.05.2016)

[2] Die Prognose der Sterbefälle wurde vom Institut SAGS erstellt.

meisten alten Menschen sind multimorbide und haben im Durchschnitt 2 Jahre regelmäßigen Hilfebedarf vor dem Tod, vielfach verbunden mit einem Einzug ins Pflegeheim. Dort ereigneten sich 2011 ca. 19 % aller Sterbefälle. Im stationären Hospiz verstarben 4,6 %, im häuslichen Umfeld 23 % und im Krankenhaus 51 % der Menschen[3]. Angesichts der demografischen Entwicklung darf die Bedeutung stationärer Pflegeeinrichtungen als Lebens- und Sterbeorte nicht unterschätzt werden. Komorbiditäten, Coping-Mechanismen und oft langjährige Krankheitsverläufe erschweren bei alten Menschen die Einschätzung des Schweregrades und der Prognose bei potentiell lebensverkürzenden Erkrankungen. 25 % aller über 65-jährigen Menschen leiden an einer psychischen Erkrankung.[4] Altersabhängig steigt der Anteil der Menschen mit Demenz auf 40-50 % der über 90-jährigen. Bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wird eine Demenz ebenso wie eine Depression vielfach nicht genau diagnostiziert, die Prävalenz der Demenz im Pflegeheim wird erheblich unterschätzt[5] und Depressionen werden oft nicht adäquat behandelt. Depression wird als normale Begleiterscheinung von Alter oder Lebenskrisen verkannt und das Risiko für einen Suizid wird unterschätzt. Bei kognitiv eingeschränkten oder dementen Patientinnen und Patienten wird die Prognose sehr oft überschätzt, Schmerzen und andere belastende Symptome bleiben unerkannt und zusätzliche Belastungen entstehen durch Hospitalisierungen in den letzten Lebensmonaten. Die betreuenden Angehörigen altgewordener Menschen sind oft ebenfalls alt, gesundheitlich eingeschränkt und durch Gespräche zur Vorausplanung am Lebensende vielfach belasteter als die Betroffenen selbst. Das neue Gesetz zur Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) zielt darauf, dass alle Menschen überall an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet werden. Durch die explizite Verankerung der palliativen Versorgung und der Sterbebegleitung in die Krankenbehandlung sowie in die häusliche und stationäre Pflege, die besonderen Vergütungsmöglichkeiten für qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische ärztliche Leistungen, die Übernahme von 95 % der Betriebskosten von Erwachsenenhospizen, die Vergütung von Information und Beratung über medizinisch-pflegerische Versorgung am Lebensende sowie von ethischen Fallbesprechungen im Pflegeheim und weiteren Maßnahmen, soll insbesondere die allgemeine Palliativversorgung gefördert und unterstützt werden.

[3] Vgl. Bausewein et al 2015
[4] Vgl. 4. Altersbericht 2002, Gerontologie & Geriatrie 2015
[5] Vgl. Schäufele 2013

Handlungsbedarf (1)

- Umsetzung HPG gemeinsam mit den Netzwerkpartnern,
- Identifikation von Patientinnen und Patienten mit Risiko für Demenz / Delir / Palliativbedarf,
- Optimierung der Integration gerontologischer und fachärztlicher Expertise in die Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern,
- Sicherung der Sterbebegleitung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern im „neuen Zuhause“,
- mehr wohnort- / quartiersnahe Pflegeeinrichtungen, in denen auch gut begleitet / symptomgelindert gestorben werden kann,
- Umsetzung HPG gemeinsam mit den etablierten Leistungserbringern der spezialisierten Palliativversorgung.

