

## **Vorwort**

Bei der Ausarbeitung dieses Fachplans für die Senioren unserer Stadt sollte vor allem daran gedacht werden, was es bedeutet, ein Senior/eine Seniorin zu sein.

Alt werden heißt, seinen Standpunkt zu wechseln. Dies passiert im Übrigen häufig in unserem Leben und aus verschiedenen Gründen: zuerst begreifen wir uns als Kinder, dann als Jugendliche und so weiter.

Seinen Standpunkt zu wechseln ist weder etwas Positives noch etwas Negatives und bedeutet nicht, sich selbst zu verleugnen. Es braucht aber die nötige Energie und Unterstützung, um die Veränderung zu bewältigen. Es ist die Verantwortung jedes Einzelnen und der Gemeinschaft, die Energie zu finden, die nötig ist, um die Veränderungen in unser aller Leben (egal ob Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Senioren, Männer, Frauen) mit denselben Rechten und denselben Chancen zu bewältigen.

Der Verlust an Wertschätzung für jene, die aus dem Berufsleben ausscheiden, die Veränderung der Familienstruktur und das Leben in der Stadt schwächen die Position der Seniorinnen und Senioren.

Die Daten belegen, dass die Zahl der älteren Mitbürger unserer Stadt ständig steigt. Es ist aber notwendig, den Generationskonflikt zu vermeiden, damit die Senioren mit ihren sozialen und gesundheitlichen Bedürfnissen nicht als eine Last gesehen werden, die zu viele Ressourcen beansprucht. Ein langes Leben und ein glückliches Alter bleiben das Ziel einer solidarischen Gemeinschaft.

Man altert vor der Zeit, wenn man in eine Sackgasse gedrängt wird, wenn der zur Verfügung gestellte Ort nur zum Schlafen dient, ohne dass die Möglichkeit besteht, sein Leben zu leben; mit anderen Worten, wenn nur ein „Schlaf- Platz“, aber kein „Lebens-Ort“ angeboten wird. Es gibt keine Eile und auch keinen vernünftigen Grund, das Leben eines Menschen in Schranken zu weisen.

Dieser Plan ist ein Pakt der Stadt mit sich selbst zum Thema der Senioren. Er wurde von den verschiedenen Gruppen, die in der Stadt mit dem öffentlichen Dienst zugunsten der Senioren zusammenarbeiten erstellt, niedergeschrieben und wird von ihnen mitgetragen.

Ich bedanke mich bei allen Personen der Sozialvereine, des Betriebs für Sozialdienste und der Gemeindeverwaltung, die mit Einsatz, Professionalität, aber auch mit Leidenschaft an der Verwirklichung dieses wichtigen Instruments gearbeitet und mitgearbeitet haben, das uns dabei helfen soll zu begreifen, wie wir auf gesamtgesellschaftliche Weise die Lebensqualität unserer älteren Mitbürger verbessern können.

Die Stadträtin für Sozialpolitik  
und Chancengleichheit  
Patrizia Trincanato

# FACHPLAN SENIOREN

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1. SeniorInnen in Bozen: ein soziodemographisches Profil</b>	<b>3</b>
1. Struktur, geschichtliche Dynamik und Stadtviertel	<b>3</b>
2. Einige Sozial- und Gesundheitsindikatoren	<b>9</b>
<b>2. Die Dienstleistungen</b>	<b>13</b>
1. Die Aufnahmestrukturen und ihre Entwicklungsperspektiven	<b>13</b>
1.1. <i>Herkunft der DienstnutzerInnen</i>	<b>15</b>
1.2. <i>Selbständigkeitsgrad der SeniorInnen, die in den Wohneinrichtungen des BSB leben</i>	<b>16</b>
1.3. <i>Die Wartelisten</i>	<b>17</b>
1.4. <i>Soziodemographische Merkmale der in BSB-Strukturen beherbergten SeniorInnen</i>	<b>18</b>
2. Territoriale Betreuung und Hauspflagedienste	<b>20</b>
2.1. <i>Tagespflegeheime für teilweise oder vollkommen pflegebedürftige SeniorInnen</i>	<b>20</b>
2.2. <i>Die territorialen Betreuungsdienste</i>	<b>20</b>
2.3. <i>Der Mensadienst</i>	<b>26</b>
2.4. <i>Die Meeresaufenthalte</i>	<b>26</b>
2.5. <i>Unterstützung für pflegebedürftige Personen – Landesgesetzesentwurf „Maßnahmen zur Sicherung der Pflege“</i>	<b>27</b>
3. Soziale Förderung und Vorbeugung	<b>28</b>
<b>3. Planungsrichtlinien</b>	<b>30</b>
1. Grundsätze	<b>30</b>
1.1. <i>Förderung und Unterstützung der älteren Menschen</i>	<b>30</b>
1.2. <i>Die örtliche Fürsorge als Solidaritätspakt</i>	<b>30</b>
1.3. <i>Unterstützung der Familien</i>	<b>30</b>
1.4. <i>Weiterleben bei sich zu Hause: Förderung und unterstützende Maßnahmen</i>	<b>31</b>
1.5. <i>Aktiv bleiben: Unterstützende Maßnahmen zur Förderung eines aktiven Lebens</i>	<b>32</b>
1.6. <i>Die soziale und sanitäre Einbindung</i>	<b>32</b>
2. Prioritäten und operative Richtlinien	<b>33</b>
2.1. <i>Der Zugang zu den Informationen über die angebotenen Dienste</i>	<b>33</b>
2.2. <i>Förderung einer gesundheitsbewussten Kultur: von der Vorbeugung sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zur aktiven Bürgerschaft</i>	<b>33</b>
2.3. <i>Eigenes Zuhause und stationäre Aufnahmestrukturen</i>	<b>34</b>
2.4. <i>Territoriales Dienstnetz und Hauspflege</i>	<b>40</b>
2.5. <i>Förderung der sozialen Solidarität und des Vereinswesens</i>	<b>45</b>
<b>4. Zusammenfassende Datenblätter mit Beschreibung der Maßnahmen</b>	<b>46</b>
<b>5. Ausarbeitungsmethoden</b>	<b>69</b>
1. Phasen der gemeinsamen Ausarbeitung	<b>69</b>
1.1. <i>Bedarfsanalyse</i>	<b>69</b>
1.2. <i>Projektierung mit Bürgerbeteiligung</i>	<b>70</b>
1.3. <i>Provisorische Abfassung des Fachplanentwurfes</i>	<b>70</b>

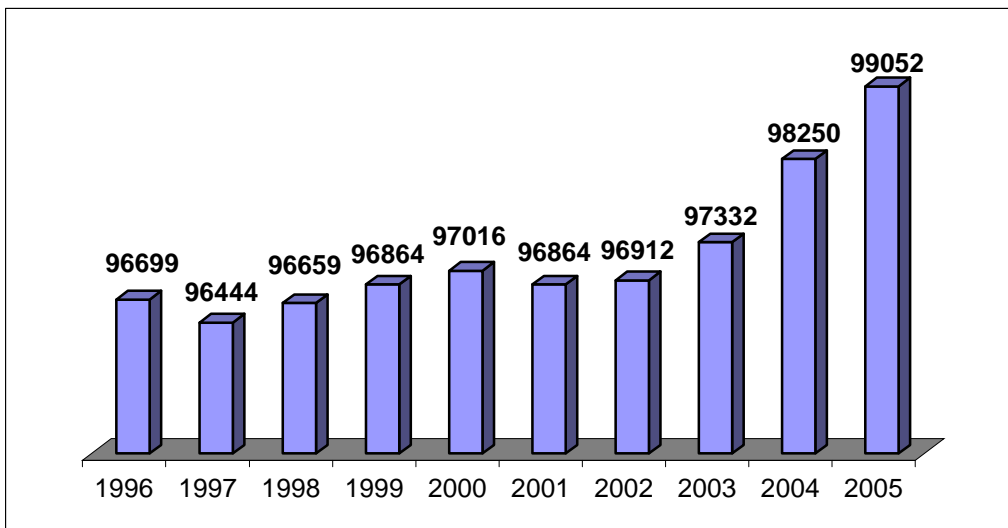
# 1. SENIORINNEN IN BOZEN: EIN SOZIODEMOGRAPHISCHES PROFIL

## 1. Struktur, geschichtliche Dynamik und Stadtviertel

Die in Bozen wohnhafte Bevölkerung hat im letzten Jahrzehnt insgesamt zugenommen<sup>1</sup>: 1996 betrug die Anzahl der Bozner BürgerInnen noch 96.699, im Jahr 2005 waren es 99.052. Wie aus der unten abgebildeten Graphik hervorgeht, zeigt der Zuwachs keinen gradlinigen Verlauf, sondern weist konjunkturbedingte Schwankungen auf (Abb. 1).

Das Amt für Statistik der Stadtgemeinde Bozen<sup>2</sup> hebt hervor, dass diese Zunahme nicht von einem positiven natürlichen Saldo (mehr Geburten als Todesfälle) herrührt, sondern anderen Faktoren zuzurechnen ist. Ausschlaggebend für den Bevölkerungszuwachs ist ein anderer Faktor, und zwar der so genannte Migrationssaldo, d.h. der Unterschied zwischen der Anzahl der Personen, die sich in Bozen niedergelassen haben, und jenen, die von der Stadt weggezogen sind. Im Jahr 2005 wanderten 3.605 Personen in Bozen ein und 2.180 aus.

Abb. 1 - In Bozen wohnhafte Bevölkerung pro Jahr



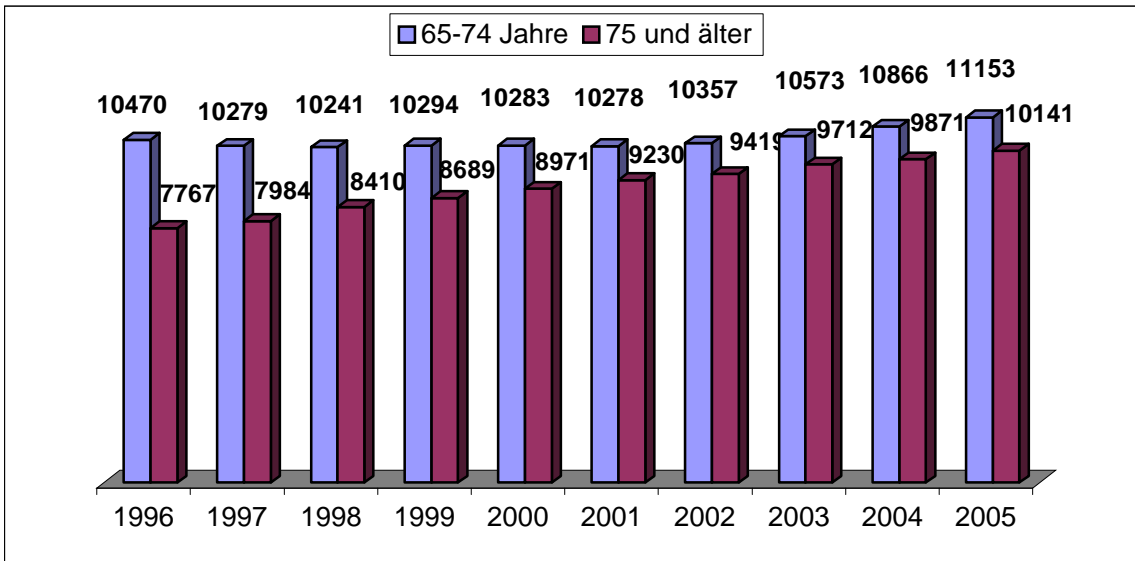
Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Was die spezifische Zielgruppe unserer Studie betrifft, ist die Anzahl der SeniorInnen (über 64 Jahren) im letzten Jahrzehnt beträchtlich gestiegen, und zwar von 18.237 im Jahr 1996 auf 21.294 im Jahr 2005 (+16,2%) (Abb. 2).

<sup>1</sup> Die Daten stammen aus dem Meldeamt der Gemeinde Bozen und weichen aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsverfahren zum Teil von den Daten des nationalen Instituts für Statistik ISTAT ab. Für vertiefende Details wird auf die Veröffentlichung „Verlauf und Struktur der Bozner Bevölkerung und der Stadtviertel“ des Amtes für Statistik der Gemeinde Bozen verwiesen (Online verfügbar unter dem Link [http://www.comune.bolzano.it/context.jsp?ID\\_LINK=969&area=19](http://www.comune.bolzano.it/context.jsp?ID_LINK=969&area=19))

<sup>2</sup> Ivi.

