



Bezirksamt Charlottenburg-
Wilmersdorf von Berlin
Abt. Gesundheit und Soziales

Planungs- und Koordinierungsstelle
Bereich Gesundheits- und Sozialberichterstattung

Luisa Marquardt
Tel.: 9029-18523

Email: luisa.marquardt@charlottenburg-wilmersdorf.de

Entwicklungsplan Pflege

- für den Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin -



Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	2
2. Datengrundlage	3
2.1 Demografische Kennzahlen	3
2.2 Kennzahlen zur Pflege	5
2.3 Demenz.....	12
2.4 Seniorenwohnraum	13
3. Zusammenfassung und Ableitung von Handlungsfeldern	14

1. Vorwort

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird auch für Charlottenburg-Wilmersdorf ein Anstieg der Zahl der älteren Einwohner und Einwohnerinnen und damit auch der Zahl Pflegebedürftiger prognostiziert. Im Zuge dieser erwarteten Zunahme hat die BVV am 18.02.2016 das Bezirksamt beauftragt einen Entwicklungsplan Pflege für den Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf zu erstellen. Dieser soll etwaige Änderungen in den pflegerischen Versorgungsbedarfen aufzeigen, die eine mögliche Anpassung der kommunalen Pflegestrukturen fordern.

Hintergrund für zukünftige kommunale Planungsmaßnahmen sind hierbei auch die auf Bundesebene verabschiedeten Pflegestärkungsgesetze (PSG) I und II, die seit dem 01.01.2015 bzw. 01.01.2016 in Kraft sind. Mit diesen wurden Maßnahmen getroffen, die eine Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der zum 01.01.2017 gültig wird, einleiten. Mit diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird in der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Selbstständigkeit der Betroffenen im Alltag in den Mittelpunkt gestellt. Demnach wird nicht mehr, wie bisher, ausschließlich die physische Beeinträchtigung beurteilt, sondern es werden auch kognitive und psychische Einschränkungen bedacht. Damit ist eine Leistungsgleichstellung zwischen Demenzerkrankten und körperlich Pflegebedürftigen gegeben. Durch die Anwendung des neuen Pflegebegriffs zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden Anfang des Jahres 2017 bundesweit ca. 500.000 neue Leistungsfälle hinzukommen (s. Landespflegeplan 2016).

Um den Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit besser abbilden zu können werden ab dem 01.01.2017 statt der bisher geltenden Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 die sogenannten Pflegegrade 1 bis 5 vergeben werden. Personen, die bereits vor dem 01.01.2017 einer Pflegestufe zugeordnet waren werden nicht neu begutachtet. Ihnen wird automatisch anstelle der bisherigen Pflegestufe der nächsthöhere Pflegegrad zugewiesen. Dadurch wird eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung gewährleistet.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen bezüglich der pflegerischen Versorgung ist es von Relevanz, entsprechende Handlungsfelder für eine mögliche Optimierung der bezirklichen Pflegeversorgung zu entwickeln. Hierfür werden im Folgenden zunächst Zahlen zu den Themenfeldern demografische Entwicklung, Pflegebedürftige im Bezirk, ambulante und stationäre Pflege, Demenz und Wohnraum dargestellt und darauf aufbauend mögliche Handlungsschwerpunkte abgeleitet.

2. Aktuelle Datengrundlage

2.1 Demografische Kennzahlen

Der heutige bezirkliche Altersdurchschnitt beträgt 46 Jahre. Damit liegt Charlottenburg-Wilmersdorf im gesamtstädtischen Vergleich über dem Durchschnitt (Berlin: 42,9 Jahre). Da Pflegebedürftigkeit signifikant mit dem Alter ansteigt, ist auf den hohen Anteil von Einwohnern über 65 Jahre hinzuweisen (vgl. Abb.1). Dieser ist in den Prognosereäumen Schmargendorf mit 29,3% und Westend mit 28,8% am höchsten. Der Prognoseraum Charlottenburg hat mit 20,0% den geringsten Anteil an älteren Einwohner und Einwohnerinnen. Der Anteil der zukünftigen Alten (45-65 Jahre) an allen Einwohner und Einwohnerinnen liegt im Durchschnitt bei ca. 30%. Im Zuge einer langfristigen Planung durch den Entwicklungsplan Pflege muss der Übergang dieser Altersgruppe in den der älteren Bevölkerung und der damit verbundene Anstieg des Anteils der Senioren und Seniorinnen im Bezirk Berücksichtigung finden.

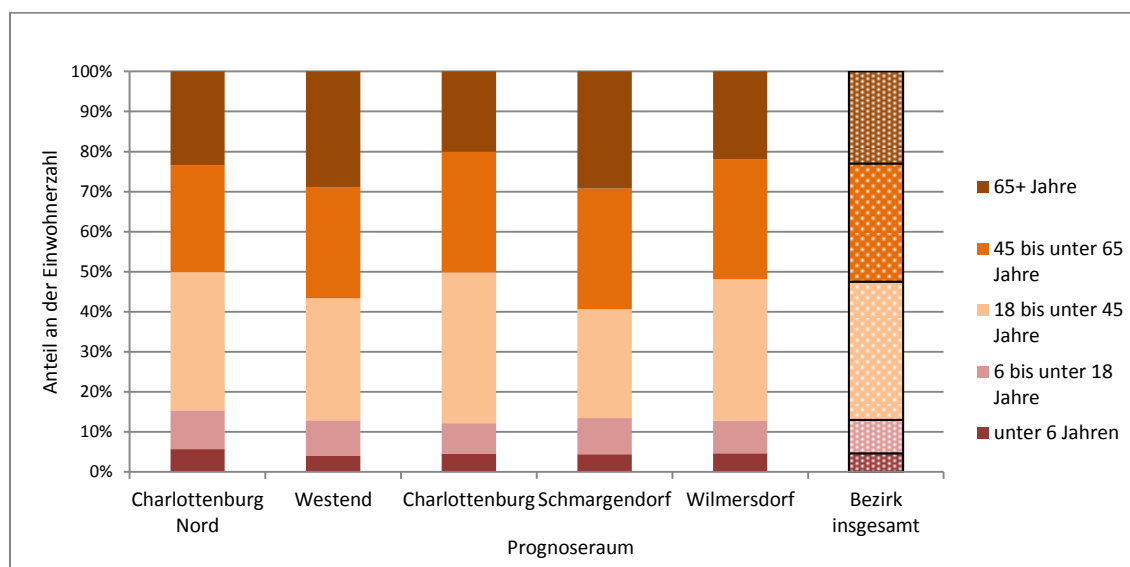


Abb.1: Altersverteilung in den Prognosereäumen von Charlottenburg-Wilmersdorf in 2015

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Einwohnerregisterstatistik per 31.12.2015

Entsprechend wird sich der demografische Wandel auch in Charlottenburg-Wilmersdorf abzeichnen. Wie die Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt für 2030 (vgl. Abb.2) zeigt wird eine Verschiebung der Altersstrukturen hin zu den höheren Altersklassen erwartet. Wächst die Gesamtbevölkerung bis 2030 um 4,4% so steigt die Zahl der über 65-Jährigen um 21,2%, sodass 2030 insgesamt 27,0% der Bezirksbevölkerung höheren Alters sein wird (vgl. Berlin: 22%). Wird diese Altersgruppe differenziert betrachtet, wird deutlich, dass die Zahl der Hochaltrigen im Alter von 80 Jahren und älter voraussichtlich sogar um 76,7% von momentan 17.615 auf 31.117 Einwohner und Einwohnerinnen in 2030 ansteigen wird. Demgegenüber steht eine prognostizierte Senkung der Zahl der 70- bis unter 80-Jährigen um 2,1%. Somit gibt es insbesondere eine Zunahme der Hochaltrigkeit in Charlottenburg-Wilmersdorf.

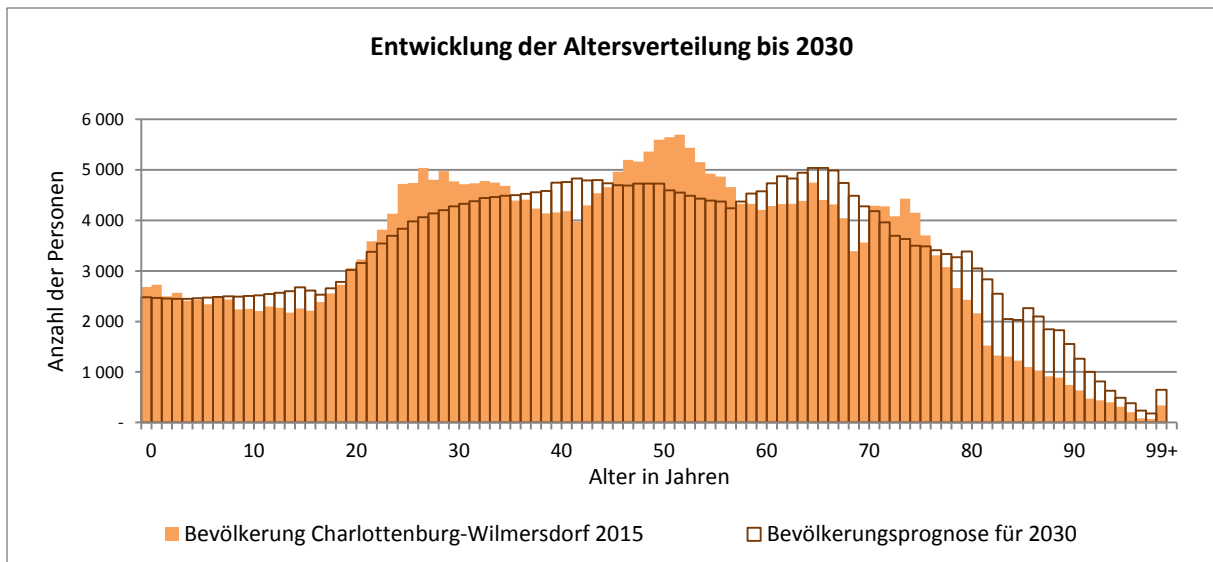


Abb.2: Bevölkerungsprognose 2015-2030 für Charlottenburg-Wilmersdorf (mittlere Variante)

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt; Einwohnerregister per 31.12.2015

Bei der Betrachtung der pflegerischen Versorgung ist es nötig, den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund zu beleuchten, um Pflegemaßnahmen ggf. kultursensibel zu gestalten. Da der Anteil von Menschen mit Pflegebedürftigkeit mit dem Alter ansteigt, wird in Abbildung 3 die ältere Bevölkerungsgruppe differenziert betrachtet. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund beträgt in Charlottenburg-Wilmersdorf ca. 38%. In der Bevölkerungsgruppe 65 Jahre und älter ist der Anteil mit 16,6% vergleichsweise gering. Hierbei bestehen erkennbare Unterschiede zwischen den einzelnen Prognosereäumen. Westend weist mit 8,6% den geringsten Anteil auf, wohingegen im Prognoseraum Charlottenburg 26,8% der älteren Einwohner und Einwohnerinnen einen Migrationshintergrund haben. Entsprechend des zukünftigen Übergangs jüngerer Jahrgänge in die Altersgruppe der Senioren und Seniorinnen, welche besonders häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen ist, wird es auch zu einem Anstieg der Menschen mit Migrationshintergrund unter den Pflegebedürftigen kommen.