2. Unterscheidung allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung

Mit der gesetzlichen Verankerung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Jahr 2007 wurde in Deutschland die abgestufte Palliativversorgung eingeführt. In dem 2-stufigen Konzept sollen sich allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung komplementär ergänzen. In der allgemeinen Palliativversorgung (geleistet z. B. durch Hausärzte, Sozialstationen, Pflegeheime, Allgemeinstationen in Krankenhäusern) sind die Leistungserbringer nicht haupttätig in der Palliativversorgung, die zu erbringenden Versorgungsleistungen sind weniger komplex und nicht zwingend an spezifische strukturelle Voraussetzungen gebunden. In der spezialisierten Palliativversorgung (z. B. Palliativstationen, SAPV-Teams, Palliativambulanz, Palliativmedizinische Dienste in Krankenhäusern) sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter überwiegend in der Palliativversorgung tätig. Sie sind für die Palliativversorgung qualifiziert, verfügen über ausreichend Erfahrung und arbeiten im multiprofessionellen Team. Für die Refinanzierung durch die Krankenkasse muss die spezialisierte Palliativversorgung weitere Anforderungen (Struktur- und Prozessqualität) erfüllen. Das Hospiz und die ehrenamtliche Hospizbegleitung sind stationär und ambulant tätig und in beiden Bereichen verankert. In der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung wird die bedarfsorientierte Zuordnung zu den verschiedenen abgestuften Angeboten der Palliativversorgung in einem Behandlungspfad dargestellt (siehe Abb.1: Organisation der Palliativversorgung). Dabei besteht Übereinstimmung, dass die Darstellung der Versorgungsstrukturen auf alle Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen übertragen werden kann. Für die Differenzierung zwischen niedrigem bzw. mittlerem Palliativbedarf und hohem bzw. komplexem Bedarf sollen bewährte palliativmedizinische Symptomchecklisten genutzt werden.

Abb. 1: Organisation der Palliativversorgung in Deutschland nach S3-Leilinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung[6]

Versorgungsart	Palliativbedarf niedrig / mittel	Palliativbedarf: hoch unterstützende Angebote:	Einrichtungen:
Stationär: Krankenhaus	krankenhauspflichtig	+ Palliativdienst	Palliativstationen
Stationär: Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflege, Hausarzt Hospiz-Ehrenamt	+ Palliativambulanz + spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	
	Ambulante Hospiz-und Palliativberatungsdienste		Hospiz
Häuslicher Bereich	Sozialstation, Hausarzt Hospiz-Ehrenamt	+ Palliativambulanz + SAPV	

Handlungsbedarf (2)

- Identifikation des Palliativbedarfs,
- Umsetzung einer bedarfsorientierten Zuweisung zur Palliativversorgung,
- transparente Darstellung der Schnittstellen und der Unterstützungsmöglichkeiten der spezialisierten Palliativversorgung für die Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung.

3. Palliativnetzwerk Region Würzburg

Im Palliativnetzwerk Region Würzburg arbeiten die Leistungserbringerinnen bzw. -erbringer der spezialisierten Palliativversorgung und Vertreterinnen bzw. Vertreter der allgemeinen Palliativversorgung zusammen, um sich auszutauschen und die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Region zu verbessern. Über den Versorgungsbereich Stadt und Landkreis Würzburg hinaus gehören weiter die Palliativstation und das Brückenteam bzw. perspektivisch das SAPV-Team des St. Joseph-Krankenhaus Schweinfurt und – neu seit März

[6] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 10/2015, AWMF-Registernummer: 128 / 001OL, weitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html (Zugriff 30.05.2016).

2016 – auch Vertreterinnen bzw. Vertreter des spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativteams Unterfranken in Trägerschaft der Malteser Würzburg zum Palliativnetzwerk. Mitglieder, Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner und Erreichbarkeit im Internet unter www.palliativmedizin.ukw.de/palliativnetzwerk.html. Im Folgenden sind die Angebote gegliedert nach dem Behandlungspfad der S3-Leitlinie knapp dargestellt.

3.1 Spezialisierte Palliativ-und Hospizangebote (für Erwachsene) in Stadt und Landkreis Würzburg

3.1.1 Palliativstationen Stiftung Juliusspital und Universitätsklinikum Würzburg

Die Stiftung Juliusspital Würzburg eröffnete im Jahr 2001 die erste Palliativstation in Unterfranken mit 9 Betten, zeitgleich nahm die Akademie für Palliativmedizin, -pflege und Hospizarbeit ihre Arbeit auf. Im Jahr 2008 folgte die Inbetriebnahme einer 2. Palliativstation mit 6 Betten. In den 15 Palliativbetten der beiden Stationen wurden im Jahr 2015 465 Patientinnen und Patienten betreut. Die Verweildauer betrug 8,4 Tage und das Durchschnittsalter lag bei 75 Jahren. Ziel der Palliativstationen ist es, schwere belastende Symptome (wie Schmerz, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen usw.) bei Patientinnen und Patienten mit nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen so einzustellen, dass sie wieder in ihr gewünschtes Umfeld zurückkehren können. Falls eine Betreuung – auch unter Zuhilfenahme eines spezialisierten ambulanten Palliativdienstes (siehe unten) – zu Hause nicht mehr möglich ist, erfolgt nach stabiler Einstellung eine Weiterverlegung in eine Pflegeeinrichtung oder in das stationäre Hospiz.