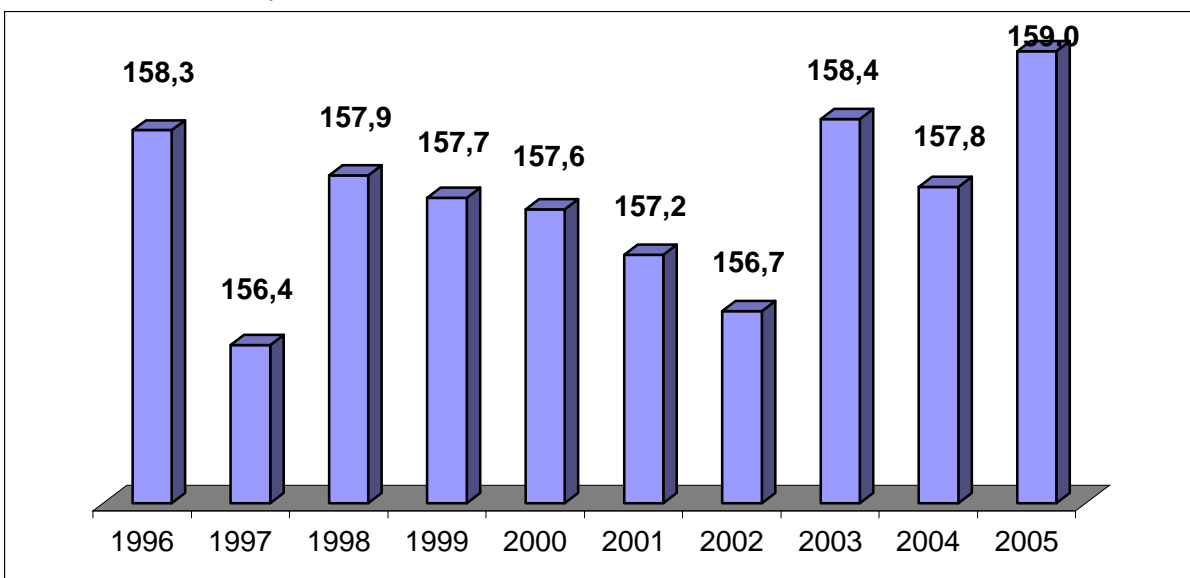
Abb. 2 - In Bozen ansässige SeniorInnen vergleichend aufgeschlüsselt nach Altersgruppen (65-74 J./älter als 75 J.)



Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

In welchem Verhältnis steht jedoch der Anstieg der Anzahl der SeniorInnen zur gesamten Bevölkerungsstruktur? Eine Hilfe bietet uns in dieser Hinsicht der Altersindex (Abb. 3), der das Verhältnis zwischen der Bevölkerung mit mehr als 65 Jahren und der mit weniger als 15 Jahren misst. In Bozen wurden diesbezüglich in den vergangenen zehn Jahren keine besonders relevanten Entwicklungstrends verzeichnet. Abgesehen von den jährlichen Schwankungen bleibt das Durchschnittsverhältnis insgesamt stabil: 157/158 SeniorInnen pro 100 Kinder und Jugendliche. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass die absolute Anzahl der SeniorInnen zwar zunimmt, aber durch den Zuwachs der jungen Bevölkerungsschicht ausgeglichen wird. Trotzdem gibt es mehr SeniorInnen als Jugendliche.

Abb. 3 - Altersindex pro Jahr



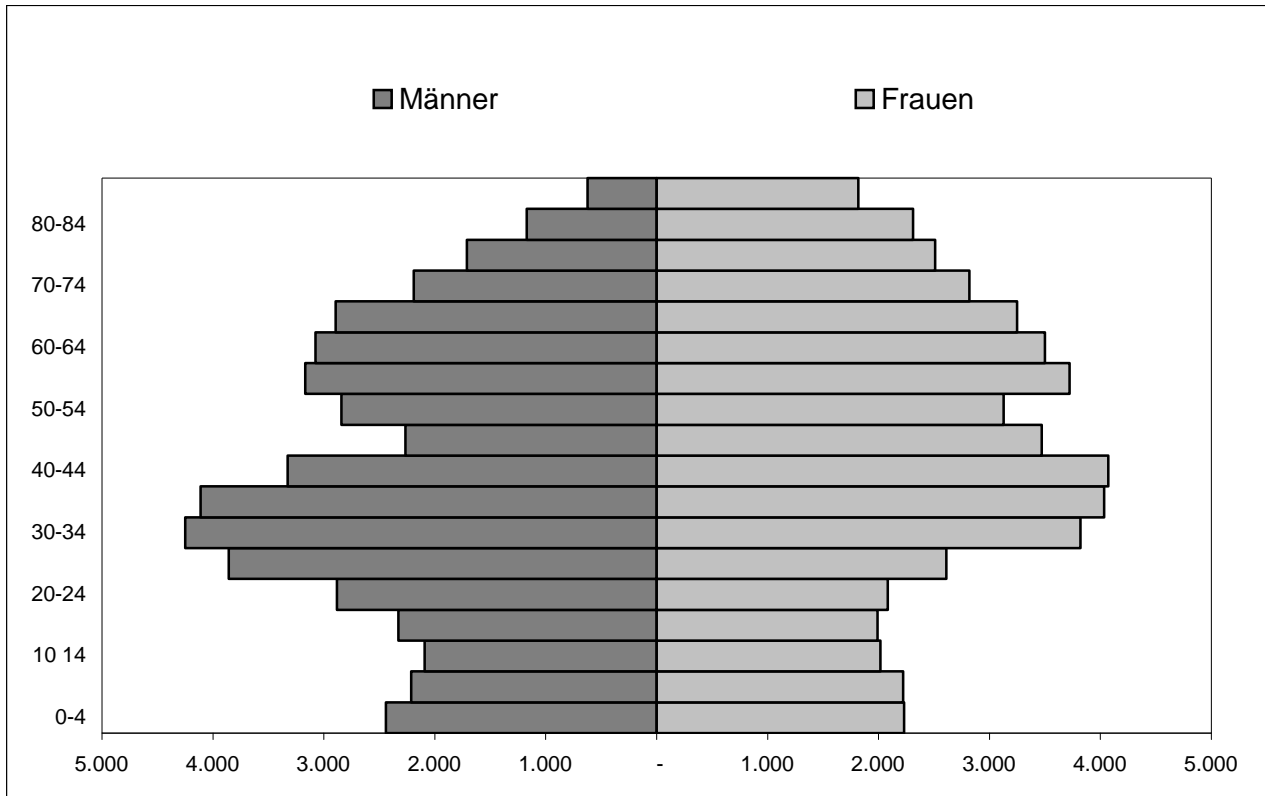
Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Dieses Ungleichgewicht zwischen den Generationen, das alle zeitgenössischen westlichen Gesellschaften kennzeichnet, ist klar aus der Alterspyramide abzulesen, wo

die nach Altersgruppen und Geschlecht eingeteilte Bevölkerung graphisch dargestellt wird (Abb. 4). Der traditionell abnehmende Umfang der älteren Altersklassen weist zwei radikale Tendenzwenden auf: die erste zwischen 45 und 54 Jahren; die zweite bei unter 35 Jahren für die Frauen und bei unter 30 Jahren für die Männer. Die erste Wende hält für 10 Jahre an und die zweite hingegen hält bis zur mindestens 15-Jährigen Bevölkerung an.

Erst bei den Altersgruppen unter 15 Jahren ist wieder ein leichter Aufschwung ersichtlich.

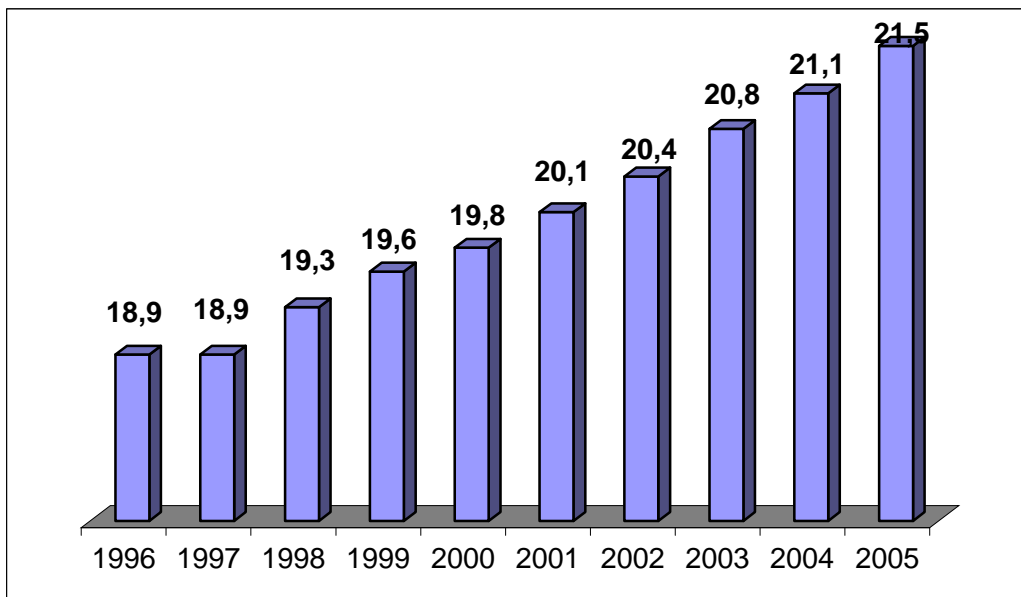
Abb. 4 - Ansässige Bevölkerung am 31.12.2005: Alterspyramide



Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Der absolute Prozentsatz von SeniorInnen im Vergleich zur gesamten Bevölkerung (Abb. 5) verzeichnete im letzten Jahrzehnt hingegen einen gleichmäßigen Zunahmetrend: Von 1996 bis 2005 ist er durchgehend von 18,9% auf 21,5% angestiegen. Anders ausgedrückt heißt dies, dass von jeden 5 BoznerInnen eine/r über 65 Jahre alt ist.

Abb. 5 - SeniorInnenquote pro Jahr

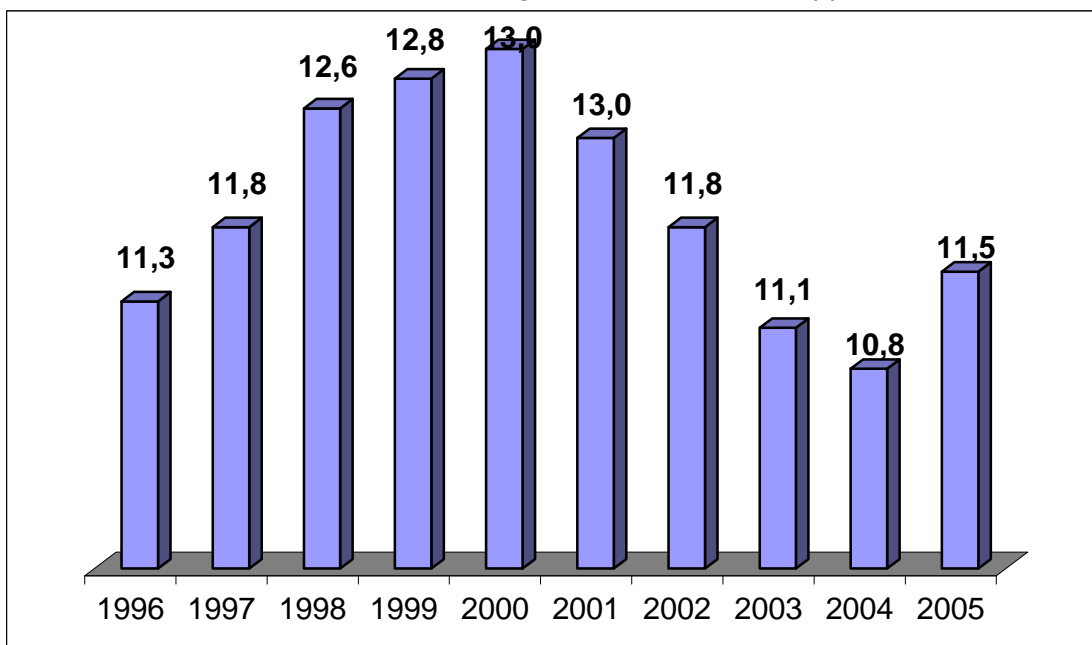


Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Was die Untergruppe der SeniorInnen betrifft, kann man einen weiteren, wichtigen Index berechnen, und zwar den Anteil an über-85-Jährigen in der Gesamtgruppe der über-64-Jährigen (Abb. 6).

Zwischen 1996 und 2000 ist der Prozentsatz von über-85-Jährigen innerhalb der SeniorInnen von 11,3% auf 13% gestiegen. Ab 2001 ist die Zahl jedoch wieder zurückgegangen, und zwar bis auf 10,8% im Jahr 2004. Dies ist ein Zeichen dafür, dass noch mehr Personen als zuvor die Schwelle der 65 Jahre überschritten haben. Im Jahr 2005 steigt dieser Prozentsatz weiterhin an und zwar auf 11,5%.