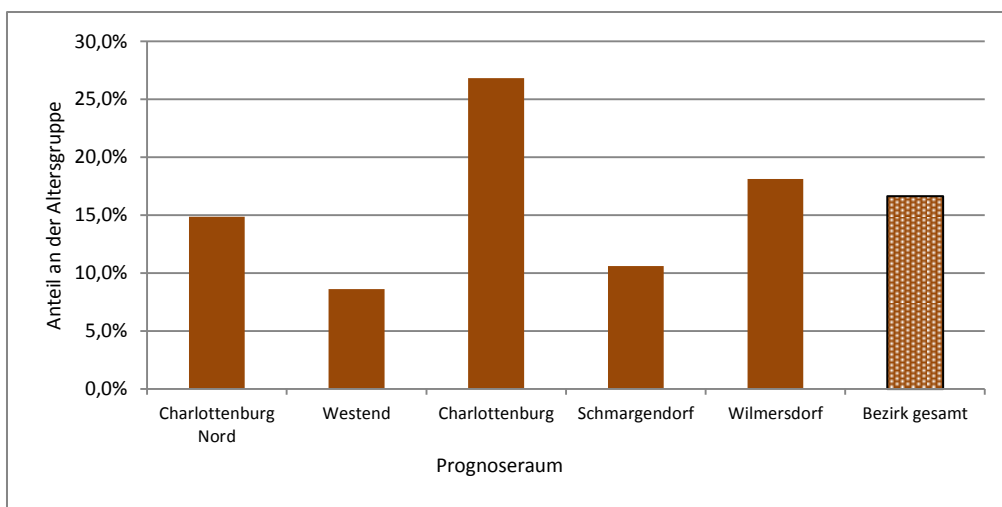


Abb.3: Anteil Einwohner und Einwohnerinnen über 65 Jahre mit Migrationshintergrund nach Prognosereäumen in 2015

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Einwohnerregisterstatistik per 31.12.2015

2.2 Kennzahlen zur Pflege

Pflegebedürftige im Bezirk

In Charlottenburg-Wilmersdorf lebten im Jahr 2013 insgesamt 6.377 Pflegebedürftige (vgl. Tab.1). Das entspricht einem Bevölkerungsanteil von 2,0%. Damit liegt Charlottenburg-Wilmersdorf unter dem Berliner Durchschnitt von 3,2%. Frauen sind weitaus häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer – sie stellen 70% aller zu pflegenden Personen im Bezirk dar. Die Zahlen spiegeln zudem wieder, dass Pflegebedürftigkeit stark mit dem höheren Lebensalter zusammenhängt: So sind 92,8% aller Betroffenen über 60 Jahre alt. Mehr als die Hälfte aller Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter. Somit ist Pflegebedürftigkeit bei Hochaltrigen in Charlottenburg-Wilmersdorf deutlich häufiger als im Gesamtberliner Vergleich (ca. 47%). Die zu pflegenden Einwohner und Einwohnerinnen im Bezirk weisen im Mittel einen höheren Grad an Pflegebedürftigkeit auf als in Berlin: Insgesamt die Hälfte der Betroffenen erhält Leistungen der Pflegestufe I, weitere 35,8% Pflegestufe II und etwa 12% Leistungen der höchsten Pflegestufe. Insbesondere ambulante Pflegeleistungen werden von den Betroffenen in Anspruch genommen, gefolgt von vollstationären Pflegeleistungen (Aussagen zum Bezug von Pflegegeld sind auf Bezirksebene nicht möglich).

Tab.1: Anzahl der Pflegebedürftigen in Charlottenburg-Wilmersdorf in 2013

		absolut	%	Berlin	%
Gesamt (% an der Gesamtbev.)		6.377	2,0	112.509	3,2
Davon nach Geschlecht	männlich	1.912	30,0	40.343	35,9
	weiblich	4.465	70,0	72.166	64,1
Davon nach Altersgruppe	unter 15 Jahre	11	0,2	2.894	2,6
	15 bis unter 60 Jahre	444	7,0	14.770	13,1
	60 bis unter 65 Jahre	297	4,7	5.517	4,9
	65 bis unter 70 Jahre	403	6,3	6.935	6,2
	70 bis unter 75 Jahre	732	11,5	12.887	11,5
	75 bis unter 80 Jahre	908	14,2	16.908	15,0
	80 bis unter 85 Jahre	976	15,3	17.482	15,5
	85 bis unter 90 Jahre	1.229	19,3	18.569	16,5
	90 bis unter 95 Jahre	1.030	16,2	12.729	11,3
	95 und mehr Jahre	347	5,4	3.818	3,4
Davon nach Pflegestufe	80+	3.582	56,2	52.598	46,8
	90+	1.377	21,6	16.547	14,7
	Pflegestufe I	3.263	51,2	68.304	60,7
	Pflegestufe II	2.284	35,8	32.829	29,2
Davon als Art der Pflegeleistung	Pflegestufe III	788	12,4	10.976	9,8
	noch keine Zuordnung	42	0,7	400	0,4
Davon als Art der Pflegeleistung	Vollstationär	2.446	38,4	27.528	24,5
	Teilstationär*	335	5,3	2.392	2,1
	Ambulant	3.931	56,4	27.769	24,7
	Pflegegeld**	-	-	57.212	50,9

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik für 2013

* Empfänger und Empfängerinnen von Tages- und Nachtpflege erhalten in der Regel auch Pflegegeld oder ambulante Pflege. Sie sind dadurch bereits bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt erfasst und werden hier nur nachrichtlich ausgewiesen.

**Daten zum Pflegegeld werden vom Statistischen Bundesamt nur auf Länderebene geliefert, sodass keine bezirksbezogene Auswertung möglich ist.

Die Altersabhängigkeit von Pflegebedürftigkeit wird noch einmal in Abbildung 4 deutlich: Mit zunehmenden Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen an, sodass bereits ab einem Alter von 85 Jahren fast jeder vierte Einwohner und jede vierte Einwohnerin pflegebedürftig ist; bei Einwohnern und Einwohnerinnen über 90 Jahre sind es knapp 40%. Der Anteil der Frauen überwiegt hierbei den der Männer in allen Altersgruppen außer der jüngsten Altersgruppe und wächst mit zunehmendem Lebensalter an.

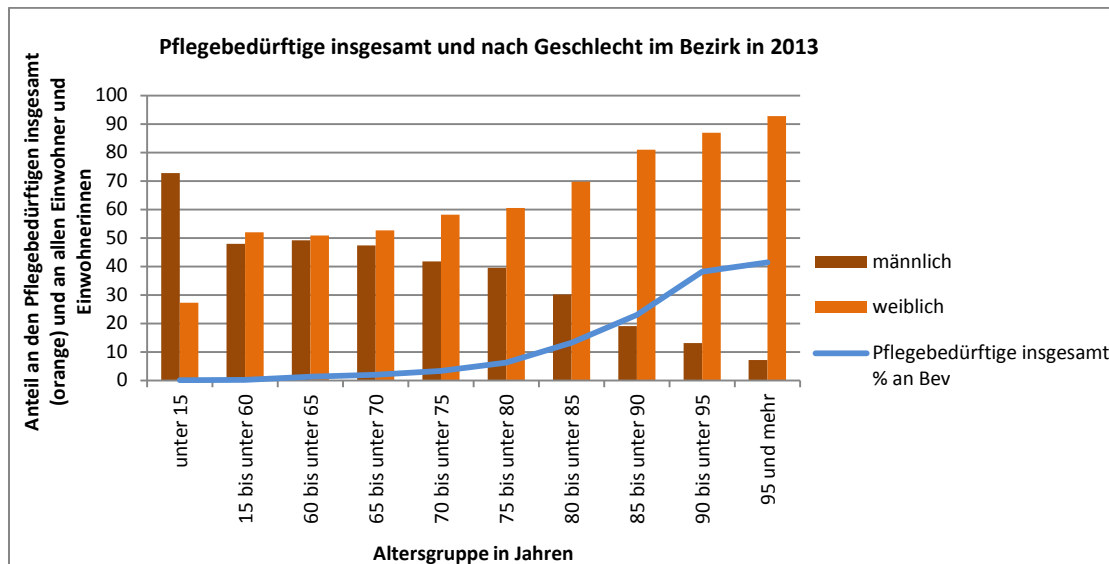


Abb.4: Anteil der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen im Bezirk in 2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik für 2013

Bezogen auf die anteilige Verteilung der Pflegestufen auf die einzelnen Altersgruppen (vgl. Abb.5) wird deutlich, dass die Pflegestufe I ab dem Alter von 15 Jahren bis zur Altersgruppe der 90- bis unter 95-Jährigen am häufigsten vergeben wird, aber abnehmende Tendenzen zeigt. Der Anteil der Personen mit Pflegestufe II wächst mit dem Lebensalter kontinuierlich an und ist ab einem Alter von 90 Jahren am stärksten vertreten. Pflegestufe III hingegen stellt die im Kindesalter am häufigsten zugewiesene Pflegestufe dar. Trotz steigenden Anteils ab einem Alter von 65 Jahren bleibt sie die am wenigsten vergebene Pflegestufe.