2009 wurde am Universitätsklinikum Würzburg eine 10-Betten-Palliativstation eröffnet. Auf der Station werden jährlich ca. 320 Patientinnen und Patienten versorgt, im Jahr 2015 waren 31 % der Patientinnen bzw. Patienten älter als 75 Jahre und die durchschnittliche Verweildauer betrug 10 Tage. Eigene Analysen zeigten, dass signifikant mehr ältere Patientinnen und Patienten mit niedrigem oder mittlerem Palliativbedarf ins Pflegeheim entlassen wurden. Jüngere Patientinnen bzw. Patienten und Patientinnen und Patienten mit hohem bzw. komplexem Palliativbedarf, die nicht im häuslichen Bereich versorgt werden konnten, wurden ins Hospiz entlassen oder verstarben während der Wartezeit auf einen Hospizplatz auf der Palliativstation.

3.1.2 SAPV-Team Stiftung Juliusspital

Im Jahr 2010 wurde die integrierte Palliativmedizinische Versorgung der Stiftung Juliusspital in ein komplettes Team für die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung überführt (SAPV Stiftung Juliusspital). Das Team mit Ärzten und Pflegenden unterstützt und betreut nicht nur in Stadt und Landkreis Würzburg, sondern auch in den Landkreisen Kitzingen, Main-Spessart und im westlichen Landkreis Schweinfurt finalkranke und sterbende Patien-

tinnen und Patienten im häuslichen Bereich, im Pflegeheim und auch im Hospiz, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Die SAPV wird ärztlich verordnet und durch die Krankenkassen finanziert. 2015 wurden 407 Patientinnen und Patienten betreut, davon 322 in Teilversorgung und 34 Hospizgäste, davon 73 % älter als 70 Jahre. Die Interventionen umfassen Beratung, Koordination der verschiedenen Mitbehandler, Ethikberatung, Erstellen und Anpassen von Patientenverfügungen, palliativ-therapeutische Interventionen und 24h-Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten in der Teilversorgung. Das SAPV-Team übernimmt keine Grund- oder Behandlungspflege, sondern unterstützt bei Menschen in den letzten Lebenswochen die Hausärzte, Pflegedienste bzw. Pflegeeinrichtungen bei der Linderung komplexer Symptome und der Bewältigung von Krisensituationen mit dem Ziel, das Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

3.1.3 Palliativdienst UKW und Missionsärztliche Klinik

Zur Unterstützung der allgemeinen Palliativversorgung in Krankenhausstationen außerhalb von Palliativstationen gibt es in der Missionsärztlichen Klinik (Schwerpunkt onkologische Stationen) und im Uniklinikum die Möglichkeit der palliativmedizinischen Mitbetreuung.

In der Missionsärztlichen Klinik werden jährlich ca. 80 Patientinnen und Patienten palliativmedizinisch mitbetreut, die meisten davon in der Sterbephase in der vertrauten Abteilung, in der bislang die Tumorerkrankung behandelt wurde. Angeboten wird auch eine konsiliarische Mitbetreuung auf den chirurgischen Stationen des Hauses. Der Palliativmedizinische Dienst am Uniklinikum kann konsiliarisch von allen Kliniken zur Unterstützung angefordert werden. Im Jahr 2015 gab es 569 Mitbetreuungen, davon 27 % länger als 6 Tage. Neben Vorschlägen zur Optimierung der Symptomlinderung ist die Erarbeitung belastbarer, an den individuellen Patientenpräferenzen ausgerichteter Versorgungskonzepte für die ambulante Weiterversorgung gerade bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit. Dazu arbeitet der Palliativmedizinische Dienst eng mit der Pflegeberatung, den Hausärzten, den Pflegeheimen und der SAPV zusammen.