Abb. 6 - Prozentsatz von über-85-Jährigen innerhalb der Gruppe der SeniorInnen



Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Gehen wir nun von den geschichtlichen Daten zum Zukunftsszenarium über (Abb. 7). Die Schätzungen sehen eine beträchtliche Zunahme der älteren Bevölkerung voraus: Im Laufe von zehn Jahren wird die Anzahl der SeniorInnen von über 21.000 im Jahr 2005 um 16% auf über 24.000 ansteigen. Die Zunahme wird sämtliche Altersstufen innerhalb dieser Gruppe betreffen. Was den Anteil der über-85-Jährigen betrifft, wird

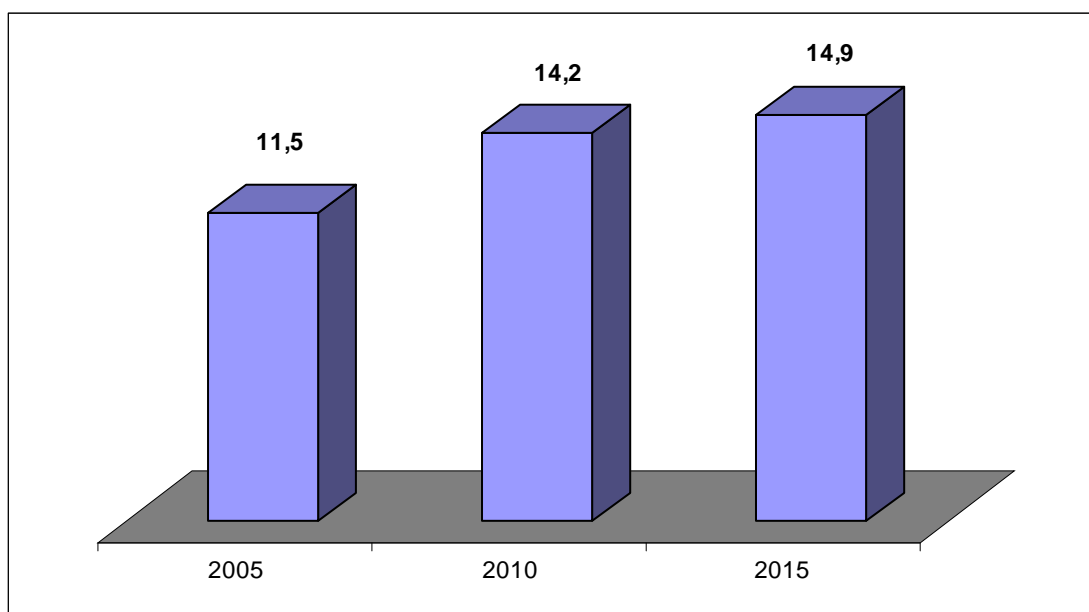
er in fünf Jahren auf 14,2% und in zehn Jahren auf 14,9% ansteigen (Abb. 8). Diese Prognose ist nicht weiter überraschend, da die Lebenserwartung in ganz Italien stetig zunimmt (und in Bozen noch mehr als anderswo, wie weiter unten erläutert). Dieser Trend erfordert präzise Entscheidungen im Bereich der Dienstleistungspolitik.

Abb. 7 - SeniorInnen mit Wohnsitz in Bozen, aufgeteilt nach Altersgruppen – Jahre 2005, Prognose 2010 und 2015

	2005	2010	2015
65-69	6.145	6.310	6.463
70-74	5.008	5.709	5.877
75-79	4.220	4.421	5.053
80-84	3.481	3.408	3.551
85 Jahre und älter	2.440	3.297	3.667
<b>Totale</b>	<b>21.294</b>	<b>23.146</b>	<b>24.611</b>

Quelle: ASTAT

Abb. 8 - Anteil an über-85-Jährigen innerhalb der SeniorInnengruppe – 2005, Prognose 2010, 2015



Kehren wir zur gegenwärtigen Situation zurück, erhält man wichtige Informationen aus der Aufschlüsselung nach Stadtvierteln der Daten über die demographische Dichte (Abb. 9) und des oben erwähnten Altersindex (Abb. 10).

Aus besagten Daten geht hervor, dass zwischen den Stadtvierteln eine starke sozio-territoriale Ungleichmäßigkeit besteht: das Stadtviertel Europa-Neustift ist nicht nur der Stadtteil mit der stärksten demographischen Dichte (den Berechnungen nach betrug die Einwohnerdichte im Jahr 2005 19.250 Einwohner pro km<sup>2</sup>), sondern es hat auch einen überdurchschnittlichen Anteil an SeniorInnen (mehr als 215 über-64-Jährige EinwohnerInnen pro 100 unter-15-Jährige im Jahr 2005). Die Stadtviertel Zentrum-Bozner Boden-Rentsch und Oberau-Haslach weisen hingegen die niedrigsten SeniorInnenquoten (Altersindex jeweils 138,7 und 122,7) sowie die niedrigsten demographischen Dichten auf (762 und 1.231 EinwohnerInnen pro km<sup>2</sup>).

Die demographische Lage ist nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Alterszusammensetzung sehr ungleichmäßig, sondern höchstwahrscheinlich auch unter dem der sozialen und wirtschaftlichen Standards sowie der Lebensqualität insgesamt. All dies muss bei der Erarbeitung von Projekten natürlich mitberücksichtigt werden.

Abb. 9 - Einwohnerdichte in den verschiedenen Stadtvierteln (Vergleich 2004 - 2005)

Stadtviertel	Oberfläche	Bevölkerung	Einwohner pro km <sup>2</sup>
--------------	------------	-------------	-------------------------------

		2004	2005	2004	2005
Zentrum – Bozner Boden - Rentsch	22,81	17.301	17.369	758	762
Oberau – Haslach	10,92	13.177	13.443	1.207	1.231
Europa – Neustift	0,84	16.155	16.170	19.232	19.250
Don Bosco	4,28	22.180	22.477	5.182	5.252
Gries – Quirein	13,46	29.437	29.593	2.187	2.199
insgesamt	52,33	98.250	99.052	1.878	1.893

Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

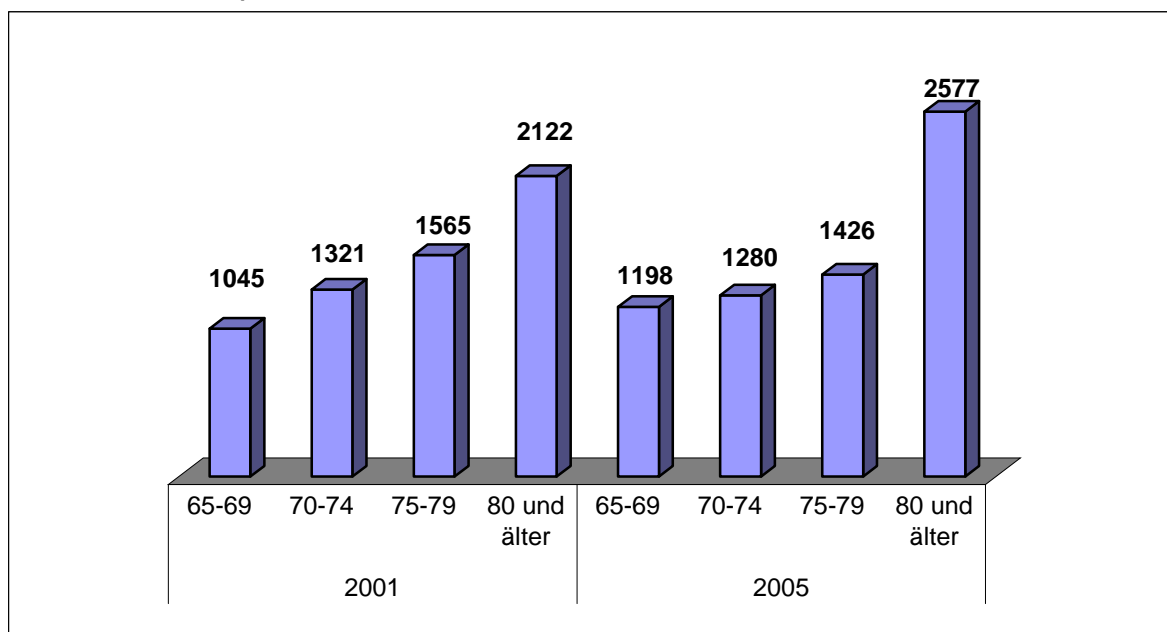
Abb. 10 - Alterindex in den verschiedenen Stadtvierteln (Vergleich 2004-2005)

Stadtviertel	2004	2005
Zentrum – Bozner Boden - Rentsch	134,8	138,7
Oberau – Haslach	128,5	122,7
Europa – Neustift	213,4	215,3
Don Bosco	155,5	159,7
Gries – Quirein	159,4	160,6
insgesamt	157,8	159,0

Quelle: Stadtgemeinde Bozen, Amt für Statistik

Eine weitere demographische Kennzahl, die direkte Auswirkungen auf die Dienstleistungspolitik hat, ist die Anzahl der allein lebenden SeniorInnen (Abb. 11). Zwischen 2001 und 2005 wurde ein Anstieg von 6.053 auf 6.481 Einheiten verzeichnet, mit einer Gesamtzunahme von 7,1%. Es handelt sich um einen Entwicklungstrend, welcher vorwiegend die Altersklasse der über-80-Jährigen betrifft. Diese Gruppe ist in den vergangenen fünf Jahren von 2.122 auf 2.577 Einheiten (+21,4%) angestiegen. Natürlich ist der Bedarf an Sozial- und Gesundheitsfürsorge bei dieser Altersklasse am stärksten.

Abb. 11 – Allein wohnende Personen über 65 Jahre in Bozen. Vergleich 2001 - 2005 (Daten jeweils zum 31.12)



## 2. Einige Sozial- und Gesundheitsindikatoren



Wenn wir die soziodemographischen Informationen über die in Bozen ansässige Bevölkerung mit den statistischen Daten der gesamten Provinz Bozen vergleichen, können wir davon spezifische Indikatoren ableiten, die - auch wenn indirekt - Aufschlüsse bezüglich der Lebensqualität in der Landeshauptstadt liefern.

Ein erster Hinweis ergibt sich aus dem Lebenserwartungsindex innerhalb der spezifischen Untergruppen der über-65-Jährigen und der über-75-Jährigen. Dieser statistische Index gibt die durchschnittliche Anzahl von Lebensjahren an, die die beiden Altersgruppen voraussichtlich noch vor sich haben. Aus den aufgelisteten Daten (Abb. 12) gehen mindestens drei signifikante Informationen hervor. Als allererstes sticht eine strukturelle und wohlbekannte Eigenschaft heraus: Frauen leben länger als Männer. Als zweites bestätigen die Daten die physiologische Tatsache, dass beim Zunehmen des Alters die Lebenserwartung sinkt. Diese beiden Feststellungen sind keineswegs überraschend. Das dritte Merkmal ergibt sich aus der Gegenüberstellung zwischen Südtirol und der gesamten Bevölkerung Italiens: In der Provinz Bozen lebt man länger. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die örtlichen Lebensbedingungen besser sind als in anderen Regionen Italiens.

*Abb. 12 - Lebenserwartung von 65- und 75-Jährigen nach Geschlecht - Jahr 2000*

	65-Jährige		75-Jährige	
	M	F	M	F
Bozen	16,8	21,0	10,2	12,8
Italien	16,5	20,5	9,9	12,5

Quelle: ISTAT

Dieses Bild bestätigt sich auch bei einer vertiefenden Analyse über das Weiterleben in einem guten Gesundheitszustand<sup>3</sup> (Abb. 13). Der Unterschied zwischen der Situation in Bozen und in Italien ist in diesem Fall sogar noch bedeutsamer. Unter den 65-jährigen Männern ist die Lebenserwartung in gutem Gesundheitszustand doppelt so hoch wie im Rest Italiens, bei Frauen sogar drei Mal so hoch. Der Abstand nimmt bei über-75-Jährigen weiter zu.

*Abb. 13 - Lebenserwartung bei guter Gesundheit - 65- und 75-Jährige Männer und Frauen - Jahre 1999-2000*

	65-Jährige		75-Jährige	
	M	F	M	F
Bozen	7,4	9,1	3,9	5,0
Italien	3,6	3,2	1,6	1,5

Quelle: ISTAT

Dieselbe Art von Analyse kann auch in Bezug auf das verbleibende Leben ohne Behinderung<sup>4</sup> (Abb. 14) durchgeführt werden. Trotz der mit zunehmendem Alter natürlichen Abnahme der verbleibenden Lebensjahre, die SeniorInnen imstande sind, selbständig zu verbringen, verzeichnet die Provinz Bozen immer noch einen höheren Durchschnitt als Italien, insbesondere bei den über-75-jährigen Frauen.

*Abb. 14 - Verbleibende Lebensjahre ohne Behinderung, aufgeteilt nach Geschlecht - Jahre 1999-2000*

	65-Jährige	75-Jährige
--	------------	------------

<sup>3</sup> Als Personen in einem guten Gesundheitszustand werden jene Personen betrachtet, die anlässlich der ISTAT-Erhebung über die Gesundheit der Bevölkerung und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste erklärt haben, sich "wohl" oder "sehr wohl" zu fühlen.

<sup>4</sup> Die o.g. Lebenserwartung bezieht sich auf Personen ohne Behinderung. Näheres über die Berechnung besagten Indikators erfährt man in ISTAT, "Sistema sanitario e salute della popolazione", 4. Auflage, verfügbar Online unter <http://www.istat.it/sanita/sociosan/>.

	M	F	M	F
Bozen	13,8	17,5	7,4	9,8
Italien	13,7	15,2	7,3	7,7

Quelle: ISTAT

Eine weitere Bestätigung des überdurchschnittlichen „Wohlbefindens“ der Südtiroler SeniorInnen ergibt sich auch aus der Analyse der Inzidenz der Todesfälle je 100.000 Einwohner in der Provinz Bozen. Aus den Daten gehen erhebliche Schwankungen hervor<sup>5</sup> - im Jahr 2000 betrug das Verhältnis 747,5 im Jahr 2003 stieg es auf 803,8 an und ging 2004 wieder auf 760,2 zurück - die in Bezug auf Todesursache und Todesalter näher untersucht werden sollten. Trotzdem deuten die Ergebnisse des Vergleichs zwischen Südtirol und Italien darauf hin, dass die Weiterlebenschancen bei uns größer sind als durchschnittlich anderswo. Die letzten vergleichbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2001 (Abb. 15). Wie ersichtlich und natürlich, steigt die Verstorbenenrate sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit steigendem Alter an. In der Provinz Bozen hält sich diese Zunahme jedoch stets unterhalb der nationalen Rate.