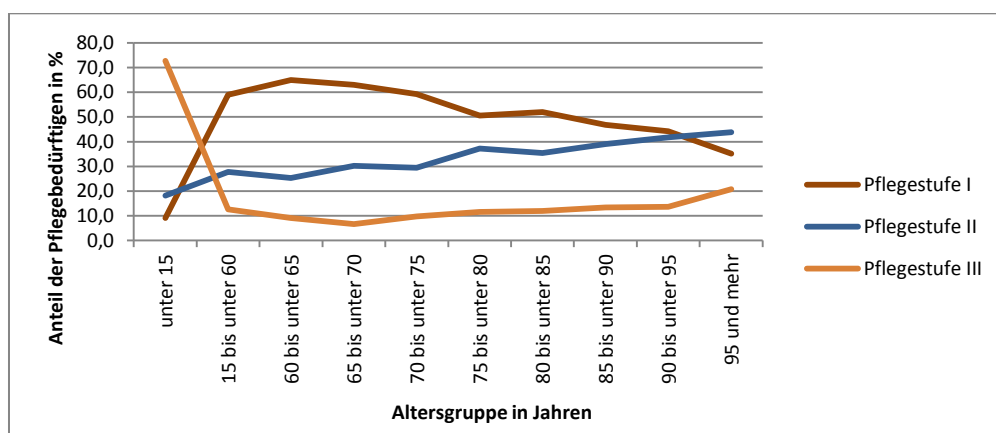


Abb.5: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Altersgruppen im Bezirk in 2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik für 2013

Wird die Zahl der Pflegebedürftigen in der zeitlichen Entwicklung betrachtet (vgl. Abb.6), wird ersichtlich, dass zwischen 2009 und 2013 die Anzahl derer mit Pflegestufe I um 24,9% und die derjenigen mit Pflegestufe II um 11,4% gestiegen ist. Für alle Pflegestufen ist die Zahl männlicher Pflegebedürftiger stärker gestiegen als die der Frauen. Die Anzahl der Frauen, denen Pflegestufe III zugesprochen wird nahm im gleichen Zeitraum sogar ab.

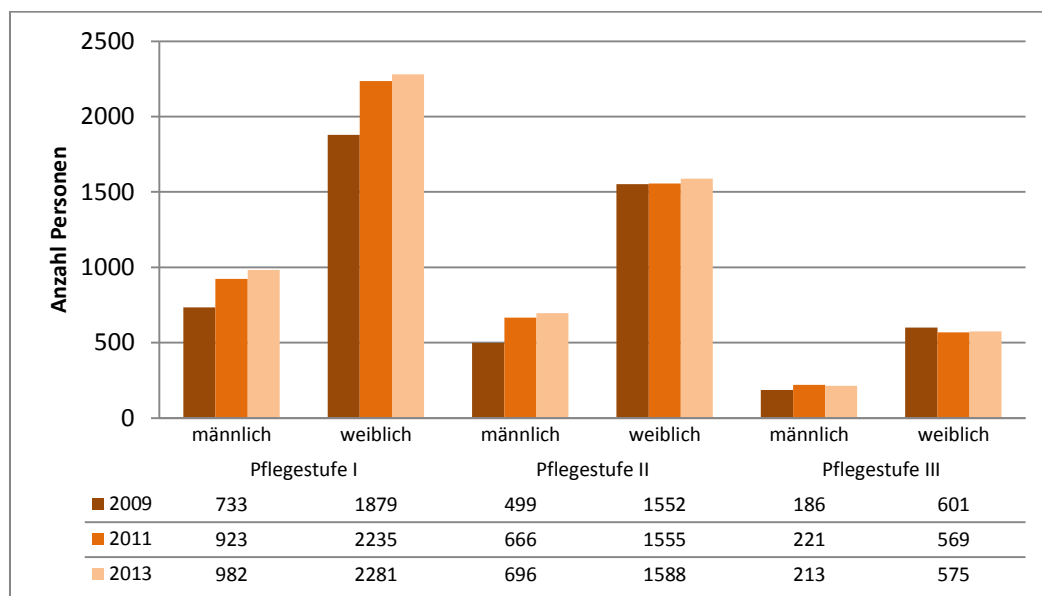


Abb.6: Zahl der Pflegebedürftigen im Bezirk nach Art der Pflegebedürftigkeit und Geschlecht 2009-2013
 Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik 2009-2013

Menschen mit schwerer Behinderung

Der Anteil an Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung nach SGB IX ist stark vom Alter abhängig und wächst von 0,9% bei Kindern und Jugendlichen auf 26% bei der Bevölkerung über 65 Jahre an (Tab.2). Hierbei liegt Charlottenburg-Wilmersdorf insgesamt im Berliner Mittelfeld, wobei die Anteile an Menschen mit einer schweren Behinderung in den einzelnen Altersgruppen sogar leicht unter dem Berliner Durchschnitt liegen. Frauen sind häufiger von Schwerbehinderung betroffen als Männer.

Tab.2: Anteil von Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung im Bezirk in 2015

		absolut	%	Berlin	%
Gesamt (% an der Gesamtbev.)		31.385	9,5	349.437	9,6
Davon nach Geschlecht	männlich	13.559	43,2	159.930	45,8
	weiblich	17.826	56,8	189.507	54,2
Davon nach Altersgruppe	0 unter 18 Jahre	375	0,9	7.375	1,3
	18 bis unter 45 Jahre	2.045	1,8	32.699	2,4
	45 bis unter 65 Jahre	9.236	9,5	112.953	11,5
	65 und mehr Jahre	19.729	26,0	196.410	28,4

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Statistischer Bericht 2015

Ambulanter Sektor

Insbesondere ambulante Pflegedienste sind für die Versorgung von pflegebedürftigen Einwohner und Einwohnerinnen relevant. Charlottenburg-Wilmersdorf hat im Bezirksvergleich mit 99 Pflegediensten das höchste Angebot an ambulanter Pflege (vgl. Tab.3). Insgesamt 3.600 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten im ambulanten Pflegesektor – vor allem in privaten Pflegediensten. Dabei wird im Stadtvergleich mit ca. 4.000 Pflegebedürftigen die größte Zahl an Betroffenen versorgt. Von diesen beansprucht mehr als die Hälfte Pflegestufe I und ein weiteres Drittel Pflegestufe II.

Tab.3: Ambulante Pflegeeinrichtungen und betreute Personenzahl in Charlottenburg-Wilmersdorf 2013

	absolut	%	
Anzahl Pflegepersonal	3.602		Bezirksrang: 1 (Berlin: 21.408)
Anzahl Pflegedienste	99		Bezirksrang: 1 (Berlin: 567)
davon privat	87	87,9%	
freigemeinnützig	12	12,1%	
öffentlich	/		
davon betreute Pflegebedürftige	3.931		Bezirksrang: 1 (Berlin: 27.769)
mit Pflegestufe I	2.266	57,6%	
mit Pflegestufe II	1.321	33,6%	
mit Pflegestufe III	344	8,8%	
ohne Pflegestufe; mit eingeschränkter Alltagskompetenz	426		

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik für 2013

Im zeitlichen Verlauf stieg die Zahl der ambulanten Pflegedienste in Charlottenburg-Wilmersdorf kontinuierlich von 59 auf 99 zwischen 2007 und 2013 an, wobei besonders private Träger Pflegedienste etablierten (vgl. Abb.7). Entsprechend stieg auch die Zahl der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten.

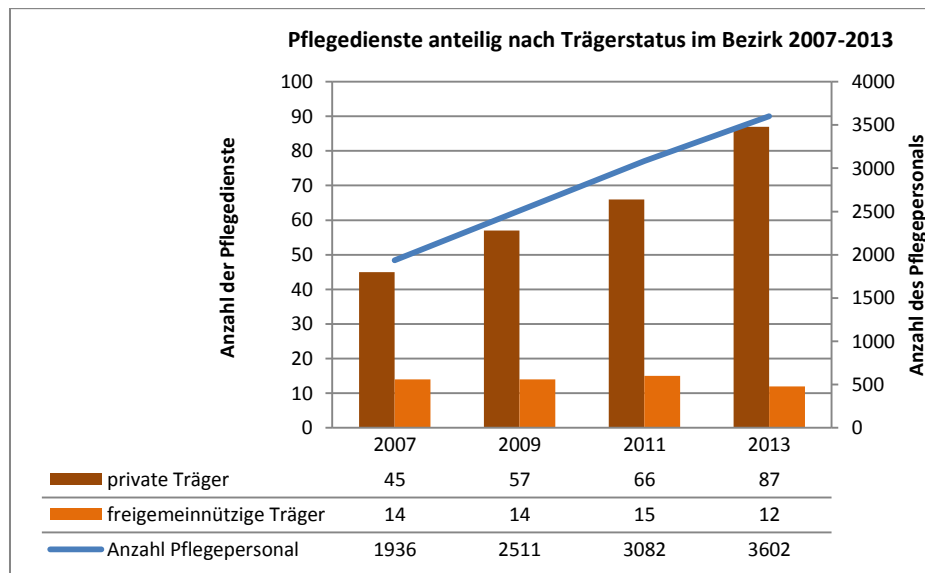


Abb.7: Zahl der Pflegedienste nach Art des Trägers in Charlottenburg-Wilmersdorf 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik 2007-2013

In den letzten Jahren ist ein stetiger Anstieg der Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen zu beobachten (vgl. Abb.8). Zwischen 2007 und 2013 stieg deren Zahl um 60% von 2.433 auf 3.931

Personen, wobei ein kontinuierlicher Zuwachs auf alle Pflegebedürftigen ungeachtet der Pflegestufe zutrifft.

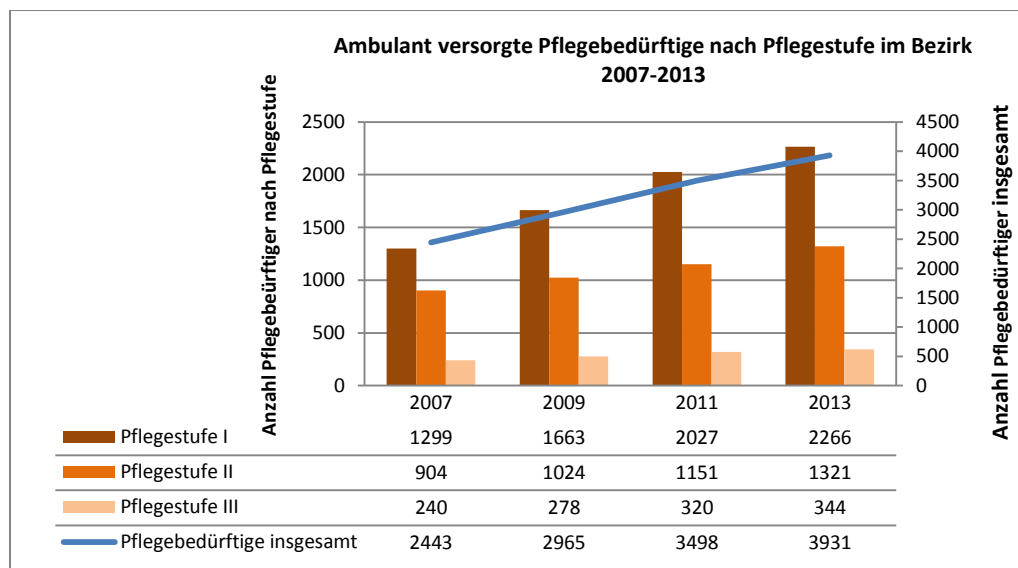


Abb.8: Durch Pflegedienste versorgte Pflegebedürftige in Charlottenburg-Wilmersdorf 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik 2007-2013

Stationärer Sektor

Stationäre Pflegeheime

In den 41 Pflegeheimen des Bezirks – die insgesamt über 2.836 stationäre Plätze verfügen – wurden 2013 fast 2.800 Pflegebedürftige versorgt (vgl. Tab.4). Damit liegt Charlottenburg-Wilmersdorf im Bezirksvergleich im oberen Feld - hinter Steglitz-Zehlendorf und Pankow. Der Großteil der stationär versorgten Betroffenen besitzt Pflegestufe I oder II. Die fast 2.000 Beschäftigten arbeiteten dabei vorwiegend für private oder freigemeinnützige Träger.