3.1.4 Palliativambulanz UKW

Die Palliativambulanz ist ein neues Angebot des Interdisziplinären Zentrums Palliativmedizin der Uniklinik für Patientinnen und Patienten, die nicht auf einer Palliativstation stationär behandelt werden müssen und die (noch) keinen aufwändigen häuslichen Versorgungsbedarf haben, der eine SAPV-Verordnung erfordert. Das Angebot mit festen Sprechzeiten richtet sich an mobile Patientinnen und Patienten, die frühzeitig einen Palliativkontakt wünschen. Das Leistungsspektrum umfasst Beratung, Assessment und Behandlung von Symptomen, ressourcenorientierte Unterstützung von Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen, vorausschauende Versorgungsplanung, Koordination bzw. Organisation der Palliativversorgung.

Eine ärztliche Überweisung ist erforderlich. Ergänzend dazu übernimmt die mobile Palliativambulanz bei Bedarf einmalige nachgehende Hausbesuche im Pflegeheim, um die Umsetzung der stationär erarbeiteten palliativen Behandlungspläne vor Ort zu unterstützen. Ggfs. wird bei hohem oder komplexem Palliativbedarf in Absprache mit dem Hausarzt die SAPV einbezogen.

3.1.5 Stationäres Hospiz

Das stationäre Hospiz der Stiftung Juliusspital wurde im Sommer 2013 in Betrieb genommen und stellt eine wirtschaftlich eigenständige Einrichtung mit einer Kapazität von 10 Bettplätzen (ab Oktober 2016 ist eine Erweiterung auf 12 Bettplätze geplant) dar. Ziel der Institution ist es, Menschen mit fortgeschrittener, unheilbarer Erkrankung und begrenzter Lebenswartung aufzunehmen, um diesen in ihrer schwierigen Situation mit Achtsamkeit zu begegnen und ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um palliativmedizinische und -pflegerische Aspekte, sondern auch um die spirituelle und psychosoziale Begleitung. Für die Aufnahme in das stationäre Hospiz sind das Einverständnis des betroffenen zukünftigen Gastes, eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung und ein Leistungsantrag nach §39a SGBV seitens des Betroffenen notwendig, um eine Kostenübernahme für in der Regel vier Wochen durch die Krankenkasse zu erwirken. Für eine längere Verweildauer werden die erforderlichen Kostenübernahmen durch das stationäre Hospiz beantragt. Die durchschnittliche Verweildauer der im Jahr 2015 aufgenommenen Gäste betrug im Mittel 21 Tage, 53,3 % der betreuten Gäste waren älter als 70 Jahre.

3.1.6 Ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste

Ehrenamtliche Hospizdienste und ambulante Hospiz- und Palliativdienste (AHPB) sind sektorenübergreifend in Krankenhäusern, auf Palliativstationen, im Hospiz sowie im häuslichen Bereich und im Pflegeheim tätig. Der Hospizverein Würzburg e.V. ist Träger eines AHPB. Schwerkranke, Sterbende und ihre Angehörigen finden hier kostenlose Beratung über die Möglichkeiten von Palliativ- und Hospizversorgung. Außerdem ist der AHPB Wegweiser im Netzwerk von Palliativ und Hospiz.

Der AHPB und das Brückenteam arbeiteten mit dem Ziel, Rahmenbedingungen so mitzugestalten, dass schwer erkrankte und sterbende Menschen mit einer möglichst hohen Autonomie und Lebensqualität im vertrauten Umfeld leben und sterben können. Die ressourcenorientierte Beratung und Begleitung durch gleichbleibende Ansprechpartnerinnen und -partner geschieht vor, nach oder statt einer Aufnahme in eine Palliativstation oder eine Klinik. Das AHPB und Brückenteam streben eine optimale Vernetzung verschiedenster Lebens- und Betreuungsbereiche, wie häusliche Umgebung, Hausarzt, Pflegedienst und Behörden etc. an. Zu ihrem Angebot gehören außerdem Besuche zu Hause oder in einer Institution. Der Hospizverein

Würzburg e.V. stellt dieses hauptamtliche Team der Palliativstation des Juliusspitals als Brückenteam zur Verfügung. Als solches ist es zuständig für die Planung der Aufnahme und der Entlassung. Aus den Daten des Palliativassessments basiert die Ermittlung des Hilfebedarfs und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Um Versorgungsbrüche vorzubeugen erfolgt nach Entlassung ein Informationsaustausch und ggf. eine Modifizierung der Versorgung mit den beteiligten Stellen.