*Abb. 15 - Spezifische Todesrate nach Altersklasse - Jahr 2001 (Rate pro 1.000 Personen)*

	65-69- Jährige		70-74- Jährige		75-79- Jährige		80-84- Jährige		über-85-Jährige	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	Bozen	16,17	7,35	26,24	15,20	52,07	25,19	80,63	43,26	168,64
Italien	19,30	9,09	32,30	15,67	54,57	29,58	86,48	54,00	177,87	141,22

Quelle: ISTAT

Angesichts der Betreuungs- und Unterstützungsbedürfnisse, die aufgrund der immer höheren durchschnittlichen Lebenserwartung eine wachsende Anzahl von SeniorInnen betreffen und betreffen werden, weisen wir auf eine signifikante Kennzahl hin, die sich auf die Altersdemenzen bezieht. Anders als bisher stammen die Daten nicht aus Erhebungen des örtlichen Statistikzentrums, sondern aus einer Schätzung, die auf der Grundlage der bekannten ILSA-Studie (Italian Longitudinal Study on Aging) mit einem national repräsentativen Stichprobendesign erarbeitet wurde<sup>6</sup>.

Die Wahrscheinlichkeit an einer Form der Demenz zu erkranken nimmt mit steigendem Alter zu: bei den Personen, welche jünger als 65 Jahre alt sind, kommt eine Person auf tausend und bei den über 65-Jährigen kommen 20 Personen auf tausend, welche an Demenz erkranken. Bei den über 80-Jährigen wird jeder vierte bis fünfte an Demenz erkranken und bei den über 95-Jährigen sogar jeder dritte. In den nächsten 30 - 40 Jahren wird sich aufgrund der ansteigenden Lebenserwartung die Demenzerkrankungen verdreifachen.

Wendet man den Häufigkeitsindex, der sich aus der genannten Längsschnittstudie ergibt, auf Bozen an, so kann man schätzen, dass die Anzahl der Ende 2005 in unserer Stadt auf Demenz zurückzuführende Krankheitsbilder 329 beträgt (Abb. 16), davon 121 Männer und 208 Frauen. Das Risiko an Alzheimer oder an vaskulärer Demenz zu erkranken steigt exponentiell mit zunehmenden Alter an, aber mit präzisen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. Die Schätzung summiert unterschiedliche Krankheiten. Geht man auf die einzelnen Pathologien ein, so ist die Häufigkeit von Alzheimerfällen bei Frauen stärker als bei Männern (0,9% zu 0,4%), während die vaskuläre Demenz Männer häufiger heimsucht als Frauen (0,4% zu

<sup>5</sup> Für weitere Details wird auf das Statistikjahrbuch 2005 der Autonomen Provinz Bozen, Seite 133 verwiesen. Verfügbar auch Online unter [http://www.provincia.bz.it/astat/jb05/index\\_i.htm](http://www.provincia.bz.it/astat/jb05/index_i.htm).

<sup>6</sup> Die Stichprobe besteht aus 5632 SeniorInnen aus 8 Stadt-, Vorstadt und Landgebieten (Genua, Mailand, Padua, Florenz, Ascoli Piceno, Neapel, Bari und Catania) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren. Weitere Details in Di Carlo A. u.a. (2002), Incidence of Dementia, Alzheimer Disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study, in "Journal of American Geriatrics Society, Band. 50, Nr. 1, S. 41-48.

0,2%). Abgesehen von diesem geschlechtsabhängigen Unterschied, handelt es sich in beiden Fällen um Krankheiten, die altersabhängig sind.

Unter dem Gesichtspunkt des Dienstleistungsangebots erscheint es für angebracht, auf mindestens zwei Ebenen einzugreifen, die untereinander eng verknüpft sind. Auf der einen Seite ist primäre und sekundäre Vorbeugung geboten: Die Medizin ist sich einig, dass ein Wechsel des Lebensstils und die Vermeidung von kardiovaskulären Risikofaktoren imstande sind, die Aufkommenshäufigkeit der Demenzen zu reduzieren. Auf der anderen Seite sind aber auch unterstützende Fürsorge und Betreuung gefragt: Der Großteil der Kranken lebt in den Familien, die dadurch einer beträchtlichen wirtschaftlichen, sozialen, körperlichen und seelischen Belastung ausgesetzt sind und durch ein angemessenes, überdachtes Angebot an Diensten und Maßnahmen unterstützt werden sollten.

Die Kosten der Demenz sind besonders hoch, da sie nicht nur die Kosten für die Betreuung pflegebedürftiger Personen über einen längeren Zeitraum umfassen, sondern auch der Verdienstausschlag der Patienten als auch der Angehörigen, welche oft ihre Arbeit aufgeben, damit sie ihre Angehörigen pflegen können, dazugerechnet werden muss. Großteils der Erkrankten wird zu Hause gepflegt und dies bedeutet eine enorme körperliche und geistige, als auch finanzielle Anstrengung. Es wird unerlässlich auf qualifizierte Betreuer sowie gut gerüstete Dienste und geeignete Strukturen, sowie auch auf eine Arbeitsqualität, welche die Fürsorge- und Pflegeaspekte der Patienten, als auch die menschlichen Beziehungen aller miteinbezogenen Akteure (Bedienstete, Familien, Patienten) berücksichtigt, zählen zu können.

Die Alzheimererkrankung ist bei Frauen stärker verbreitet, auch weil sie die größte Gruppe der älteren Bevölkerung darstellen: bei der Altersklasse zwischen 65 und 79 Jahren kommen drei Frauen auf zwei Männer. Diese Proportion steigt jedes Dezennium: für jeden über 80-Jährigen gibt es mehr als zwei Frauen. Weiters kommt dazu, dass es meistens die Frauen sind, welche sich um die Pflege der Alzheimerkranken kümmern: wie aus einer Untersuchung hervorgeht, stellen die Frauen 77% der Caregiver dar.

Die Häufigkeitsdaten nach Altersgruppen sind notwendig, um die Last der Patienten mit Demenz für die zukünftigen Jahre schätzen zu können und die Anzahl der Patienten unter den „hochbetagten“, welche in den nächsten Jahrzehnten eine bedeutenden Teil darstellen werden, vorhersehen zu können.

*Abb. 16 - Demenzfälle aufgeteilt nach Altersgruppen und Geschlecht. Anwendung der ILSA-Richtwerte auf die in Bozen wohnhafte Bevölkerung zum 31.12.2005*

<i>Altersgruppen</i>	<i>Bevölkerung</i>	<i>Demenzfälle</i>	<i>Fälle pro 1000 Personen</i>
<b>Männer</b>			
65-69	2.895	11	3,90
70-74	2.190	15	6,63
75-79	1.710	24	13,85
80 und mehr	1.793	71	39,64
<i>Insgesamt</i>		<i>121</i>	
<b>Frauen</b>			
65-69	3.250	13	4,11
70-74	2.818	30	10,61
75-79	2.510	55	21,76
80 und mehr	4.128	110	26,72
<i>Insgesamt</i>		<i>208</i>	
<i>Gesamtsumme</i>		<i>329</i>	

Aus der Zusammenfassung der Informationen, die aus den wichtigsten angeführten Indikatoren entnommen werden können, ergibt sich folgendes Bild:

- Im letzten Jahrzehnt wurde in Bozen eine Zunahme der Gesamtbevölkerung verzeichnet.
- Der Anteil an SeniorInnen hat gleichfalls zugenommen: 1996 waren die über-64-Jährigen noch 18.237, im Jahr 2005 betrug deren Anzahl 21.294 (+16,2%).
- Obwohl sich die SeniorInnenanzahl gegenüber der Anzahl von Jugendlichen (0-14 J.) kaum geändert hat (der Altersindex bleibt um die 157/158 Punkte), nimmt die Rate der SeniorInnen in Bezug auf die Gesamtbevölkerung zu: 1996 waren 18,9 % der Gesamtbevölkerung über 64 Jahre alt, ein Jahrzehnt später ist der Anteil an SeniorInnen auf 21,5% gestiegen.
- Die Aufschlüsselung des Altersindex nach Stadtviertel und demographischer Dichte erlaubt interessante Rückschlüsse: In den Stadtgebieten mit einem geringeren Altersindex ist auch die Bevölkerungsdichte gering (Zentrum – Bozner Boden - Rentsch oder Oberau-Haslach), während dort, wo der Anteil an SeniorInnen höher ist, auch die demographische Dichte hoch ist (Europa - Neustift).
- Vergleicht man innerhalb der SeniorInnengruppe den Entwicklungstrend der verschiedenen Altersuntergruppen, so fällt auf, dass der Anteil an über-84-Jährigen von 11,3 % im Jahr 1996 auf 13 % im Jahr 2000 gestiegen ist, um dann wieder bis auf 10,8 % im Jahr 2004 zu sinken und dann im Jahr 2005 wieder auf 11,5% anzusteigen. Dieser Trend ist nicht einer Abnahme der „ältesten Alten“ zuzuschreiben, deren absolute Zahlen nach wie vor zunehmen, sondern der Tatsache, dass die Anzahl derer, die in jüngster Vergangenheit die Schwelle der 64 Jahre überschritten haben, im Vergleich dazu noch bedeutsamer ist.
- Was die Zukunftsprognose anbelangt, so schätzt man, dass sämtliche Alterklassen der SeniorInnenbevölkerung weiter zunehmen werden (23.146 über-64-Jährige im Jahr 2010, 24.611 im Jahr 2015). Der relative Anteil an „ältesten Alten“ innerhalb der Gruppe der über-64-Jährigen wird im Laufe der nächsten fünf Jahre wieder ansteigen (14,2%) und in einem Jahrzehnt 14,9% betragen, da die Lebenserwartung ständig zunimmt.
- Das gesamte Gebiet unserer Provinz weist eine höhere Lebensqualität auf als der Rest Italiens, zumindest laut zwei diesbezüglich aussagekräftigen Indikatoren wie die Lebenserwartung für 65-Jährige und 75-Jährige sowie die Todesraten der über-64-Jährigen.

## 2. DIE DIENSTLEISTUNGEN

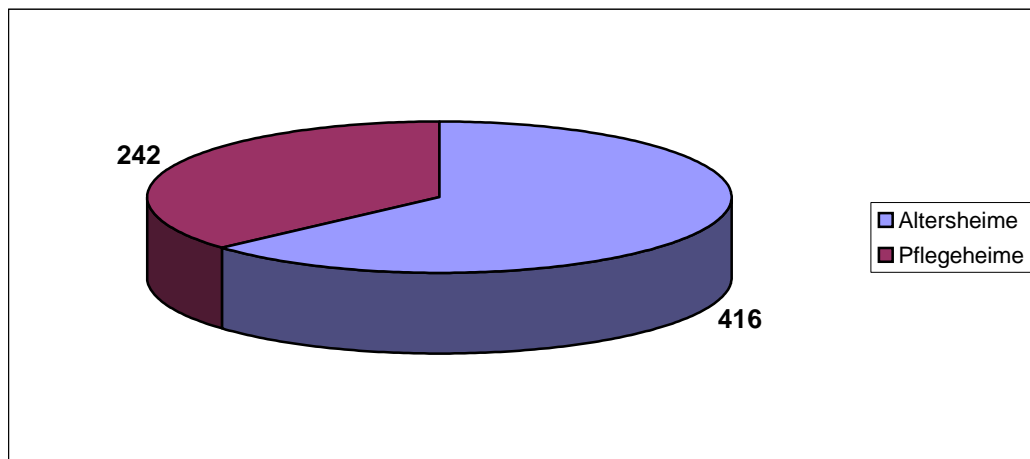
Nach der Analyse der soziodemographischen Lage der SeniorInnenbevölkerung in Bozen kann nun das bestehende Dienstleistungsangebot beschrieben werden. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den Strukturen gewidmet, die speziell älteren Menschen zur Verfügung stehen.

Die Darstellung der verfügbaren Dienste wird drei große Bereiche betreffen: Zuerst werden die stationären und vorübergehenden Aufnahmeeinrichtungen beschrieben (Abschnitt 1); nachfolgend wird das gesamte Netz an Territorialdiensten und Hauspflegediensten erörtert, welches von SeniorInnen in Anspruch genommen werden kann, die noch zu Hause leben (Abschnitt 2); abrundend werden die wirtschaftlichen Unterstützungsmaßnahmen für ältere Menschen und ihre Familien aufgelistet, wobei insbesondere auf den entsprechenden neuen Landesgesetzentwurf eingegangen wird (Abschnitt 3). Zum Abschluss wird von Förderung ehrenamtlicher Tätigkeiten und Initiativen die Rede sein, da die ehrenamtliche Arbeit in Zukunft eine immer größere Rolle bei der Ergänzung und Unterstützung der Sozialdienste sowie beim Aufbau von Solidaritätsnetzen und bei der Verbreitung einer vorbeugenden Gesundheits- und Gesellschaftskultur spielen wird, die für die Erhöhung der Lebensqualität unserer älteren MitbürgerInnen unerlässlich ist (Abschnitt 4).

### 1. Die Aufnahmestrukturen und ihre Entwicklungsperspektiven

Die Aufnahmestrukturen für SeniorInnen der Stadt Bozen verfügen über insgesamt 658 Schlafplätze (Abb. 17, Stand: Ende 2005): 242 davon befinden sich in Pflegeheimen (37%) und 416 in Altersheimen (63%).