Tab.4: Stationäre Pflegeeinrichtungen und betreute Personenzahl in Charlottenburg-Wilmersdorf 2013

	absolut	%	Vergleich Berlin
Anzahl Pflegepersonal	1.955		Bezirksrang: 10 (Berlin: 20.632)
Anzahl Pflegeheime	41		Bezirksrang: 10 (Berlin: 378)
davon privat	21	51,2	
freigemeinnützig	17	41,5	
öffentlich	3	7,3	
davon betreute Pflegebedürftige	2.781		Bezirksrang: 10 (Berlin: 29.920)
mit Pflegestufe I	1.154	41,5	
mit Pflegestufe II	1.114	40,1	
mit Pflegestufe III	469	16,9	
bisher ohne Zuordnung	44	1,6	
ohne Pflegestufe; mit eingeschränkter Alltagskompetenz	98		
Anzahl Plätze	2.836		

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik für 2013

Die Zahl der Pflegeheime und der Anteil der einzelnen Träger an diesen blieb in den letzten Jahren in etwa konstant (vgl. Abb.9). Von 41 Pflegeheimen ist die Hälfte in der Hand von privaten Trägern.

Dennoch nahm die Zahl der stationären Pflegeplätze von 3.032 in 2007 auf 2.836 in 2013 ab. Die Zahl der in der stationären Pflege Beschäftigten blieb jedoch auf etwa dem gleichen Niveau.

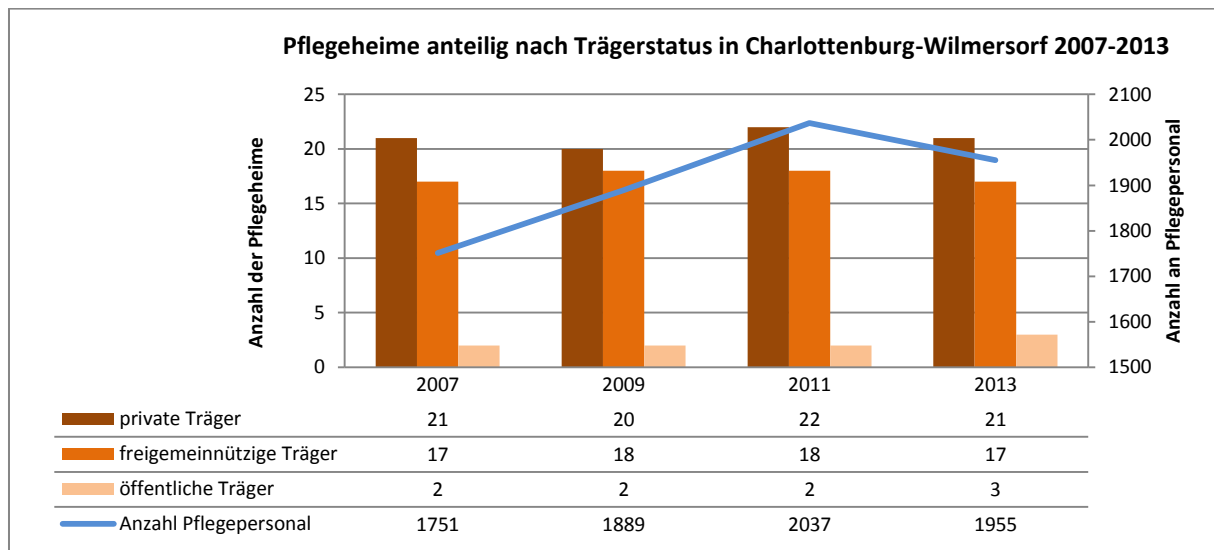


Abb.9: Zahl der Pflegeheime nach Art des Trägers in Charlottenburg-Wilmersdorf 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik2007-2013

Obwohl die Gesamtzahl der Pflegeheime sinkt, ist eine zeitliche Zunahme der stationär versorgten Pflegebedürftigen um 14,2% zwischen 2007 und 2013 von 2.435 auf 2.781 Personen festzustellen (vgl. Abb.10). Hierbei ist vor allem für Pflegebedürftige mit Pflegestufe I und II ein Anstieg zu beobachten. Für die Pflegestufe III sind die Zahlen rückläufig.

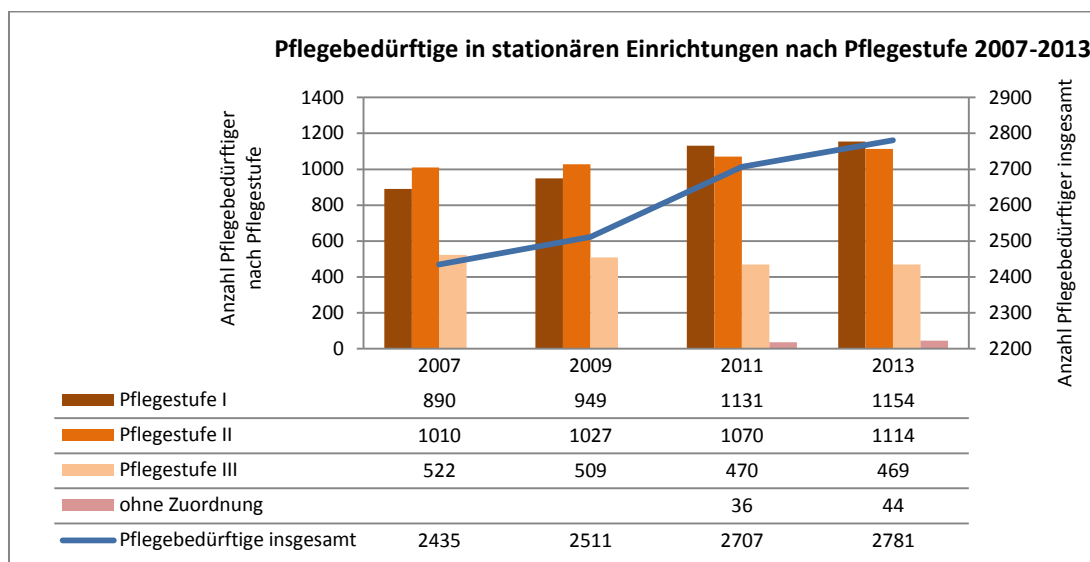


Abb.10: In Pflegeheimen versorgte Pflegebedürftige in Charlottenburg-Wilmersdorf 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik2007-2013

Kurzzeitpflege

Zahlen zur Kurzzeitpflege auf *Berlin*ebene zeigen, dass es nach einem Anstieg der Zahlen in 2009 und 2011 insgesamt wieder zu einem Rückgang von 481 Plätzen auf 457 Plätzen kam (vgl. Abb.11). Hier-

bei sank die Zahl freigemeinnütziger Trägerplätze, wohingegen Plätze, die von öffentlichen und privaten Trägern bereitgestellt werden, anstiegen.

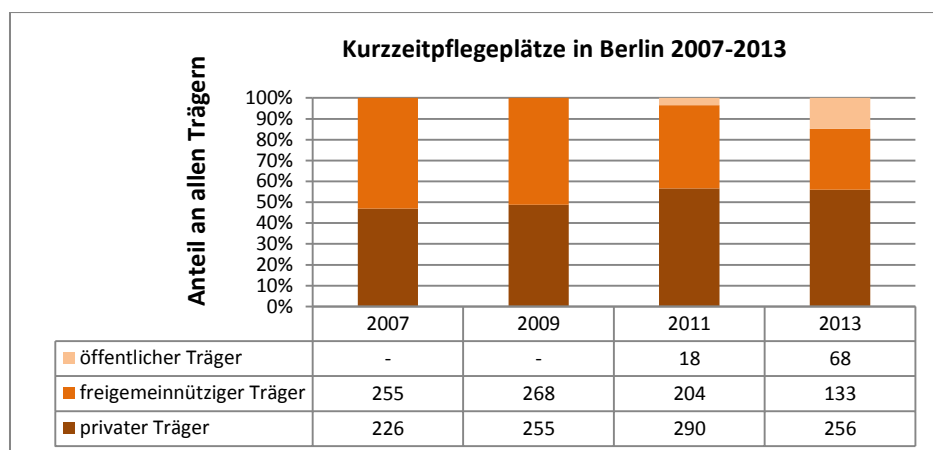


Abb.11: Zahl der Kurzzeitpflegeplätze nach Trägerart in Berlin 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Berechnung SenGesSoz –IA- ; Pflegestatistik 2007-2013

Tagespflege

Die Anzahl der Tagespflegeplätze in Berlin stieg in den vergangenen Jahren kontinuierlich von etwa 1.000 in 2007 auf 1.500 in 2013 (vgl. Abb.12). Dieser Anstieg lässt sich für alle Trägerarten beschreiben.

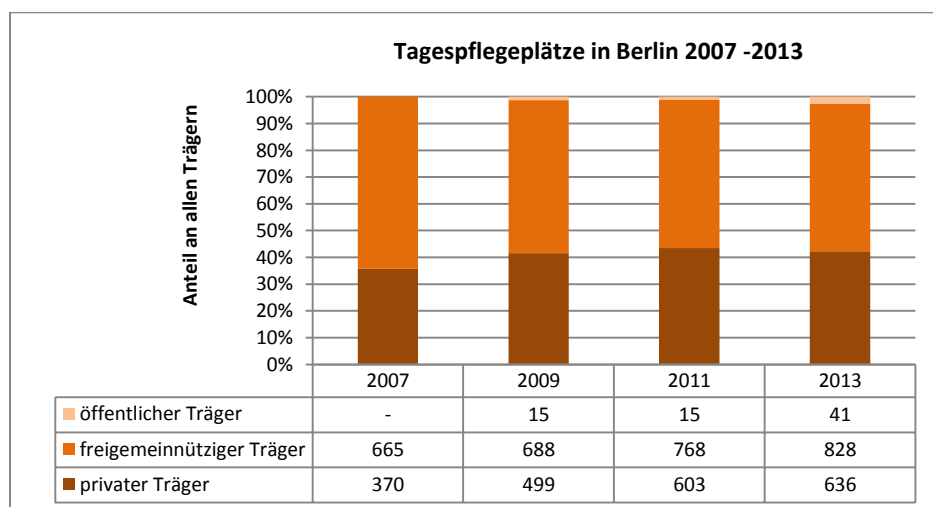


Abb.12: Zahl der Tagespflegeplätze nach Trägerart in Berlin 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Berechnung SenGesSoz –IA- ; Pflegestatistik 2007-2013

Beschäftigte im Pflegebereich

In 2013 waren insgesamt 5.557 Beschäftigte im Pflegebereich in Charlottenburg-Wilmersdorf tätig. Das entspricht einem Anstieg von 26,3% im Vergleich zu 2009 (4.400 Beschäftigte). Abbildung 13 verdeutlicht, dass entsprechend dem Anstieg der ambulant Pflegebedürftigen auch ein Anstieg des in diesem Sektor tätigen Pflegepersonals erfolgt. Jedoch trifft dies nicht für die stationäre pflegerische Versorgung zu: Hier findet nur ein unzureichender Anstieg der Zahl des Pflegepersonals statt - trotz

der kontinuierlich steigenden stationär Pflegebedürftigen. Hieraus lässt sich eine steigende Belastung für die Arbeitskräfte ableiten.