Auch der Hospizdienst der Malteser ist inzwischen seit über 25 Jahren in der ambulanten ehrenamtlichen Hospizbegleitung mit einem AHPB in der Region Würzburg aktiv (beide Gründungen 1991). Durch die beiden Dienste mit insgesamt 214 qualifizierten Ehrenamtlichen wurden im Jahr 2014 über 420 Schwerstkranke, Sterbende und ihre Angehörigen sowie Trauernde begleitet. Durch diesen Einsatz, Beratungen zur Patientenverfügung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Weiterbildungsangebote leisten die Hospizdienste einen wesentlichen Beitrag zur Enttabuisierung von Krankheit, Tod und Trauer in unserer Gesellschaft. Die Einsätze der Ehrenamtlichen in Privathaushalten, Pflegeheimen und Krankenhäusern sowie Präsenszeiten der Ehrenamtlichen im stationären Hospiz, den beiden Würzburger Palliativstationen und im Palliativdienst der Missionsärztlichen Klinik sowie Schulungen und Supervisionen werden von ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen koordiniert, die auch für die Ausbildung der Hospizhelferinnen und -helfer, allgemeine Beratungen, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich sind. Die ehrenamtliche Hospizarbeit wird von der Stadt Würzburg gefördert.

3.1.7 Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit der Stiftung Juliusspital Würzburg

Die Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit der Stiftung Juliusspital Würzburg wurde 2001 gegründet. Mit ihren umfassenden und praxisorientierten Fort- und Weiterbildungsangeboten richtet sie sich an alle im Palliativ- und Hospizbereich Tätigen wie zum Beispiel Ärzte und Pflegekräfte, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus psychosozialen und therapeutischen Berufsgruppen, Seelsorgerinnen bzw. Seelsorger sowie an Ehrenamtliche. Seminare zum Thema Ethikberatung, Trauerbegleitung, Patientenverfügung, Kommunikation und weitere spezielle Themen erweitern das Angebot. Daneben bietet die Akademie für die Öffentlichkeit Vorträge und Führungen auf der Palliativstation und im stationären Hospiz der Stiftung Juliusspital an, um dem Einzelnen einen Einblick in die Palliatividee zu geben.

Von 2001 bis 2015 nahmen 197 Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen aus der Region Mainfranken am „Basiskurs- Palliativmedizin“ teil. Insgesamt wurden bis 2015 27 Palliative Care Kurse für Pflegende durchgeführt.

3.1.8 Studentische Lehre

Seit 2013 ist Palliativmedizin ein Pflichtfach für Medizinstudierende. An der Uniklinik Würzburg hören die Medizinstudierenden im 2. Semester in der Vorlesung „Berufsfelderkundung“ erstmals von der Palliativmedizin. Darauf folgen in der medizinischen Psychologie (5. Semester) Führungen entweder auf der Palliativstation Stiftung Juliusspital oder auf der Palliativstation der Uniklinik. Im 7. Semester wird ein verpflichtendes Kommunikationstraining mit geschulten Laienschauspielern durchgeführt und im 9. Semester finden die Vorlesung Palliativmedizin,4 Pflichtseminare (eines davon im Rahmen des Fachs Geriatrie) und eine Klausur statt. Eine Palliativprofessur an der Uniklinik ist kommissarisch mit Frau Prof. Birgitt van Oorschot besetzt.

Handlungsbedarf (3)

- mehr Hospizbetten (Bettenaufstockung Hospiz Sanderau),
- Förderung der hospizlich-palliativen Kultur in Pflegeheimen (dezentrale Hospizbetten, palliativ-geriatrischer Dienst),
- Bedarfsorientierte Zuweisung zur Palliativversorgung,
- Mehr Geld / öffentliche Statements der Politik (OB, Stadträte) zur Würdigung der ehrenamtlichen Hospizarbeit.

3.2 Allgemeine Palliativversorgung

Palliativversorgung ist primär keine Angelegenheit von Spezialisten. Die meisten Menschen können auch am Lebensende und im Sterben von Hausärzten gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten zu Hause im Privathaushalt oder im Pflegeheim bzw. auch auf allgemeinen Stationen im Krankenhaus gut versorgt werden, bei Bedarf begleitet von Hospizehrenamtlichen. Nur 10-20 % aller Sterbenden brauchen wegen komplexer Symptome und Belastungen eine spezialisierte Palliativversorgung. Eine spezialisierte Palliativversorgung erfolgt z. B. auf einer Palliativstation im Krankenhaus, im Hospiz, in einer Palliativambulanz oder die Hausärzte und Pflegedienste unterstützen durch die SAPV im häuslichen Bereich oder im Pflegeheim. Angesichts des längerfristigen Pflegebedarfs alter Menschen vor dem Sterben (s. Kapitel Hintergrund) ist es unrealistisch, hier wie bei jüngeren Patientinnen bzw. Patienten ggfs. von einem unkomplizierten Wechsel aus der häuslichen Versorgung ins Hospiz auszugehen. Ein hoher Anteil alter Menschen wird bei Eintritt der Sterbephase bereits länger im Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung (z. B. Betreutes Wohnen) leben und dort ein neues Zuhause gefunden haben. Die Herausforderung wird zukünftig darin bestehen, eine bedarfsorientierte Palliativversorgung umzusetzen und im Pflegeheim die Begleitung von Sterbenden