Abb. 17 – Aufnahmekapazität der Bozner Strukturen nach Art der Struktur



Die Anzahl der Schlafplätze in Altersheimen schließt 11 Betten für eine vorübergehende Aufnahme mit ein (Abb. 18), d.h. Betten für die Unterbringung von SeniorInnen für kurze Zeitperioden (höchstens 6 Wochen)<sup>7</sup> auf Anfrage der Familien und im Einklang mit den verfügbaren Plätzen innerhalb der jeweiligen Struktur. Von diesem Angebot haben im Jahr 2005 insgesamt 124 SeniorInnen Gebrauch gemacht. Die Auslastung der 11 Schlafplätze für vorübergehende Aufnahmen beläuft sich auf 87,5%: Die Tatsache, dass die Kapazität dieses Dienstes nicht zur Gänze ausgeschöpft wird, beruht auf verschiedene Ursachen, darunter insbesondere die Konzentration von Anfragen in bestimmten Jahresperioden.

<sup>7</sup> In besonderen und begründeten Fällen kann die Dauer bis auf 3 Monate verlängert werden.

Abb. 18 - Plätze für Kurzzeitpflege und Anzahl der Betreuten –Jahr 2005

Wohneinrichtung	Plätze für Kurzaufenthalte	Betreute im Laufe des Jahres	Belegung der Plätze in %
Villa Harmonie	2	24	92,7
Villa Europa	8	89	87,3
Grieserhof	1	11	76,8
Insgesamt	11	124	87,5

Quelle: BSB

Innerhalb des Gesamtsystems der Bozner Aufnahmestrukturen spielen die Einrichtungen des BSB die Hauptrolle (Abb. 19), da sie über insgesamt 453 Schlafplätze verfügen und 69% der gesamten strukturellen Ausstattung stellen. Die Wohneinrichtungen für Senioren des BSB wurden im Jahr 2005 mit Beiträgen über 505.939,00 € für die ordentliche Instandhaltung und über 33.884,00 € für die außerordentliche Instandhaltung finanziert.

Zusätzlich dazu muss der Beitrag des Sanitätsbetriebes unterstrichen werden, der mit 120 Schlafplätzen im Pflegeheim Firmian weitere 18% des Gesamtangebots deckt. Die verbleibenden 85 Schlafplätze (13%) werden von privaten Körperschaften zur Verfügung gestellt.

Abb. 19 - Aufnahmefähigkeit der stationären Aufnahmestrukturen in Bozen aufgeteilt nach Führung (Stand 31.12.2005)

	Anzahl	%
<i>Aufnahmestrukturen des BSB:</i>		
Altersheim Don Bosco	165	
Altersheim Villa Harmonie	80	
Altersheim Serena	76	
Pflegeheim Villa Europa	88	
Abteilung für Langzeitpflege Grieserhof	33	
Schlafplätze für vorübergehende Aufnahmen	11	
<b>Insgesamt</b>	<b>453</b>	<b>69</b>
<i>Private Aufnahmestrukturen:</i>		
Altersheim Rauschertorgasse	40	
Altersheim Pro Senectute	20	
Blindenzentrum St. Raphael	25	
<b>Insgesamt</b>	<b>85</b>	<b>13</b>
<i>Aufnahmestrukturen des Sanitätsbetriebes:</i>		
Pflegezentrum Firmian <sup>8</sup>	120	18
<b>Gesamtanzahl</b>	<b>658</b>	<b>100</b>

Die bislang beschriebene Situation ist jedoch provisorisch, da im Rahmen der Debatte um die Ausarbeitung neuer Fürsorgemaßnahmen auf örtlicher Ebene die Möglichkeit erwogen wurde, durch die Verwirklichung und/oder Erweiterung von Altersheimen weitere 290 Schlafplätze zu schaffen. Sollten die diesbezüglichen Projekte tatsächlich umgesetzt werden, würde das Gesamtangebot in der Stadt Bozen 948 Schlafplätze erreichen.

<sup>8</sup> Wir erinnern daran, dass besagte Struktur sowohl SeniorInnen als auch andere Arten von DienstinutzerInnen beherbergt.

Was die finanzielle Machbarkeit des Projektes betrifft, wird darauf hingewiesen, dass sich - zumindest hinsichtlich der zirka 140 Schlafplätze innerhalb von Aufnahmestrukturen, für welche die Gemeinde bereits ein positives Gutachten abgegeben hat - die Kosten für die Gemeinde (Ergänzung der Tagessätze) voraussichtlich auf 972.000,00 € pro Jahr belaufen werden.

Zu den Aufnahmestrukturen kann auch das innovative Modell der geschützten Wohnungen gezählt werden, die nicht pflegebedürftigen oder nur teilweise pflegebedürftigen Personen gewidmet sind. Bald wird der Bau von 23 solchen geschützten Wohnungen (15 in der Vintlerstraße und 8 in der Reschenstraße) abgeschlossen werden, denen in Zukunft weitere, in der Tabelle 20 aufgelistete Wohnstätten hinzugefügt werden könnten. Sollten tatsächlich alle geplanten Bauten verwirklicht werden, würden insgesamt 113 geschützte Wohnungen zur Verfügung stehen. Summiert man diese zu den bereits beschriebenen stationären Aufnahmestrukturen, könnte das Gesamtangebot in unserer Stadt 1.061 Schlafplätze umfassen.

Was die Struktur in der Vintlerstraße betrifft, werden sich die Jahreskosten für die Gemeinde auf zirka 35.000,00 € für die Einstellung eines Hausverwalters mit Betreuungsaufgaben belaufen.

*Abb. 20 - Projekte für geschützte Wohnungen*

*bereits geplant, stehen vor der*

*Verwirklichung:*

Vintlerstraße 4	15	
Reschen 1 – Firmian	8	
<i>Insgesamt</i>		23

*in Planung:\**

Reinisch-Areal	20	
Ex Mignone – Rosenbach-Areal	18	
Casanova – Kaiserau	22	
Fagenstraße – Areal ehem. Weißes Kreuz	30	
<i>Insgesamt</i>		90
<i>Gesamtanzahl</i>		113

\* *Es handelt sich um Richtwerte, die noch abgeändert werden können.*

\*\* *Im Stadtviertel Europa – Neustift werden 9 geschützte Seniorenwohnungen im ehemaligen Gasthof „S. Maria“ gebaut.*

Das Landesgesetz Nr. 77/1973 sieht weitere Arten stationären Aufenthalts vor, wie z.B. Wohngemeinschaften und Wohnheime; was letztere betrifft, wurde bereits eine Machbarkeitsstudie erstellt.

### *1.1. Herkunft der DienstnutzerInnen*

Bei der Bedarfserhebung betreffend städtische Aufnahmestrukturen muss auch die territoriale Herkunft der DienstnutzerInnen in Betracht gezogen werden (Abb. 21). Während alle SeniorInnen, die in den vom BSB geführten Aufnahmestrukturen beherbergt werden, aus dem Bozner Stadtgebiet kommen, werden in den verbleibenden Strukturen auch ältere Menschen aus anderen Gemeinden untergebracht.<sup>9</sup> Es sind in Bozner Altersheimen 205 Bozner untergebracht und 155 BoznerInnen sind in Aufnahmestrukturen beherbergt, die sich in anderen Gemeinden Südtirols befinden, und 57 wohnen in Altersheimen außerhalb unserer Provinz. Insgesamt werden also 212 Bozner SeniorInnen außerhalb von Bozen stationär begastet.

<sup>9</sup> Die Aufnahmestrukturen, die sich zwar im Gemeindegebiet befinden, aber nicht direkt vom BSB geführt werden, werden im Sozialbericht 2005 als "betriebsextern" bezeichnet (S. 112).

Abb. 21 – BoznerInnen, die in Altersheimen untergebracht sind, die nicht vom BSB geführt werden (31.12.2005)

AH in Bozen	205
AH in Südtirol	155
AH außerhalb der Provinz	57
Insgesamt	417

### 1.2. Selbständigkeitsgrad der SeniorInnen, die in den Wohneinrichtungen des BSB leben

Zu den Zwecken der Planung von Diensten sind auch die Daten bezüglich der verbleibenden Eigenständigkeit der GästInnen der Aufnahmestrukturen des BSB nützlich (Abb. 22). Von den im Jahr 2005 insgesamt 435 beherbergten Personen sind 2% selbständig, 11% mittelgradig und leicht pflegebedürftig. 76% sind hingegen schwer pflegebedürftig.

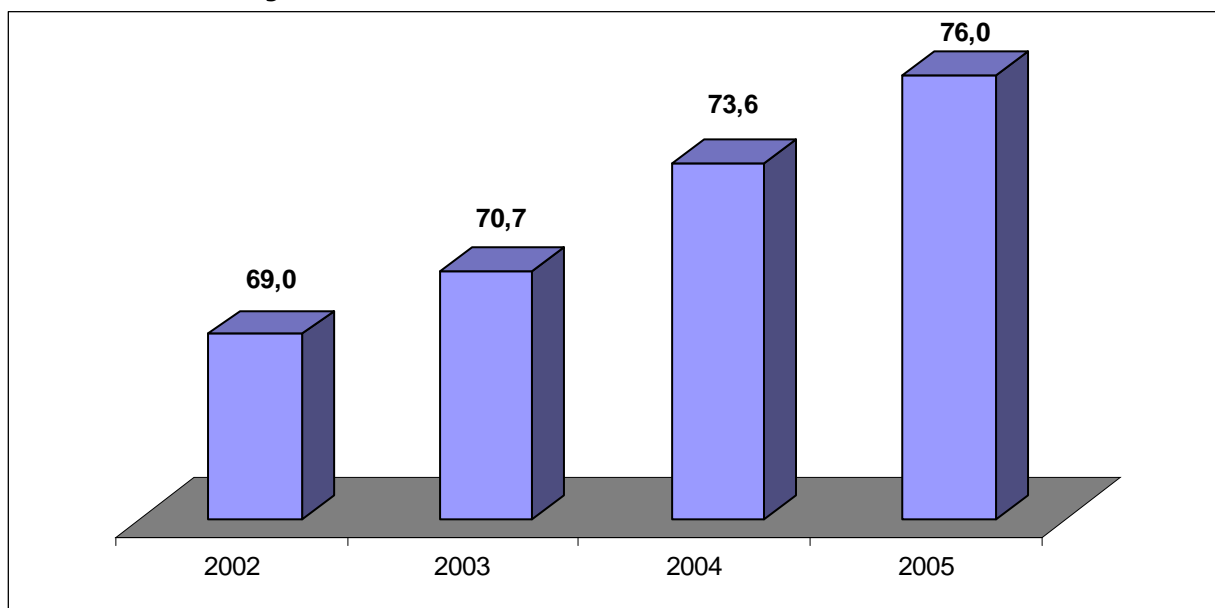
Abb. 22 - Personen, die in den BSB-geführten Strukturen untergebracht sind, aufgeteilt nach Selbständigkeitsgrad (Stand: 31.12.2005)

	2005	
	Anzahl	%
selbständig	9	2
leicht pflegebedürftig	48	11
mittelgradig pflegebedürftig	48	11
schwer pflegebedürftig	330	76
insgesamt	435	100

Quelle: BSB

Interessante Aufschlüsse erhält man, wenn man die Daten des quadrienniums 2002-2005 (Abb. 23) analysiert. Der Prozentsatz an GästInnen mit einer starken bis gänzlichen Einschränkung der Selbständigkeit ist von 69% im Jahr 2002 auf 76% im Jahr 2005 gestiegen. Es handelt sich um einen linearen Trend, der darauf hinweist, dass die Zielgruppe der Altersheime immer stärker aus Personen bestehen wird, die einer kontinuierlichen Betreuung bedürfen, welche nicht durch Hauspflege gewährleistet werden kann.

Abb. 23 - Prozentsatz nicht mehr selbständiger SeniorInnen innerhalb der Gesamtgruppe der GästInnen der BSB-geführten Altersheime



Quelle: BSB



### 1.3. Die Wartelisten

Trotz des beschriebenen Dienstangebots gibt es eine beträchtliche Anzahl von Nachfragen, die unerfüllt bleiben. Ende 2005 warteten insgesamt 267 Personen auf einen Platz in einem Altersheim (Abb. 24). Diese Zahl bedarf jedoch einer vertiefenden Erklärung.

Abb. 24 - Personen auf der Warteliste der Bozner Aufnahmestrukturen (Stand: 31.12.2005)

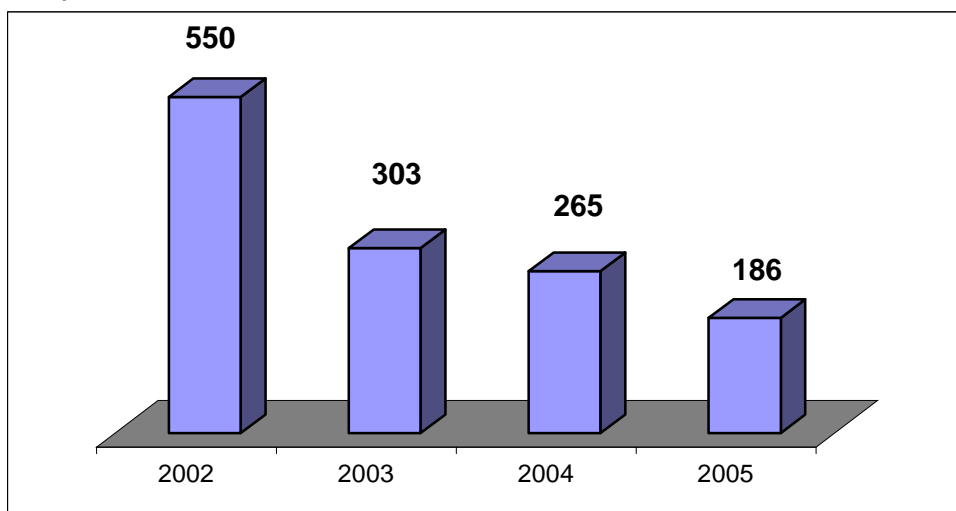
	Frauen	Männer	Insgesamt
BSB-Altersheime	110	29	139
BSB-Pflegeheime	37	10	47
Private Altersheime	48	8	56
Pflegezentrum des Sanitätsbetriebes	18	7	25
Insgesamt	213	54	267

Fangen wir bei jenen an, die bei den Aufnahmestrukturen des BSB ein Gesuch eingereicht haben.