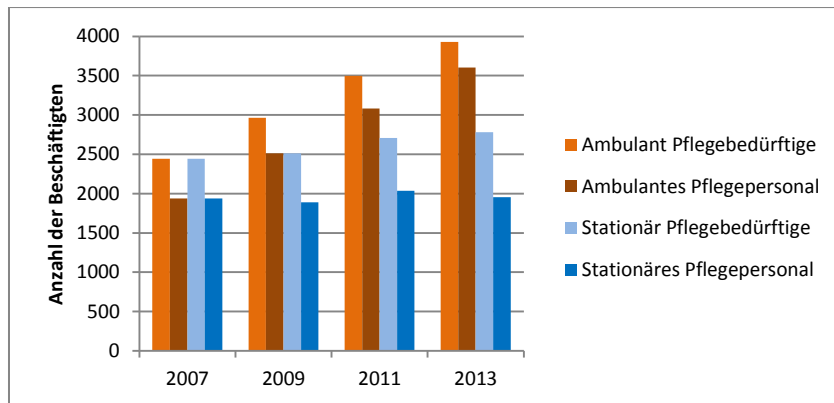


Abb.13: Zeitliche Entwicklung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals im Bezirk 2007-2013

Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Pflegestatistik2007-2013

Der Großteil der, in der Pflege im Bezirk, Beschäftigten ist in Teilzeit tätig. Hierbei nimmt das Tätigkeitsfeld der Grundpflege eine übergeordnete Rolle ein, gefolgt von hauswirtschaftlichen Leistungen und dem Tätigkeitsbereich der Pflegedienstleitung.

2.3 Demenz

Demenzielle Erkrankungen spielen eine immer bedeutender werdende Rolle in der pflegerischen Versorgung. Für Charlottenburg-Wilmersdorf lassen sich für das Jahr 2009 Zahlen der Alzheimer Gesellschaft Berlin heranziehen: Diese zeigen insgesamt 4.900 an Demenz erkrankte Einwohner und Einwohnerinnen im Bezirk in 2009 (vgl. Tab.5). Aktuellere Zahlen liegen als Schätzwert für Berlin vor: Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geht von insgesamt ca. 112.680 Personen für 2014 aus, wobei die Hälfte 65 Jahre und älter ist (vgl. Tab.6).

Tab.5: Demenzerkrankte in Charlottenburg-Wilmersdorf nach Altersgruppen in 2009

Altersgruppe	Anzahl
65 bis unter 80 Jahre	1.350
80 bis unter 85 Jahre	1.080
85 bis unter 90 Jahre	1.300
90 Jahre und mehr	1.200

Datenquelle: Alzheimer Gesellschaft Berlin 2009

Wird die mittlere Prävalenzrate von 9,08% nach EuroCoDe (vgl. Tab.7) auf die derzeitige Anzahl von Bewohnern und Bewohnerinnen im Alter von 65 Jahren und älter in Charlottenburg-Wilmersdorf angewendet, so zeigt sich, dass aktuell von einer *geschätzten* Gesamtzahl von ca. 6.900 Demenzerkrankten in dieser Altersgruppe auszugehen ist. Aufgrund der mit dem Lebensalter ansteigenden Prävalenzraten sind insbesondere Hochaltrige betroffen. Einhergehend mit der steigenden Lebenserwartung wird demnach die Zahl der Demenzerkrankten weiter ansteigen. Von den über 65-jährigen Männern erkrankt heute fast jeder dritte – von den Frauen fast jede zweite im weiteren Lebensverlauf (vgl. Bickel 2016).

Tab.6: Geschätzte Zahl der Demenzerkrankungen nach Bundesländern in 2014

Bundesland	Altersgruppe					65 +
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
Baden-Württemberg	8.050	18.850	37.140	46.990	83.900	194.700
Bayern	10.020	22.720	43.400	54.620	97.900	228.660
Berlin	2.540	6.810	11.450	13.040	22.500	56.340
Brandenburg	1.840	5.640	10.690	12.800	19.100	50.070
Bremen	550	1.270	2.440	2.950	5.700	12.910
Hamburg	1.280	3.080	5.720	6.730	13.400	30.290
Hessen	4.910	11.000	21.090	26.320	49.200	112.520
Mecklenburg-Vorpommern	1.210	3.430	6.950	8.640	12.200	32.430
Niedersachsen	6.410	15.050	29.490	35.910	65.400	152.260
Nordrhein-Westfalen	13.770	31.900	64.200	82.320	144.100	336.290
Rheinland-Pfalz	3.170	7.190	14.770	18.890	34.100	78.120
Saarland	840	1.890	4.110	5.190	8.900	20.930
Sachsen	3.300	9.700	18.130	23.010	40.700	94.840
Sachsen-Anhalt	1.930	5.410	10.110	12.530	19.900	49.880
Schleswig-Holstein	2.480	6.040	11.350	12.610	22.900	55.380
Thüringen	1.840	4.940	9.370	11.360	18.600	46.110

Quelle: Bickel (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin

Tab. 7: Prävalenz von Demenzerkrankungen nach Altersgruppen nach EuroCoDe

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%)		
	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,79	1,43	1,60
70-74	3,23	3,74	3,50
75-79	6,89	7,63	7,31
80-84	14,35	16,39	15,60
85-89	20,85	28,35	26,11
90 und älter	29,18	44,17	40,95
65 und älter	6,87	10,77	9,08

Quelle: Bickel (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin

2.4 Seniorenwohnraum

Aktuelle Zahlen, die den Seniorenwohnraum im Bezirk beschreiben, sind wie folgt: Circa 1.125 Seniorenwohnungen werden durch freigemeinnützige Träger bereitgestellt. Der Bezirk selbst verfügt über 13 Seniorenwohnhäuser mit 1.003 Wohnungen. Die Vermietung der Wohnungen liegt bei der Abteilung Soziales und Gesundheit des Bezirksamtes. Hinzu kommen 521 Wohnungen, die durch die Wilmersdorfer Seniorenstiftung bereitgestellt werden. Für Seniorenwohnungen aus öffentlicher Hand besteht eine lange Wartezeit.

3. Zusammenfassung und Ableitung von Handlungsfeldern

Handlungsfeld 1: Herausforderungen aufgrund der alternden Bevölkerung und dem damit verbundenen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen.

Der demografische Wandel wird laut der aktuellen Prognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt in Charlottenburg-Wilmersdorf dazu führen, dass im Jahr 2030 ca. 27,0% der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein wird. Insbesondere die Prognoseräume Schmargendorf und Westend zeigen eine aktuelle sowie prognostizierte alte Bevölkerungsstruktur. Pflegebedürftigkeit ist dabei stark vom Alter abhängig: 92,8% aller Pflegebedürftigen sind 60 Jahre oder älter. 26% der über 65-Jährigen haben eine anerkannte Schwerbehinderung. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Pflegestufen II und III an allen vergebenen Pflegestufen in der jeweiligen Altersgruppe zu. Insgesamt weisen die Pflegebedürftigen in Charlottenburg-Wilmersdorf einen überdurchschnittlich hohen Grad an Pflegebedürftigkeit auf.

Entsprechend des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im Bezirk müssen umfassende und nachhaltige sozial- und pflegepolitische Maßnahmen im Bezirk weiter umgesetzt und ausgebaut werden. Hierbei trägt eine effektive Seniorenpolitik, wie sie im Bezirk verfolgt wird, zum Bewältigen der sich ergebenden Herausforderungen bei. Eine Zunahme in der Vergabe der Pflegestufen ist insbesondere für Pflegestufe I zu verzeichnen. Ursächlich könnten hier neben der steigenden Anzahl an Pflegebedürftigen auch ein entsprechendes Antragsverhalten bzw. Veränderungen im Bewilligungsverfahren sein.

Ein weiterer Anstieg der Zahlen Pflegebedürftiger - und insbesondere von an Demenz erkrankten Menschen - ist ab dem Jahr 2017 zu erwarten, da mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein größerer Personenkreis berechtigt ist, Leistungen zu beanspruchen. Dies geht einher mit der Umstellung von den derzeitigen Pflegestufen auf zukünftig 5 Pflegegrade, die die Einschränkung in der Selbstständigkeit der Betroffenen besser reflektieren. Damit lässt sich auch eine Zunahme der Zahl der Antragsteller im Bereich Hilfe zur Pflege sowie Hilfe zur Pflege für Nichtversicherte vermuten. Aktuelle Zahlen weisen bereits einen Personalmehrbedarf für diese Bereiche aus, der notwendig ist, um die tatsächlichen Bedarfe zu decken:

Die durch das Amt für Soziales im Bereich Hilfe zur Pflege versorgte Personenzahl lag im April 2016 bei insgesamt 2.795 (ambulant: 1.833, stationär: 988). Das Durchschnittsalter betrug 75,3 Jahre. Dabei ist von ca. 169 Fällen pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter auszugehen (Stichtag 30.9.2015). Diese Fallzahlen überschreiten die personellen und zeitlichen Ressourcen, sodass eine bedarfsorientierte Versorgung nur unter hohem Engagement und Mehrarbeit möglich ist. Folglich besteht - insbesondere in Anbetracht zukünftig steigender Fallzahlen auch bedingt durch die zunehmende Altersarmut - die hochwahrscheinliche Notwendigkeit einer progressiven Personalpolitik.