adäquat zu unterstützen. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit mittlerer und fortgeschrittener Demenz sind Wechsel des Versorgungssettings am Lebensende zu vermeiden – und gleichzeitig muss es möglich sein, dass Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit komplexen Symptomen und Bedürfnissen am Lebensende unkompliziert ins Hospiz oder andere Formen der spezialisierten Palliativversorgung wechseln können.

3.2.1 Bedeutung der Hausärzte

Hausärzte haben in der allgemeinen Palliativversorgung im ambulanten Bereich und in Pflegeeinrichtungen eine entscheidende Schlüsselfunktion. Sie kennen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige meist langjährig und sind für diese oft weit mehr als Ansprechpartnerinnen bzw. -partner in medizinischen Fragen. Dabei sind sie in der Lotsenfunktion bei der Sicherung der Sterbebegleitung im vertrauten Zuhause (d. h. im Privathaushalt oder auch im Pflegeheim) entscheidend auf eine gute Zusammenarbeit mit Kliniken und Fachärzten angewiesen. Die „Komm-Struktur“ der fachärztlichen und psychosozialen Versorgung erschwert Diagnostik, Abklärung auffälliger Befunde im Hinblick auf behandelbare Ursachen bei gebrechlichen und / oder kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten. Gerade bei gebrechlichen alten Patientinnen bzw. Patienten kann die dann erfolgende stationäre Einweisung aber wiederum zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation beitragen (z. B. durch ein Delir). Versorgungskonzepte mit einem vorausschauenden und flexiblen Schnittstellenmanagement könnten hier Abhilfe schaffen.

3.2.2 Sterbebegleitung im Pflegeheim

Ehrenamtliche Hospizhelferinnen und -helfer sind in Stadt und Landkreis Würzburg schon lange auch in Pflegeheimen präsent. In einem Pflegeheim des Kommunalunternehmens (Pflegeheim Hubland) ist ein Hospizappartement bereitgestellt, um auch im Setting des Pflegeheims jüngere Patientinnen bzw. Patienten und / oder Patientinnen bzw. Patienten mit komplexem Palliativbedarf zu versorgen. Die Umsetzung der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten mit aufwändigem Pflegebedarf am Lebensende im wohnortnahen Pflegeheim ist durch die finanzielle Benachteiligung im Vergleich mit dem stationären Hospiz eine bislang ungelöste Herausforderung. In der stationären Altenpflege richten sich die Heimentgelte nach der vorhandenen Pflegestufe bzw. den Pflegegraden. Zusätzliches Geld für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Patientinnen bzw. Patienten ist nicht vorgesehen. Es bleibt abzuwarten, was sich durch das HPG zukünftig ändert. In der stationären Altenpflege können im Unterschied zur ambulanten Pflege in der eigenen Häuslichkeit Grund-und Behandlungspflege nicht getrennt voneinander abgerechnet werden. Mit dem stationären Pflegesatz ist beides abgegolten – unabhängig vom tatsächlichen Aufwand und den Kosten. Aus Nutzerperspektive ist darüber hinaus das Hospiz eindeutig zu bevorzugen, da im Unterschied

zum Pflegeheim dort kein Eigenanteil zu zahlen ist. Für einen Hospizplatz wird durch die Sozialkassen ca. 6.500 € / Monat bereitgestellt, im Unterschied dazu für einen Pflegeheimplatz max. 1.775 € / Monat (Stand 5/2016). Trotz dieser offensichtlichen Benachteiligung gibt es keinen Grund, die Aufgabe der Sterbebegleitung im Pflegeheim grundsätzlich infrage zu stellen. Das Pflegeheim wird für die Bewohnerinnen und Bewohner zum zuhause. Insbesondere für demente Patientinnen bzw. Patienten ist jeder Wechsel des Versorgungssystems eine große Belastung, die wenn irgendwie möglich vermieden werden sollte.