Ab 2003 sind neue Richtlinien eingeführt worden, um die Wartelisten stärker den tatsächlichen Bedürfnissen der SeniorInnen anzupassen: Es wurden die Punktevergabekriterien zur Erstellung der Rangordnungen überarbeitet und die Antragstellenden sind verpflichtet, die Unterbringungsvorschläge der öffentlichen Körperschaft anzunehmen, sonst werden sie aus der Liste gestrichen.

Wie aus Abb. 25 ersichtlich, führte die neue Regelung zu einer bedeutsamen Verkürzung der Wartelisten: von 550 im Jahr 2002 sank die Anzahl der auf eine Unterbringung Wartenden auf 303 im Jahr 2003 (-45%) bis hin zu 265 im Jahr 2004 (-13%). Die jüngste Datenerhebung, die Dezember 2005 durchgeführt wurde, bestätigt den Rückwärtstrend: Nur mehr 186 Personen stehen noch auf den Wartelisten (-28,6%). Man kann davon ausgehen, dass in den Wartelisten immer noch Personen aufscheinen, die kein echtes, dringendes Bedürfnis haben, in stationären Strukturen aufgenommen zu werden, und dass die Anzahl der nicht erfüllten Anträge weiter abnehmen wird. Da zudem ein und dieselbe Person gleichzeitig zum Antrag bei den BSB-Strukturen auch bei den Privatstrukturen um Aufnahme ersuchen kann, wäre es sicher von Nutzen, die verschiedenen Wartelisten zu vergleichen und aufeinander abzustimmen, um einen allgemeinen und zuverlässigen Indikator über die im gesamten Stadtgebiet eingereichten Anträge zu verfügen.

Abb. 25 - Personen auf der Warteliste der vom BSB geführten Aufnahmestrukturen (2002 - 2005)



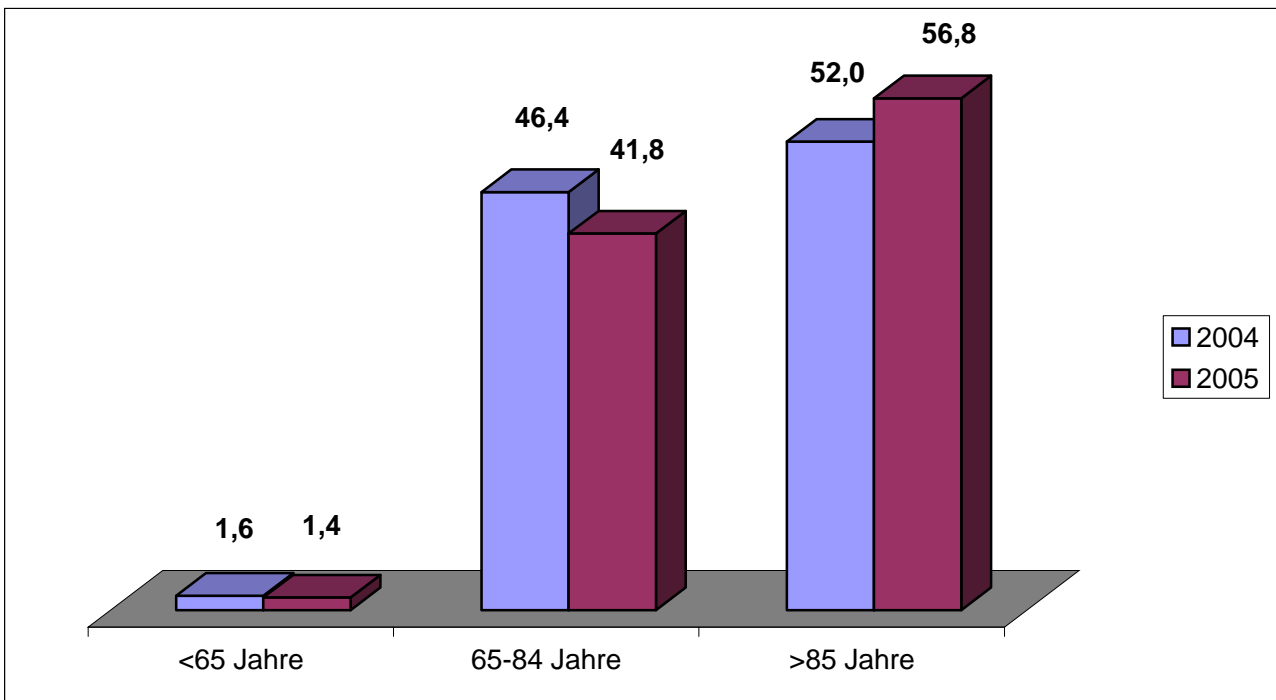
Quelle: BSB

#### 1.4. Soziodemographische Merkmale der in BSB-Strukturen beherbergten SeniorInnen

Als Abschluss der Beschreibung der stationären Aufnahmeleistungen wird nun kurz auf die soziodemographischen Charakteristika der SeniorInnen eingegangen, die in den stationären Strukturen des BSB untergebracht sind.

Von den im Jahr 2004 insgesamt 440 GästInnen der BSB-Altersheime ist mehr als die Hälfte (52%) über 85 Jahre alt (Abb. 26). Ein Jahr später beläuft sich die Anzahl der über 85-Jährigen auf 56,8% und es ist ein ständiger Anstieg der hochbetagten Menschen zu verzeichnen.

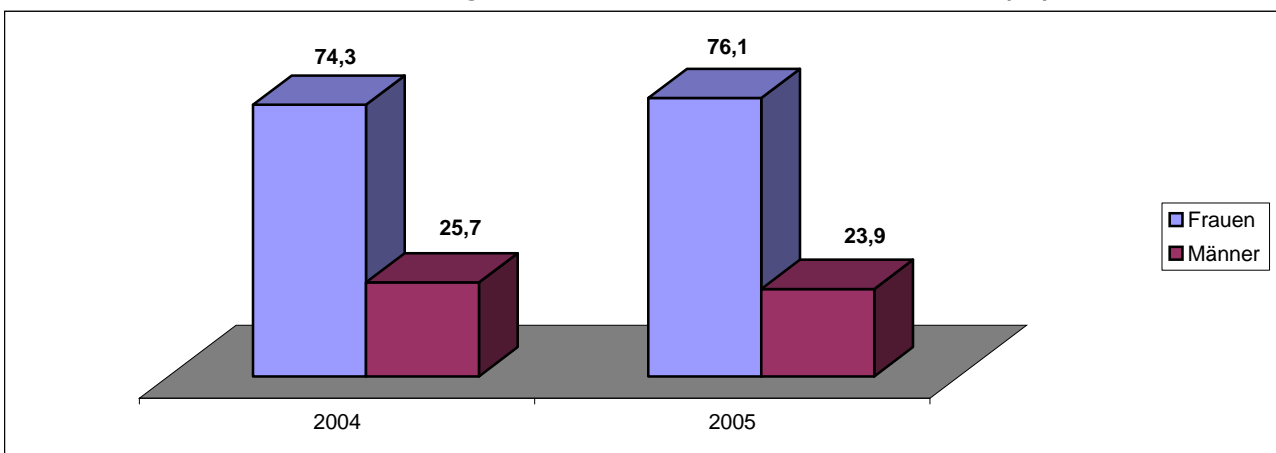
Abb. 26 - GästInnen der vom BSB geführten Altersheime nach Altersgruppen – 2004 - 2005



Quelle: BSB

Parallel zum Anstieg der hochbetagten Menschen nimmt auch der Frauenanteil ständig zu. Dieser stieg im vergangenen Zweijahreszeitraum 2004 – 2005 von 74,3% auf 76,1%. (Abb. 27).

Abb. 27 – GästInnen der vom BSB geführten Altersheime nach Geschlecht (%) – 2004 - 2005



Quelle: BSB

Eine weitere Angabe, die dazu dient, die grundlegenden soziodemographischen Merkmale der DienstnutzerInnen zu definieren, betrifft die gesprochene Sprache (Abb.

28): 85% der GästInnen sind italienischer Sprache. Dieser Wert widerspiegelt die soziodemographische Struktur der Stadt Bozen an, wo 73% der Bevölkerung italienischsprachig sind<sup>10</sup>, hat aber zum Teil auch mit der unterschiedlichen Kultur und soziefamiliären Organisation der beiden Sprachgruppen zu tun: Der Zugriff auf Altersheimen ist bei der italienischen Sprachgruppe verbreiteter als bei der deutschen.

*Abb. 28 - GästInnen der Altersheime nach gesprochener Sprache - 2005*

	Italienisch		Deutsch		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Villa Harmonie	64	81	15	20	79	100
Don Bosco	136	85	24	15	160	100
Villa Serena	61	80	15	21	76	100
Villa Europa	26	81	6	22	32	100
Grieserhof	83	94	5	3	88	100
<b>Insgesamt</b>	<b>370</b>	<b>85</b>	<b>65</b>	<b>15</b>	<b>435</b>	<b>100</b>

Quelle: BSB

Die Sozialbilanz der BSB führt auch die Sterblichkeitsrate<sup>11</sup> an, welche in den letzten drei Jahren konstant rückläufig ist: Im Jahr 2003 lag sie bei 27,8%, das darauffolgende Jahr bei 24,8% und im Jahr 2005 bei 19,2%. Dies bedeutet eine wesentliche Verbesserung, auch angesichts der immer größeren Anzahl an schwer pflegebedürftigen Heimgästen<sup>12</sup>, der Gesamtqualität in den Altersheimen.

<sup>10</sup> Die Angaben beziehen sich auf die Volkszählung 2001.

<sup>11</sup> Seite 111

<sup>12</sup> Abb. 23

## 2. TERRITORIALE BETREUUNG UND HAUSPFLEGEDIENSTE

### 2.1. Tagespflegeheime für teilweise oder vollkommen pflegebedürftige SeniorInnen

In den letzten vier Jahren hat sich die Palette der BSB-Dienste um ein weiteres Angebot bereichert: Es wurden die ersten Tagespflegeheime für nicht mehr selbständige SeniorInnen und ihre Familien eingerichtet. Nach der Eröffnung des Tagespflegeheimes der "Villa Europa" im Jahr 2001 wurden 2003 weitere zwei Tagesstrukturen eingeweiht: Eine befand sich im Altersheim Villa Harmonie und war eigens Alzheimerkranken gewidmet, die zweite beim Premstallerhof.

Gemäß Zielsetzungen des BSB bieten Tagespflegestätten SeniorInnen Aufnahme an, die aus psychischen oder physischen Gründen nicht imstande sind, den Tag allein bei sich zu Hause zu verbringen. Diese Pflegestätten stellen innerhalb des Dienstnetzes für SeniorInnen eine Alternative dar, die sich zwischen der Hauspflege und der stationären Aufnahme ansiedelt und es ermöglicht, sowohl die endgültige Einlieferung in ein Altersheim möglichst hinauszuschieben als auch vorbeugend einzugreifen. Sie bieten außerdem den Familien die Möglichkeit, eine "Pause" bei der Betreuung ihrer älteren Verwandten einzulegen und sie halb- oder ganztags in einer optimalen, vertrauenswürdigen Struktur unterzubringen.

Die Tagespflegeheime (Abb. 29) sind von 8 Uhr morgens bis 6 Uhr abends geöffnet und die SeniorInnen können dort basteln, malen, Zeitungen lesen und sich kulturell betätigen. Eine Krankenpflegerin ist auch immer anwesend und gewährleistet pflegetechnische Hilfe.

Im Jahr 2005 wurden zwei Heime aus zwei Gründen zusammengelegt: zur Optimierung des Auslastungsgrades und zur Spezialisierung des Premstallerhofes auf Alzheimer-Patienten. Die Belegung der Plätze dieser Strukturen im Jahr 2005 weist darauf hin, dass noch eine bessere Auslastung erzielt bzw. angestrebt werden kann.

Abb. 29 Tagespflegeheime – Betreute und belegte Plätze im Jahr 2005

Tagespflegeheime	Plätze	Betreute im Laufe des Jahres		Betreute insgesamt	Belegung der Plätze in %	
		Männer	Frauen		Effektive Anwesenheit	Vorgemerkte Plätze
Villa Europa	16	14	20	34	41,7%	47,9%
Premstallerhof	20	19	18	37	40,3%	53,8%
<i>Insgesamt</i>	<i>36</i>	<i>33</i>	<i>38</i>	<i>71</i>		

Quelle: BSB

### 2.2. Die territorialen Betreuungsdienste

Die territorialen Betreuungsdienste gliedern sich in drei Hauptbereiche:

- Hausdienste (in der Wohnung der DienstnutzerInnen);
- Dienste bei den Tagespflegestätten;
- Hauszulieferung von Mahlzeiten („Essen auf Rädern“).

Angesichts der Gesamtkosten, die für die Verwirklichung der gesamten Dienstleistungen erforderlich waren, hat die Stadtgemeinde Bozen im Jahr 2005 insgesamt 727.451,00 € beigesteuert.