Nicht nur für das Amt für Soziales, sondern auch für die zuständigen Fachbereiche des Gesundheitsamtes gilt Ähnliches: Die Beratungsstelle für behinderte, pflegebedürftige, krebserkrankte und aids-erkrankte Personen (BfB) betreut derzeit 2.313 Klientinnen und Klienten wobei der Großteil über 65 Jahre alt ist (n=1.725; Stand:30.06.2016). Insgesamt knapp zwei Drittel erhalten Hilfe zur Pflege. Mit Grundlage der prozentualen Anstiege in den einzelnen Altersgruppen, die sich aus der Bevölkerungsprognose der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt ableiten lassen, zeichnet sich auch für die BfB ein Zuwachs an Klienten - insbesondere der älteren Altersgruppen - ab (vgl. Tab.8). Dem

folgend ist insgesamt von einem Anstieg der Zahl der Klienten um 23,6% von 2.313 auf 2.859 auszugehen.

Tab. 8: Anzahl der Klientinnen und Klienten der BfB 2016 und 2030

Altersgruppe	Anzahl am 30.06.2016	Geschätzte Anzahl in 2030
18 bis unter 65 Jahre	588	612
65 bis unter 75 Jahre	636	674
75 bis unter 85 Jahre	736	886
85 bis unter 95 Jahre	329	642
95 Jahre und mehr	24	46
gesamt	2313	2859
Davon Hilfe zur Pflege	1430	1767

Die BfBs haben sich berlinweit darauf verständigt, dass eine Pro-Kopf-Fallzahl von 200 Fällen pro Sozialbearbeiter/in bzw. Pflegekraft realistisch ist, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Gegenwärtig liegt die Pro-Kopf-Fallzahl im Bezirk bei 230 Fällen. Somit sind derzeit bereits 1,5 VZÄ zusätzlich nötig. Mit Hinblick auf den demografischen Wandel und die zu erwartenden steigenden Zahlen in diesem Bereich werden vermutlich weitere 2,75 VZÄ erforderlich werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst versorgt jährlich ca. 500 Personen mit der Hauptdiagnose Demenz. Im Zuge der dargestellten steigenden Zahlen von an Demenz erkrankten Personen, wird sich auch für die Versorgung dieser Zielgruppe ein Personalmehrbedarf abzeichnen. Die aktuellen Zahlen zur Hilfe durch den Sozialpsychiatrischen Dienst bestärken die Verpflichtung zur personellen Vorsorge: Bereits in diesem Jahr beträgt die Anzahl derer, die Hilfe beanspruchen, annähernd so viel wie im gesamten vergangenen Jahr (1. Halbjahr 2016: 936 Fälle; 2015 insgesamt: 954 Fälle). Die Sozialpsychiatrischen Dienste des Landes Berlin haben sich im Zusammenhang mit der Evaluation des Personalbedarfskonzeptes im Mustergesundheitsamt Anfang 2015 auf eine personelle Soll-Ausstattung verständigt, die bereits zum derzeitigen Zeitpunkt einen Mehrbedarf von 11 VZÄ für den Sozialpsychiatrischen Dienst im Bezirk bedeutet. Für die personelle Soll-Ausstattung gilt hierbei die Bezugsgröße der Einwohnerzahl (pro 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen über 18 Jahren) und nicht die Betreuungszahlen. Wird die prognostizierte Einwohnerzahl in Charlottenburg-Wilmersdorf für 2030 zugrunde gelegt, wird sich der Personalbedarf um weitere 0,75 VZÄ erhöhen.

- **Ein noch größeres Engagement in der bezirklichen Seniorenpolitik im Hinblick auf den demografischen Wandel ist erforderlich. Eine intensiviertere Zusammenarbeit der Behinderten- und Altenhilfe ist aufgrund des hohen Anteils von älteren Menschen mit Schwerbehinderung, zu fordern. Es ist von Bedeutung, Beratungs- und Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige sowie sozialräumliche Versorgungsangebote und die Nachbarschaftshilfe weiter auszubauen und den Abbau von Barrieren zu fördern.**
- **Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 01.01.2017 sind steigende Zahlen an Leistungsempfängern und -empfängerinnen zu erwarten, da ein größerer Personenkreis leistungsberechtigt sein wird (v.a. durch die Anerkennung von an Demenz erkrankten Menschen). Eine effiziente Antragsbearbeitung für Anträge u.a. auf Leistungen der Pflegeversicherung oder Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises ist durch ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen sicherzustellen.**
- **Mit Blick auf die kommende Neueinstufung der Pflegebedürftigen in Pflegegrade und der damit verbundenen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen - und insbesondere von an**

Demenz erkrankten Menschen - ist auch eine Zunahme der Zahl der Antragsteller und Antragstellerinnen im Bereich Hilfe zur Pflege sowie Hilfe zur Pflege für Nichtversicherte zu vermuten. Aktuelle Zahlen weisen bereits einen Personalmehrbedarf für entsprechende Fachbereiche des Amtes für Soziales sowie des Gesundheitsamtes aus, der notwendigerweise zu decken ist, um dem tatsächlichen Bedarf gerecht zu werden. Entsprechend ist mit hoher Wahrscheinlichkeit eine personelle Vorsorge in den Bereichen Hilfe zur Pflege ebenso wie für die BfB und den Sozialpsychiatrischen Dienst zu treffen.

Handlungsfeld 2: Herausforderungen aufgrund des zunehmenden Anteils an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund.

Es ist von einem steigenden Anteil an Einwohnern und Einwohnerinnen mit Migrationshintergrund an allen Einwohner und Einwohnerinnen im Alter von 65 Jahren und älter auszugehen.

Im Hinblick auf den steigenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter den älteren Einwohnern und Einwohnerinnen und damit auch unter den Pflegebedürftigen müssen Akteure der pflegerischen Versorgung verstärkt kultursensibel agieren, damit sie den spezifischen Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht werden. Die Umsetzung der interkulturellen Öffnung in der pflegerischen Versorgung sollte durch die Politik weiter bestärkt und begleitet werden. Unter anderem muss die Kommune die Forderung nach Personal mit entsprechender Sprachkompetenz bei Pflegedienstleistern und Beratungsstellen, insbesondere in Prognoseräumen mit hohem Migrantenanteil (Charlottenburg Nord, Charlottenburg, Wilmersdorf), zukünftig weiter erheben. Pflegeanbieter benötigen mehr interkulturelle Kompetenz. Auch die Einbindung von älteren Menschen mit Migrationshintergrund in ehrenamtliche Versorgungsstrukturen und der weitere Abbau von Barrieren im Zugang zu Pflegeleistungen (Beachtung des kulturspezifischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, Verbesserung der Gesundheitskompetenz) sind notwendig.

- **Ein weiterer Abbau von Barrieren im Zugang zur Pflegeleistungen ist grundlegend für eine migrantensensible Pflegeversorgung.**
- **Die Kommune muss die Forderung nach mehr Personal mit entsprechender Sprachkompetenz bei Pflegeanbietern erheben (Kultursensibilisierung).**
- **Die Pflegeberatung muss interkulturell ausgerichtet sein.**

Handlungsfeld 3: Herausforderungen aufgrund des hohen Anteils von Frauen an allen Pflegebedürftigen.

Der Anteil der Frauen an den Pflegebedürftigen liegt bei 70%. Der Großteil der in der Pflege Beschäftigten ist weiblich.

Entsprechend der hohen Frauenquote unter den Pflegebedürftigen ist es folgerichtig, Pflegeangebote geschlechtersensibel auszurichten, um den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen zu begegnen. Die gleichgeschlechtliche Pflege - als ein für viele Pflegebedürftigen wichtiger Aspekt einer qualitativen, individuell fokussierten Pflegeversorgung - gewinnt an Bedeutung. Das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen muss beachtet werden. Für die geschlechtersensible Beratung gilt es, genderspezifische Unterschiede im Umgang mit der Krankheits- und Pflegesituation zu berücksichtigen.

- Bei der pflegerischen Versorgung sollte dem Wunsch nach Pflege durch gleichgeschlechtliche Pflegekräfte Rechnung getragen werden können.
- Das Pflegepersonal ist hinsichtlich einer geschlechtersensiblen Pflegeversorgung zu qualifizieren.
- Die Pflegeberatung sollte geschlechtersensibel erfolgen und Unterschiede im Umgang mit der Krankheits- und Pflegesituation berücksichtigen.

Handlungsfeld 4: Herausforderungen im Hinblick auf das pflegerische Versorgungsangebot.

Insgesamt waren 2013 etwas mehr als 5.500 Beschäftigte im Pflegebereich - größtenteils in Teilzeit - tätig. 2013 gab es im Bezirk 99 ambulante Pflegedienste mit ca. 3.600 Beschäftigten, die ca. 4.000 Pflegebedürftige versorgten. Der Großteil ambulanter Pflegedienste wurde 2013 von privaten Trägern betrieben. Die Zahl dieser hat sich seit 2007 fast verdoppelt, wohingegen die Zahl freigemeinnütziger Träger von 14 auf 12 abnahm. Ambulante Pflegeversorgung wird von mehr als der Hälfte der Betroffenen beansprucht (Pflegegeld-Empfänger sind nicht berücksichtigt, da keine bezirklichen Zahlen vorliegen). Die Zahl ambulant betreuter Pflegebedürftiger stieg zwischen 2007 und 2013 um 60% von ca. 2.500 auf 4.000 Personen. Diese haben zum Großteil Pflegestufe I (57%). Seit 2007 kam es - parallel zum Anstieg der ambulant Pflegebedürftigen - zu einem Zuwachs der im ambulanten Sektor tätigen Beschäftigten.

Im stationären Sektor gab es 2013 bezirksweit 41 stationäre Pflegeheime mit 2.836 Betten und ca. 2.000 Beschäftigten, die fast 2.800 Pflegebedürftige versorgten. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind zur Hälfte in privater Hand. Ein Großteil wird durch freigemeinnützige Träger betrieben. Die Zahl stationär betreuter Pflegebedürftiger stieg zwischen 2007 und 2013 um 14,2% von 2.435 auf 2.781 Personen. Diese haben zum Großteil Pflegestufe I oder II. Im stationären Sektor findet nur ein unzureichender Anstieg der Beschäftigtenzahlen trotz Anstieg der stationär Pflegebedürftigen statt.

Der Bezirk zeigt grundsätzlich ein hohes Niveau des Pflegeangebots: Derzeit ist eine ausreichende ambulante pflegerische Versorgung durch genügend Pflegepersonal gewährleistet. Entsprechend des steigenden Bedarfs an ambulanten Pflegekräften war eine Zunahme dieser in den vergangenen Jahren zu erkennen. Diese Entwicklung muss auch zukünftig weiter unterstützt werden: Die bestehenden Strukturen müssen kontinuierlich an den weiterhin steigenden Bedarf nach Pflegeleistungen angepasst werden.