Pflegeheime kommen in der Versorgung von Sterbenden an ihre Grenzen, wenn

- Handlungssicherheit fehlt, d. h. wenn das palliative Behandlungskonzept nicht klar definiert ist und ärztliche Anordnungen für das Vorgehen in Notfallsituationen, bei neuen Symptomen oder für eine Bedarfsmedikation fehlt;
- fachärztliche Versorgung, Abklärung neuer Befunde oder Symptome, seltene Maßnahmen (z. B. Portversorgung) oder auch Neueinstellungen von Medikamenten nötig sind;
- Hospizversorgung nicht komplementär, sondern konkurrierend als die bessere (und derzeit real auch kostengünstigere) Versorgung von Sterbenden verstanden wird;
- und wenn der Ruf der Pflegeheime / das Berufsbild der Altenpflege in öffentlichen Darstellungen weiter beschädigt wird. Es wird zunehmend schwerer, Altenpflegerinnen und -pfleger zu finden, da die Bezahlung schlechter ist als für Pflegekräfte und die Aufstiegschancen geringer sind. Diese Tendenz wird durch die erwartete Änderung der Ausbildungsordnung eher zunehmen.

Handlungsbedarf (4):

- Palliativbedarf im Pflegeheim / vor Entlassung aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim identifizieren und bei der Entlassplanung beachten,
- HPG gemeinsam mit Pflegeheimen und Netzwerkpartnern umsetzen (Unterstützung bei der Identifikation von Palliativbedarf, Vorausplanung zum Lebensende und Unterstützung der außerklinischen Ethikberatung), Ziel: Wenn Zuhause im Pflegeheim, dann auch Option im neuen Zuhause zu sterben

Zusammenfassung: Perspektiven und (Heraus)Forderungen

Die demografische Entwicklung und der zunehmende Anteil altgewordener Menschen, die mit kognitiven Einschränkungen oder einer Demenz und dem damit verbundenen längerfristigem Unterstützungs- und Pflegebedarf leben und dann auch mit bzw. an einer Demenz versterben, stellt uns vor große Herausforderungen. Das neue Hospiz-und Palliativgesetz will die

allgemeine Palliativversorgung unterstützen und fördern. Neben zusätzlichen Hospizplätzen braucht es wohnort- / quartiersnahe Versorgungsangebote, in denen Menschen mit niedrigem oder mittlerem Palliativbedarf sowohl gut leben als auch gut begleitet bzw. symptomgelindert versterben können. Dies setzt auch eine entsprechende Finanzierung der Sterbebegleitung im Pflegeheim voraus.

Die geforderte bedarfsorientierte Palliativversorgung setzt als erstes die Identifikation des verschieden intensiv ausgeprägten Palliativbedarfs und den Ausschluss behandelbarer Ursachen körperlicher Symptome voraus. Dieses sollte bei hochbetagten Menschen soweit als möglich im vertrauten Umfeld erfolgen (Hausbesuche von Fachärzten, Gerontologinnen bzw. Gerontologen und Palliativspezialisten zur Bedarfsklärung z. B. im Rahmen eines palliativ-geriatrischen Dienstes), ergänzt durch den niedrigschwelligen, unbürokratischen Zugang zu den verschiedenen Hospiz-und Palliativangeboten und die Flexibilität beim Wechsel des Versorgungssettings bei geändertem Bedarf. Besondere Beachtung bedarf insbesondere der Wechsel vom Krankenhaus ins Pflegeheim / ambulante Versorgung und umgekehrt, um unnötige Belastung, Drehtüreffekte und eine nicht am Patientenwillen ausgerichtete Versorgung zu vermeiden. Dazu können Notfallpläne, ein Palliativausweis und auch die außerklinische Ethikberatung wesentlich beitragen. Ehrenamtliche Hospizarbeit und die außerklinische Ethikberatung sollten umfänglich öffentlich gefördert werden. Öffentliche Statements der Politik (OB, Stadträte) tragen darüber hinaus zur Würdigung der ehrenamtlichen Hospizarbeit bei.

Das Palliativnetzwerk Region Würzburg steht als Partner bei der Umsetzung der Konzepte zur Verfügung.