Es muss hervorgehoben werden, dass die Anzahl der Betreuten von 3.170 im Jahr 2004 auf 3.300 im Jahr 2005 angestiegen ist und dies ein Zeichen ist, dass die Dienste in der Lage sind das Bedürfnis an Fürsorgediensten der Bevölkerung zu befriedigen. Was die NutzerInnen der oben genannten Dienste anbelangt, handelt es sich in 70% der Fälle um alleinstehende Personen. Im Jahr zuvor belief sich dieser Prozentsatz noch auf 81%. Dieser Rückgang lässt auf heterogenere NutzerInnen schließen (Abb. 30).

Abb. 30 – NutzerInnen der territorialen Dienste nach Familienlage - 2005

Don Bosco	Veränderung	Zentrum-Bozner	Veränderung	Oberau Haslach	Veränderung	Europa Neustift	Veränderung	Gries Qui-	Veränderung	Insgesamt

	zu 2004	Boden Rentsch	zu 2004	zu 2004	zu 2004	zu 2004	rein	zu 2004		zu 2004	
alleiner- ziehende Person	0,4	0,2	0,3	0,1	0,8	0,6	0,6	0,4	0,3	0,0	0,4
lebt allein	68,6	-10,5	82,3	-3,9	60,7	-25,0	74,2	-5,6	65,8	-6,7	70,3
lebt mit Partner, ohne Kinder	20,9	7,4	11,0	2,1	25,2	15,7	16,5	4,1	20,5	4,8	18,9
lebt mit Partner, mit Kindern	2,4	1,3	1,4	0,4	3,6	2,4	1,7	-0,8	4,6	1,1	2,8
lebt mit anderen verwandten und/oder nicht verwandten Personen zusammen	5,9	1,4	3,9	1,6	8,5	6,0	6,2	2,6	7,1	1,2	6,2
lebt mit den Eltern zusammen	0,8	0,0	0,0	-0,2	0,8	0,4	0,2	0,2	0,3	-0,1	0,4
lebt in einer Sozial- oder Sanitär- struktur	1,0	0,2	1,1	-0,2	0,6	0,0	0,6	-0,9	1,4	-0,3	1,0
Insgesamt %	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0
Insgesamt absoluter Wert	829	81,0	643	29,0	532	7,0	532	0,0	764	13,0	3.300

Quelle: BSB

96,8% der DienstnutzerInnen sind über 60 Jahre alt (Abb. 31). Der Anteil an DienstnutzerInnen nimmt mit dem Alter zu und erreicht innerhalb der Gruppe der SeniorInnen zwischen 80 und 84 Jahren 22,1%.

*Abb. 31 – NutzerInnen der territorialen Betreuungsdienste nach Altersgruppen – 2005.*

Altersgruppen	Anzahl	%
18-39	22	0,7
40-59	81	2,5
60-64	205	6,2
65-69	392	11,9
70-74	525	15,9
75-79	686	20,8
80-84	729	22,1
85 und älter	660	20,0
Insgesamt	3.300	100,0

Quelle: BSB

Wenn wir unsere Analyse auf die Personen mit über 64 Jahren beschränken, die mindestens einen der drei territorialen Betreuungsdienste nutzen, ergibt sich eine Gesamtanzahl von 2.992 DienstnutzerInnen, d.h. 14% der gesamten Bevölkerung mit mehr als 64 Jahren (Abb. 32).

Um die territoriale Nutzungsrate der Betreuungsdienste zu überprüfen, wurden die Daten nach Stadtviertel entschlüsselt und mit der altersgleichen ansässigen Bevölkerung verglichen. Es sticht hervor, dass es Stadtviertel gibt, wo die Dienste stärker genutzt werden, wie Oberau-Haslach oder Zentrum-Bozner Boden-Rentsch mit 20,3 und 18,5 DienstnutzerInnen pro 100 EinwohnerInnen, und andere, wo die Dienste weniger genutzt werden, wie Europa-Neustift und Gries-Quirein mit jeweils 11,3% und 10,7%. Um daraus schlüssige Aussagen ziehen zu können, müsste diese Sachlage vertiefend analysiert werden und die spezifische Art der benutzten Dienste

sowie den wirtschaftlichen und sozialen Stand der einzelnen Stadtviertel mit in Betracht ziehen. Aus den oben genannten groben Daten geht auf jeden Fall eine territorial ungleichmäßige Fähigkeit der Dienste hervor, den Betreuungsbedürfnissen der älteren Stadtbevölkerung nachzukommen.

*Abb. 32 – Vergleich zwischen NutzerInnen mit mehr als 64 Jahren, die von mindestens einem der drei territorialen Diensten Gebrauch machen, und ansässiger Bevölkerung aufgeteilt nach Stadtviertel - 2005*

<i>Stadtviertel</i>	<i>DienstnutzerInnen mit mehr als 64 Jahren</i>	<i>ansässige Bevölkerung mit mehr als 64 Jahren</i>	<i>DienstnutzerInnen je 100 EinwohnerInnen</i>
Zentrum – Bozner Boden - Rentsch	598	3.235	18,5
Oberau – Haslach	492	2.430	20,3
Europa – Neustift	480	4.247	11,3
Don Bosco	720	4.829	14,9
Gries – Quirein	702	6.553	10,7
<b>Insgesamt</b>	<b>2.992</b>	<b>21.294</b>	<b>14,0</b>

Eigene Verarbeitung der BSB-Daten

### 2.2.1. Die Hauspflegedienste

Zweck der Hauspflegedienste ist die Unterstützung von Personen, die vorübergehend oder endgültig nicht imstande sind, selbständig zu leben. Die NutzerInnen - meistens handelt es sich um ältere Menschen - bekommen die angebotene Hilfe direkt bei sich zu Hause. Dies erhöht ihre Lebensqualität und ermöglicht es ihnen, weiterhin daheim zu leben und die Einlieferung in stationäre Strukturen zu vermeiden oder so weit wie möglich hinauszuschieben. Das Angebot der Hauspflegedienste reicht von der Haushaltshilfe über die Familienbetreuung und die Körperhygiene bis hin zum Transport und zur Begleitung.

Nach den Daten, die in der Tabelle 33 angeführt sind, haben im Jahr 2005 insgesamt 619 BürgerInnen von den Hauspflegediensten Gebrauch gemacht. Es handelt sich dabei zwar nicht ausschließlich um SeniorInnen, aber die Daten über die Nutzung der gesamten territorialen Betreuungsdienste, die auch die Zulieferung von Mahlzeiten und die Betreuung bei Tagespflegestätten einschließt, die besagen, dass 90,6% der gesamten DienstnutzerInnen über 64 Jahre alt sind, lassen den Schluss zu, dass es sich bei der genannten Zahl vorwiegend um SeniorInnen handelt.

Um die Wirksamkeit der Hauspflegedienste im Vergleich zu den territorialen Bedürfnissen zu untersuchen, haben wir auch diesbezüglich die Daten nach Stadtviertel aufgeschlüsselt und sie mit der jeweils ansässigen altersgleichen Bevölkerung verglichen.

Obwohl der Vergleich zwischen der Gesamtheit der DienstnutzerInnen (vermutlich vorwiegend SeniorInnen) und der ansässigen über-64-jährigen Bevölkerung nicht ganz zulässig ist, geht daraus eine nicht ganz homogene territoriale Verteilung hervor. Angesichts eines stadtweiten Durchschnitts von 29,1 über-64-jährigen DienstnutzerInnen pro 1.000 EinwohnerInnen kann man zwischen Stadtvierteln mit einer niedrigen Rate (Gries – Quirein mit 23,4 und Europa - Neustift mit 26,4 DienstnutzerInnen je 1.000 EinwohnerInnen) und jenen mit einer hohen Rate (Zentrum-Bozner Boden-Rentsch mit 34,3, Oberau - Haslach mit 33,7 und Don Bosco mit 33,3 DienstnutzerInnen je 1.000 EinwohnerInnen) unterscheiden.

Der obengenannte Anstieg der NutzerInnen muss aber nach seinen internen Unterschieden genauer analysiert werden und dabei die sozioökonomischen Eigenheiten der jeweiligen Stadtviertel beachtet werden.

Abb. 33 - Vergleich zwischen NutzerInnen von Hauspflegediensten und +64-jähriger Bevölkerung allgemein

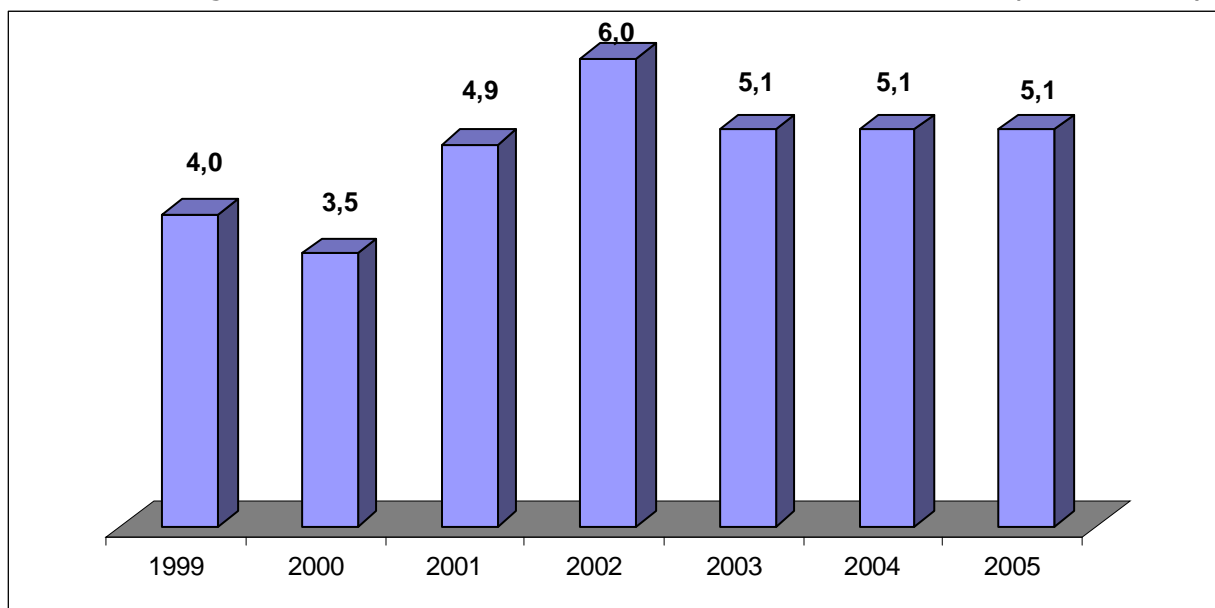
	DienstnutzerInnen	über-65-jährige Bevölkerung	DienstnutzerInnen je 1.000 EinwohnerInnen
Zentrum – Bozner Boden - Rentsch	111	3.235	34,3
Oberau Haslach	82	2.430	33,7
Europa Neustift	112	4.247	26,4
Don Bosco	161	4.829	33,3
Gries Quirein	153	6.553	23,4
Insgesamt	619	21.294	29,1

Eigene Verarbeitung von BSB-Daten

Weitere aussagekräftige Informationen erhält man aus dem so genannten Penetrations-/Betreuungskoeffizient der BSB-Dienste, der in der Sozialbilanz 2005 angeführt ist (Abb. 34). Besagter Koeffizient bezieht sich auf die Gesamtheit der +64-Jährigen, die von den Hauspflegediensten und den Tagespflegestätten Gebrauch gemacht haben oder in Altersheimen und Langzeitpflegezentren untergebracht sind, im Vergleich zur gesamten altersgleichen Bozner Bevölkerung. Wie ersichtlich, handelt es sich um eine Angabe, die nicht nur die territorialen Betreuungsdienste betrifft, sondern auch die stationären Aufnahmestrukturen einschließt. Da erstere aber zahlenmäßig stärker vertreten sind, gehen wir trotzdem darauf ein.

Im Zeitraum 1999 – 2005 sticht ein ungleichmäßiger Trend hervor. Bis 2002 nimmt die Inanspruchnahme der Dienste insgesamt zu und erreicht einen Spitzenwert von 6% der gesamten älteren Bevölkerung, während in den darauf folgenden drei Jahren (2003 – 2005) die Anzahl wieder zurückgeht und bei 5,1 % stagniert.

Abb. 34 - Demografischer Penetrationsindex der HP-, TP-, AH/PH\*-Dienste (1999 – 2005)



Quelle: BSB

\*HP (Hauspflegedienste); AH (Altersheim); PH (Pflegeheim); TP (Tagespflegestätten)

Die Sozialbilanz des BSB beinhaltet einen weiteren Index, der für unsere analytischen Zwecke von Nutzen ist: Es handelt sich um den Territorialisierungsindex der Dienste für SeniorInnen, der sich auf die BenutzerInnenrate der Hauspflegedienste im Vergleich zur Gesamtanzahl der NutzerInnen der Hauspflege-, Altersheim- und Tagespflegedienste bezieht (Abb. 35).