Ein entscheidendes Handlungsfeld liegt darin - gemäß des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ - die häusliche Pflege weiter zu stärken. Ziel sollte es sein, die Selbstständigkeit der Betroffenen weitestgehend zu erhalten, indem ihre Alltagskompetenz so weit wie möglich gestärkt und Versorgungssicherheit hergestellt wird. Der Ausbau und die Weiterentwicklung auch von präventiven Maßnahmen zur Früherkennung und Stärkung der individuellen Ressourcen sind hervorzuheben. Zur Stärkung der häuslichen Versorgung zählt insbesondere auch die informative und fachliche Unterstützung der Angehörigen, die in einer Vielzahl der Fälle die Pflege alleine oder mit Unterstützung von professionellen Pflegediensten vollbringen. Im Hinblick auf den hohen Anteil pflegender Angehöriger muss die Pflegepolitik daher verstärkt entlastende und unterstützende Angebote schaffen. Nur wenn pflegende Angehörige bedarfsgerecht Unterstützung erhalten, kann dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen werden. Demnach bedarf die langfristige und nachhaltige Etablierung von sozialen Hilfsnetzwerken und Nachbarschaftshäusern sowie die Stärkung von Ehrenamt vermehrter

Aufmerksamkeit. Als mögliches Handlungsfeld sind der Ausbau von ehrenamtlichen Begleit- und Besuchsdiensten und die Förderung von Selbsthilfegruppen zu nennen. Hierdurch können niedrigschwellige Betreuungs- und Pflegeangebote (Mobilitätsdienste, Fahrdienste etc.) auch für Menschen mit geringem Einkommen zugänglich gemacht werden. Die drei bezirklichen Pflegestützpunkte agieren durch Beratung Betroffener und Angehöriger und entsprechendes Fallmanagement bereits in geeigneter Weise. Eine Erweiterung des Unterstützungsangebotes ist im Hinblick auf die steigende Zahl Hilfesuchender durch eine stärkere Vernetzung bestehender und neuer Angebote dennoch grundlegend, um dem Bedarf angemessen begegnen zu können.

Nach § 37 Abs. 3 SGB XI gibt es Beratungsbesuche, die pflegende Angehörige bzw. Leistungsempfänger verpflichtend in Anspruch nehmen müssen, wenn sie Pflegegeld beziehen. Diese geben den Betroffenen Basisinformationen zu grundlegenden und weiterführenden Hilfsleistungen und informieren über individuelle Pflegemöglichkeiten. Dadurch wird die Qualität der pflegerischen Versorgung erhöht. Die Möglichkeiten, die durch die Beratungsangebote für die Betroffenen entstehen, werden jedoch nur unzureichend in Anspruch genommen. Eine Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Beratungsbesuche wurde mit dem PSG II beschlossen, welches seit Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist. Entsprechend ist eine Evaluierung, ob die Inanspruchnahme gestiegen ist, vorzuschlagen.

Die Angebotsentwicklung im stationären Pflegebereich zeigt, dass die Leistungsanbieter derzeit den Bedarf an stationären Pflegeplätzen decken. In der zeitlichen Entwicklung wird jedoch deutlich, dass es statt zu einem Anstieg zu einer Abnahme der Zahlen gekommen ist. Als Grund für die stagnierten Zahlen ist das gestiegene Angebot in der ambulanten Pflege zu nennen (s. Landespflegeplan 2016). Dennoch ist der Ausbau stationärer Einrichtungen, aufgrund der steigenden Zahlen pflegebedürftiger Menschen, in den nächsten Jahren erforderlich. Hierbei sollten nicht zu große Platzzahlen pro Heim angestrebt werden, um den Betroffenen ein gewisses Maß an Individualität und Privatsphäre zu gewähren. Dabei ist es von hoher Relevanz die Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen zu erhalten und zu verbessern. Der derzeit, aus ökonomischen Gesichtspunkten, üblichen Einstellung von nicht-examinierten Pflegepersonal über Zeitarbeitsfirmen muss entgegengewirkt werden. Für den Erhalt der Individualität der Betroffenen müssen Anreize geschaffen werden, wieder vermehrt examinierte Pflegekräfte zu beschäftigen, die entsprechend medizinisch und pflegerisch ausgebildet sind. Zentrale Bezugspersonen für die stationär Pflegebedürftigen sind essentiell für ihr Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung.

Der demografische Wandel betrifft nicht nur die Zahl der Leistungsempfänger und- empfängerinnen, sondern auch die der Leistungserbringer und-erbringerinnen. Für eine umfassende politische Pflegeplanung ist es bedeutend, auch Maßnahmen zur Nachwuchsförderung zu entwickeln und umzusetzen, um eine qualifizierte Pflegeversorgung sicherzustellen. Für eine optimale Ausschöpfung des Erwerbstätigenpotentials müssen Barrieren im Zugang zu Ausbildungsmöglichkeiten und Arbeitsplätzen abgebaut werden. Die finanzielle Attraktivität des Pflegeberufes ebenso wie der Zugang zu diesem unabhängig vom Herkunft, Alter und Geschlecht sind hier zu nennen. Zudem sollte die Akademisierung von Pflegeberufen weiter vorangetrieben werden, um eine gesellschaftliche Aufwertung dieser Berufe zu erreichen und um multidisziplinäre Pflegeteams bilden zu können, die eine optimale Pflege multimorbider Menschen sicherstellen.

Eine weitere wichtige Herausforderung ist die Sicherstellung einer adäquaten sektorenübergreifenden pflegerischen Versorgung. Dafür müssen Versorgungslücken durch eine stärkere Vernetzung der

unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsstrukturen und -netzwerke überwunden werden. Als Schlüsselement gilt hierbei die koordinierte Zusammenarbeit aller im Gesundheits- bzw. Pflegebereich tätigen Akteure. Im Pflegebereich tätige Verbände, wie z.B. der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf.e.V. (GPV), benötigen eine kontinuierliche und auskömmliche Förderung durch das Land. Verbände könnten zukünftig im Bereich der geriatrischen Versorgung als Koordinatoren fungieren und damit die Zusammenarbeit aller relevanten Akteure verbessern und bestehende Defizite in der Versorgung von Pflegebedürftigen minimieren. Hierzu wäre es sinnvoll, ein Landesprogramm zur Stärkung der landesweiten Koordination der geriatrischen Versorgung zu initiieren. Modelle, die schnittstellenübergreifende Versorgungsansätze verfolgen (z.B. Chronic Care Modelle), müssen zudem verstärkt unterstützt werden.

- **Bestehende Leistungsangebote im ambulanten sowie stationärem Sektor sind aktuell ausreichend. Um den steigenden Zahlen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden, müssen Maßnahmen zur Vermeidung eines Fachkräftemangels ergriffen werden. Der Pflegeberuf muss finanziell attraktiver, die Akademisierung in der Pflege vorangetrieben und Barrieren im Zugang abgebaut werden.**
- **Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung muss die häusliche Pflege durch pflegende Angehörige weiter gestärkt werden. Hierzu zählen die bedarfsgerechte informative und fachliche Unterstützung, die Stärkung von ehrenamtlichen Angebotsstrukturen (u.a. Fahr- und Begleitdienste), Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen und sozialen Hilfsnetzwerken sowie die stärkere Vernetzung von Angeboten.**
- **Die kommunale Politik muss einer ressourcenorientierten und kompetenzfördernden Handlungsweise folgen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern und gesundes Altern zu ermöglichen. Hierzu sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Senioren und Seniorinnen und der kompetenzfördernden Alltagsgestaltung verstärkt umzusetzen, z.B. durch Förderung des ehrenamtlichen Engagements.**
- **Im Zuge steigender Zahlen Pflegebedürftiger muss der weitere Ausbau von stationären Pflegeeinrichtungen durch den Bezirk unterstützt werden. Besondere Anstrengungen (auch durch den Gesetzgeber) sind nötig im Hinblick auf die Erhöhung des Anteils examinierter Pflegekräfte in stationären Einrichtungen zur Sicherstellung einer qualifizierten, individuellen Pflege.**
- **Die sektorenübergreifende Versorgung muss durch Koordination und Zusammenarbeit über Schnittstellen (stationäre Krankenversorgung, Rehabilitationsversorgung, ambulante sowie stationäre Pflegeversorgung etc.) hinweg gestärkt werden. Hierfür werden etablierte Akteure, wie z.B. Verbände für die Übernahme der Rolle der Koordinatoren befürwortet und ein Landesprogramm zur stärkeren Vernetzung der geriatrischen Versorgung als bedeutend erachtet.**

Handlungsfeld 5: Herausforderungen aufgrund der zunehmenden Zahl von an Demenz erkrankten Einwohnern und Einwohnerinnen.

Bedingt durch den demografischen Wandel wird es auch zu einer Zunahme der an Demenz erkrankten Einwohner und Einwohnerinnen kommen. Derzeit ist von einer geschätzten Gesamtzahl von 6.900 Betroffenen im Bezirk auszugehen.

Als ein integraler Bestandteil für die zukünftige bezirkliche Pflegepolitik ist der Umgang mit der steigenden Zahl von Einwohnern und Einwohnerinnen mit Demenz zu nennen. An Demenz erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen benötigen spezifische pflegerische Betreuungs- und Versorgungsangebote, die auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Eine Weiterentwicklung der bezirklichen Versorgungsstrukturen ist anzustreben. Viele an Demenz erkrankte Menschen werden von Angehörigen zuhause betreut. Entsprechend ist es für eine adäquate Versorgung grundlegend, die Angehörigen durch Beratungsangebote zu qualifizieren und Selbsthilfestrukturen zu stärken. Weiterhin ist es notwendig, diesbezügliche Versorgungsstrukturen zu stärken und weiter zu vernetzen. Die Etablierung von Demenzlotsen als zentrale Ansprechpartner für pflegende Angehörige ist sinnvoll und zu unterstützen. Diese könnten ähnlich in der Arbeitsweise wie die bestehenden Pflegestützpunkte agieren und durch beratende Unterstützung bei der Bewältigung des Pflegealltages der Betroffenen hilfreich sein.

Das seit 2010 bestehende und vom Bezirksamt gemeinsam mit dem Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf.e.V. initiierte Projekt „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ zeigt, dass bereits bezirkliche Strategien im Umgang mit Demenz entwickelt wurden (u.a. Einrichtung von Schutzräumen). Fortwährendes Ziel ist die gesellschaftliche Integration Betroffener, die Aufklärung der Bevölkerung und Enttabuisierung des Themas „Demenz“. Damit nimmt Charlottenburg-Wilmersdorf eine Vorreiterposition unter allen Berliner Bezirken ein. Im Zuge dieses Projektes werden auch neue Wohnformen erprobt. Hervorzuheben sind hier neben dem betreuten Wohnen auch die ambulanten Wohngemeinschaften als Versorgungsform, die sich in den letzten Jahren vermehrt entwickelt haben. Diese ermöglichen den Bewohnern und Bewohnerinnen in kleinen Gruppen - unter Rücksichtnahme der individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten und unter pflegerischer Betreuung durch professionelle Pflegedienste - in einer familienähnlichen Atmosphäre zusammenzuleben. Solche Wohngemeinschaften werden immer mehr nachgefragt, bieten sie doch durch einen großen Betreuerkreis bestehend aus Angehörigen, ambulanten Pflegediensten, Betreuern und Hauswirtschaftshilfen ebenso wie durch die vermittelte Geborgenheit und Sicherheit eine angemessene Basis für eine entsprechende Pflege von Menschen mit Demenz. Auch im Hinblick auf den steigenden Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund an den an Demenz erkrankten Personen können Wohngemeinschaften bedürfnisgerecht organisiert sein, indem sie beispielsweise Personen aus gleichen Kulturkreisen betreuen. Entsprechend sollten Wohnprojekte dieser Art verstärkt durch den Bezirk unterstützt werden. Um auch sozial schwächer gestellten Einwohnern und Einwohnerinnen mit Demenz die Möglichkeit zu geben diese Versorgungsform im Bedarfsfall nutzen zu können, sollte die Bearbeitung von Anträgen zur Grundsicherung bzw. Hilfe zur Pflege beschleunigt werden. Hierzu ist ein Ausbau finanzieller und personeller Ressourcen gefordert.

- **Angehörige von Personen mit Demenz können durch die Einführung von sog. Demenzlotsen verbesserte Unterstützung für die Bewältigung des Pflegealltages erfahren. Diese könnten ähnlich zu den Pflegestützpunkten aufgestellt werden und zur Bündelung von Angebotsstrukturen beitragen.**

- **Das Projekt „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ zeigt das bezirkliche Engagement für den Bereich und muss weiter fortgeführt werden. Kommunales Handeln bezüglich der Stärkung von Versorgungsstrukturen muss gestärkt werden.**
- **Neue Wohnformen für Menschen mit Demenz, wie ambulante Wohngemeinschaften, sind weiter zu fördern und entsprechender Wohnraum bereitzustellen. Die Konzipierung neuartiger Wohnprojekte ähnlich dem Demenzdorf DE Hogeweyk in den Niederlanden oder dem Demenzdorf Tönebön in Hameln sind für den Bezirk zu überlegen.**

Handlungsfeld 6: Herausforderungen hinsichtlich der Schaffung von bedürfnisgerechtem Wohnraum und einer alten- und pflegegerechten Quartiersgestaltung

Der Bezirk verfügt aktuell über 13 Seniorenwohnhäuser mit 1.003 Wohnungen. Die Wilmersdorfer Seniorenstiftung umfasst weitere 521 Wohnungen. Wartezeiten für Seniorenwohnungen aus öffentlicher Hand sind lang.

Vermehrter Aufmerksamkeit bedarf allgemein der Wohnraum für alte und ältere Menschen unabhängig davon, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt oder nicht. Bedürfnisgerechte Wohnungen, die einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen und die etwaige ambulante Versorgungsleistungen zulassen, müssen vermehrt im Bezirk gefördert werden. Der Bezirk muss wieder eine verstärkte Steuerungsfunktion durch die Rekommunalisierung eines festen Kontingents an Seniorenwohnungen erlangen: Die Vergabe von Seniorenwohnungen sollte in wachsendem Maße in öffentlicher Hand liegen, um eine Steuerung zu gewährleisten und damit den Anforderungen des demografischen Wandels gerecht zu werden. Hierzu ist verstärktes Engagement und Personalaufbau notwendig - auch um lange Bearbeitungszeiten zu vermeiden. Weiterhin sollten Bauvorhaben, die behindertengerechten und seniorengerechten Wohnraum schaffen, beschleunigt genehmigt werden. Dafür müssen auch attraktive Anreize für Investoren geschaffen werden. Neben entsprechender Förderung von barrierefreiem und bezahlbarem Wohnungsneubau muss zudem der Wohnungsbestand an die geänderte Nachfrage und an dem modernen Standard durch bspw. Umbaumaßnahmen angepasst werden. So sollten bspw. bestehende Wohnraumkapazitäten erweitert werden. Die Förderung von neuen Wohn- und Pflegeformen ist als weiterer Ansatzpunkt zu nennen, der in den nächsten Jahren aufgrund der sich verändernden sozialen Infrastruktur verstärkt Beachtung finden sollte. Schon heute leben 62,8% der Einwohner und Einwohnerinnen ab 65 Jahren in Einpersonenhaushalten - mit steigender Tendenz. Dieser Veränderung der Haushalts- und Familienstrukturen müssen passende Wohnangebote gegenübergestellt werden (z.B. Wohngemeinschaften, Seniorenresidenzen, betreutes Wohnen).

Neben einem adäquaten Wohnraumangebot zählt es zu den zukünftigen Herausforderungen die Wohnquartiere und Sozialräume im Bezirk alten- und pflegegerecht zu gestalten. Die wohnortnahe soziale Infrastruktur ist hierbei an die veränderten Bedarfe anzupassen. Planungs- und Baumaßnahmen im öffentlichen Raum sowie die Freiraum- und Grünflächengestaltung sollten Vorgaben zur Barrierefreiheit und altersgerechten Gestaltung grundsätzlich berücksichtigen. Das subjektive Sicherheitsgefühl älterer Menschen im Bezirk ist dabei als ein entscheidender Gesichtspunkt in der städtebaulichen Quartiersgestaltung zu bedenken und zu steigern. Bedürfnisse und Bedarfe pflegebedürftiger Menschen sollten - bspw. durch Einbeziehung dieser in Planungsvorhaben - Berücksichtigung finden. Bezüglich dieser Aspekte ist der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf im Berlinvergleich führend. Als Beispiel für das bereits im Bezirk bestehende Engagement, Wohnquartiere altersgerechter

und mobilitätsfördernder zu gestalten, gilt das durch die Robert-Bosch-Stiftung unterstützte, aktuelle Projekt „Wir gehen los - Erprobung partizipativer Methoden zur Quartiersgestaltung“ des GPV für den Epiphanienkiez. Im Fokus stehen der direkte Einbezug älterer Anwohner und Anwohnerinnen durch Befragungen bezüglich ihrer Mobilitätswünsche, gemeinsame Kiezbegehungen und Workshops sowie der bezirkliche Austausch verschiedener Akteure und die Konkretisierung von Maßnahmen im Rahmen von Werkstattgesprächen. Ziel ist es, einen mobilitätsfördernden Kiez zu gestalten. Projekte, die die Mobilität älterer und eingeschränkt mobiler Bewohner und Bewohnerinnen fördern und damit eine altersgerechte Wohnquartiersgestaltung anstreben, sind durch den Bezirk weiterhin zu unterstützen und in anderen Kiezen des Bezirks umzusetzen.

Weiterhin sind die soziale Integration ebenso wie eine größtmögliche pflegerische Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Nur durch den Ausbau von quartiersnahen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungs- und Beratungsstrukturen sowie wohnortnahen Hilfsangeboten, wie der Nachbarschaftshilfe, kann langfristig die soziale Einbindung und die Aufrechterhaltung der selbstbestimmten Lebensführung gesichert werden. Hierbei ist es wiederum entscheidend, dass neben der Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch professionelle ambulante Pflegedienste auch präventive und gesundheitsfördernde Angebote, die sozialraumorientierte Seniorenarbeit und Angebote ehrenamtlicher Bürger und Bürgerinnen stärker auf Zusammenarbeit ausgerichtet sind. Soziale Treffpunkte und Stadtteilzentren im unmittelbaren Wohnumfeld sollten verstärkt gefördert werden. Zudem ist es von Relevanz, Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung wohnortnah zu integrieren. Um Sozialräume nach diesen Anforderungen gestalten zu können, ist es notwendig, eine Fachkraft für Altenhilfeplanung und -koordination vorzuhalten. Die Etablierung einer regelmäßig stattfindenden Steuerungsrunde mit öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Akteuren des Pflegebereichs, die der Vernetzung und Koordination von entsprechenden Angeboten dient, ist zudem vorzuschlagen. Nur durch die Integration aller relevanten Träger kann der steigenden Nachfrage im Bereich der geriatrischen und pflegerischen Versorgung begegnet werden.

Weiterhin ist die Stabilisierung einer wohnortnahen barrierefreien Nahversorgungsstruktur grundlegend, um bedarfsgerechte Lebensbedingungen sicherzustellen. Hier setzt bereits das Instrument der bezirklichen Zentrenkonzepte an, welches zum Ziel hat, durch die Definition zentraler Versorgungsbereiche, die Nahversorgung durch entsprechende Einzelhandelsstandorte zu sichern. Für den Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf befindet sich ein entsprechendes Konzept für die Region Mierendorffplatz in Entwicklung. Die Umsetzung solcher Konzepte für andere Standorte im Bezirk ist zu überlegen.

- **Durch Rekommunalisierung von Seniorenwohnraum muss der Bezirk wieder eine verstärkte Steuerungsfunktion bezüglich der Vergabe von Seniorenwohnungen und pflegegerechtem Wohnraum erlangen. Hierzu sind verstärktes Engagement und Personalaufbau notwendig. Attraktive Anreize für Investoren, behinderten- und seniorengerechten Wohnraum zu schaffen, sind grundlegend. Bestehende Kapazitäten müssen entsprechend moderner Standards angepasst werden. Beschleunigte Genehmigungsverfahren sind sicherzustellen.**
- **In der städtebaulichen Quartiersgestaltung sind Aspekte der behinderten- und altersgerechten Gestaltung weiterhin zu beachten. Der partizipative Einbezug der Zielgruppe in Planungs- und Gestaltungsmaßnahmen sollte stets erfolgen. Der Bezirk agiert in diesem Handlungsfeld bereits bedeutsam u.a. durch die Förderung eines Projektes des GPV zur**

mobilitätsfördernden Gestaltung des Epiphanienkiezes. Die weitere Unterstützung entsprechender Vorhaben auch in anderen Kiezen ist umzusetzen.

- **Zur Gewährleistung der quartiersnahen pflegerischen Versorgungssicherheit ist neben dem Ausbau von Beratungs- und Versorgungsstrukturen auch der Ausbau von sozialen Hilfesystemen (Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt, Seniorenarbeit u.a.) zu fördern. Zur sozialraumorientierten Koordination ist es bedeutsam, eine Fachkraft für Altenhilfeplanung und -koordination vorzuhalten. Ebenso ist eine Steuerungsrunde mit allen bezirklich relevanten Akteuren zu gründen, die der Vernetzung und Koordination von entsprechenden Angeboten dient, damit dem demografischen Wandel und der steigenden Zahl Pflegebedürftiger angemessen begegnet werden kann.**