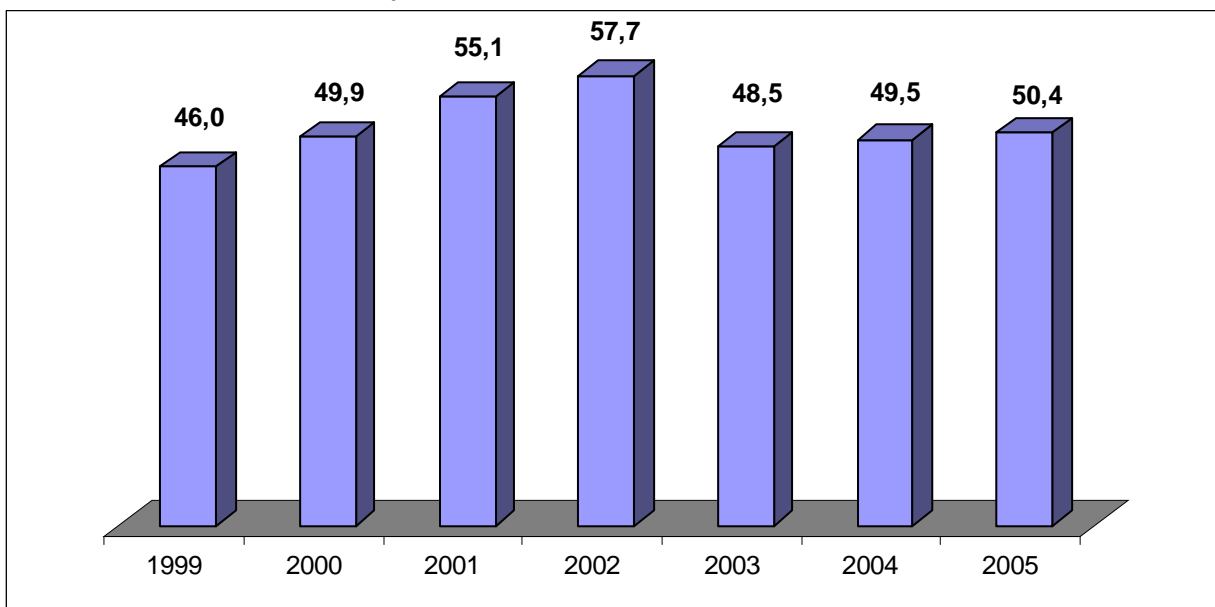
Das letzte Triennium macht deutlich, dass die Dienste in der Lage sind den ansteigenden Bedarf nach Hauspflegediensten zu bewältigen. Die Prozentsatz

welcher im Jahr 2005 (49,5%) verzeichnet wird erreicht nicht mehr den Spitzenwert des Jahres 2002 (55,1%).

Die Sozialbilanz des BSB erklärt diese Abnahme des Zugriffs auf die Hauspflegedienste mit einem immer stärkeren Einsatz von privaten Altenpflegerinnen (die so genannten „Badantinnen“) innerhalb der Familien. Dies bedeutet, dass das Bedürfnis an Hauspflege eigentlich gar nicht zurückgeht - und angesichts der strukturellen Veralterung unserer Gesellschaft könnte es auch nicht anders sein - sondern einfach durch eine neue Betreuungsmodalität erfüllt werden kann, die die Rolle des öffentlichen Angebots verringert, zumindest was die Anzahl der betreuten NutzerInnen und/oder der ihnen gewidmeten Arbeitsstunden betrifft.

Daraus ergeben sich neue und dringende Sozial- und Fürsorgenotwendigkeiten: Auf der einen Seite müssen die SeniorInnen und Ihre Familien in Ihrem Verhältnis zu den privaten BetreuungsanbieterInnen Unterstützung finden und hohe Qualitätsstandards auch bei der privaten Betreuung gewährleistet werden, auf der anderen müssen die privaten BetreuerInnen eine angemessene Entlohnung erhalten und über Ruhepausen verfügen, die auch die psychische und physische Belastung berücksichtigen, die die Betreuungsarbeit kennzeichnet.

Abb. 35 - Territorialisierungsindex (HPD-NutzerInnen im Vergleich zur Gesamtheit der HPD-, AH/PH- und TPS-NutzerInnen)



Quelle: BSB

### 2.2.2. Die in den Tagesstätten angebotenen Dienste

Die Anzahl der NutzerInnen von Tagesstätten für SeniorInnen nimmt ständig zu (Abb. 36): Im Jahr 2003 waren es noch 2.114, während 2004 die Anzahl auf 2.448 (+15,8%) und im Jahr 2005 auf 2.553 (+4,3%) gestiegen ist.

Aus der Analyse nach Stadtvierteln geht eine gewisse Ungleichmäßigkeit der Dienstenutzung hervor: In der gesamten Stadt Bozen machen durchschnittlich 12 von 100 ansässigen SeniorInnen davon Gebrauch; im Stadtviertel Don Bosco sind es nur 7,7 NutzerInnen und in Oberau – Haslach 22 NutzerInnen.

Abb. 36 - NutzerInnen der Tagespflegestätten im Vergleich zur gesamten ansässigen +65-jährigen Bevölkerung

Stadtviertel	NutzerInnen der Tagesstätten	über-65-jährige Bevölkerung	NutzerInnen der Tagesstätten pro 100 ansässige +65-Jährige



Zentrum – Bozner Boden – Rentsch	642	3.235	19,9
Oberau – Haslach	534	2.430	22,0
Europa – Neustift	451	4.247	10,6
Don Bosco	372	4.829	7,7
Gries – Quirein	554	6.553	8,5
<b>Totale</b>	<b>2.553</b>	<b>21.294</b>	<b>11,9</b>

Eigene Verarbeitung von BSB-Daten

Parallel zum Anstieg der Betreuten haben auch die von den Tagespflegestätten erbrachten Leistungen zugenommen (Abb. 37), und zwar von 9.278 im Jahr 2003 auf 10.345 im Jahr 2004 (+11,5%) und auf 11.733 im Jahr 2005 (+13,4%). Geht man im Detail auf die einzelnen Leistungen ein, sticht gleich hervor, dass es sich in den meisten Fällen um Fußpflegetätigkeiten handelt (88,7%). Diese Feststellung müsste in Zukunft bei der Gliederung des Angebots berücksichtigt werden. Weiters ist auch hervorzuheben, dass auch die Leistungen hinsichtlich Bad/Dusche mit Betreuung von 2,4% im Jahr 2004 auf 4,8% im Jahr 2005 angestiegen sind.

*Abb. 37 – Von den Tagesstätten erbrachte Leistungen*

	Anzahl	%
Fußpflege	10.411	88,7
Wäscherei	651	5,6
Bad/Dusche mit Betreuung	566	4,8
Haarwäsche	105	0,9
<b>Insgesamt</b>	<b>11.733</b>	<b>100,0</b>

Quelle: BSB

### 2.2.3. Zulieferung von Mahlzeiten

Zu den Hauspflegediensten gehört auch die Zulieferung von Mahlzeiten („Essen auf Rädern“), deren Benutzeranzahl zwischen 2004 und 2005 insgesamt um 2,3% gestiegen ist (Abb. 38).

*Abb. 38 - Zulieferung von Mahlzeiten*

	2004	2005	+/- %
DienstnutzerInnen im Laufe des Jahres	473	484	+ 2,3
<b>zugelieferte Mahlzeiten</b>	<b>74.345</b>	<b>77.318</b>	<b>+ 3,8</b>

Quelle: BSB

### 2.3. Der Mensadienst

Im Bereich der Unterstützungsmaßnahmen für die tägliche Organisation der Mahlzeiten muss außerdem der Mensadienst zitiert werden (Abb. 39), der den SeniorInnen, die noch imstande sind, sich selbständig fortzubewegen, die Möglichkeit bietet, nahrungstechnisch ausgewogene Mahlzeiten in "angenehmer Gesellschaft" einzunehmen. Die Gesamtanzahl der NutzerInnen der drei vom BSB geführten Mensen ist zwischen 2004 und 2005 von 560 auf 546 gesunken, während die verabreichten Mahlzeiten konstant geblieben sind.

Abb. 39 – BesucherInnen und verabreichte Mahlzeiten der vom BSB geführten Mensen

	NutzerInnen		Mahlzeiten	
	2003	2004	2003	2004
Oberau	41	41	7.472	6.979
Zentrum-Clab	489	445	54.264	53.622
Don Bosco	30	60	9.300	10.436
insgesamt	560	546	71.036	71.037

Quelle: BSB

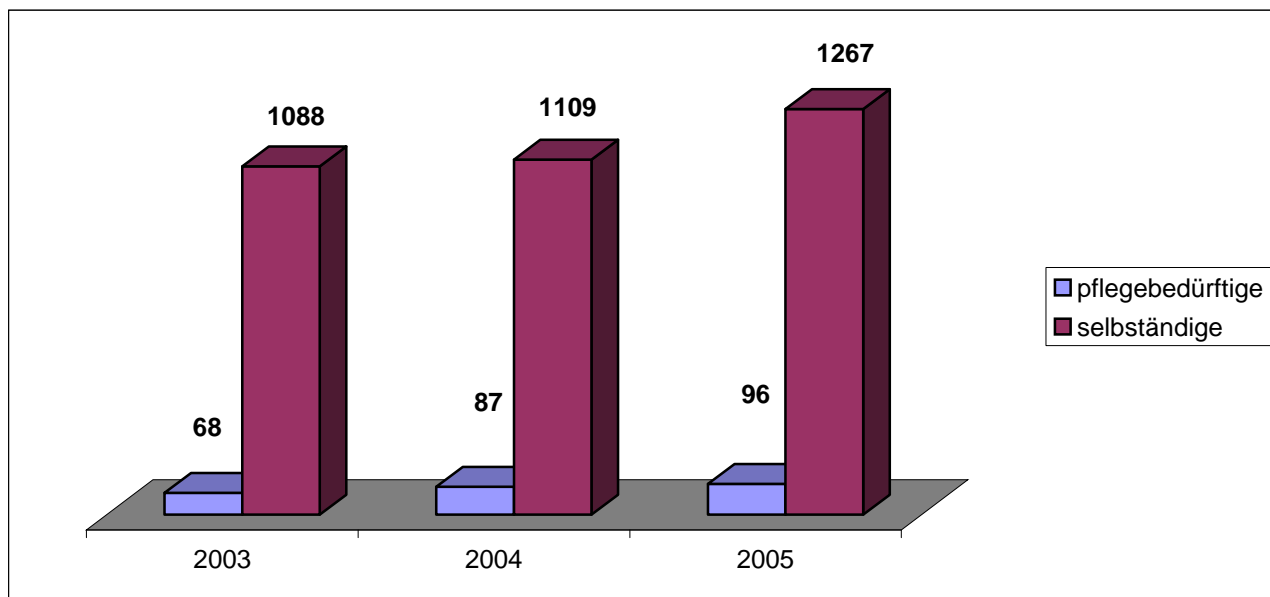
N.B. – Die Zahl der von der Mensa CLAB Betreuten bezieht sich auf die Anzahl der Senioren, welche den Mensausweis für das Jahr 2005 erneuert haben und somit mindestens eine Mahlzeit eingenommen haben.

### 2.4. Die Meeresaufenthalte

Als Abschluss der Darstellung der Fürsorgedienste für SeniorInnen sei noch auf die Meeresaufenthalte hingewiesen (Abb. 40). Das Angebot gliedert sich in zwei Sparten. Die erste Sparte betrifft SeniorInnen, die teilweise oder zur Gänze unselbständig sind. Ihnen werden Aufenthalte in Ortschaften am Meer angeboten, die eine gemütliche Atmosphäre und bedürfnisgerechte Unterkünfte ohne architektonische Hindernisse zur Verfügung stellen. Die SeniorInnen werden während der Hin- und Rückreise sowie während des Aufenthaltes von Kranken- und AltenpflegerInnen des BSB betreut und es wird Ihnen ein reiches Animationsprogramm angeboten. Zwischen 2003 und 2005 ist die Anzahl der TeilnehmerInnen von 68 auf 96 Personen gestiegen<sup>13</sup> (+41,2%). Die zweite Art von Meeresaufenthalten hat hingegen selbständige SeniorInnen zur Zielgruppe und wird von der Stadtgemeinde Bozen organisiert. Die Anzahl der DienstnutzerInnen ist in diesem Fall viel größer: im Jahr 2003 haben insgesamt 1.008 SeniorInnen daran teilgenommen, im Jahr 2004 waren es 1.109 und im Jahr 2005 waren es 1.267 Teilnehmer.

<sup>13</sup> Diese Anzahl beinhaltet auch 7 Senioren mit einer geistigen Erkrankung; BSB – Sozialbilanz 2005 Seite 116

Abb. 40 – Selbständige und nicht mehr selbständige SeniorInnen, die das Sommerangebot der Meeraufenthalte genutzt haben (Jahr 2003– 2005)



### 2.3. Unterstützung für pflegebedürftige Personen – Landesgesetzesentwurf „Maßnahmen zur Sicherung der Pflege“

Der *Landesgesetzesentwurf* „Maßnahmen zur Sicherung der Pflege“<sup>14</sup>) hat das Ziel die Voraussetzungen zu schaffen, damit es auch in Zukunft den Familien möglich ist den ständig steigenden Pflegebedarf zu bewältigen. Das Recht auf Pflege soll verankert und langfristig abgesichert werden.

Gegenwärtig werden die innerfamiliäre Pflege und die Finanzierung von Pflegediensten durch die Ausschüttung der so genannten Begleitzulage und des Hauspflegegeldes unterstützt.

Was die stationären Wohneinrichtungen betrifft, werden die Führungskosten der Altersheime und Pflegeheime zu 50% vom Sanitätsfonds des Landes und von den Betroffenen selbst und den Gemeinden (10%) gemeinsam bestritten. Die Führungskosten der Hauspflegedienste und der Dienste für Personen mit Behinderung werden hingegen zu 70-80% vom Sozialfonds gedeckt, während die Betroffenen selbst und die Gemeinden (letzte im Ausmaß von 15%) den Rest beisteuern.

Die Einstufung der daheim lebenden Pflegebedürftigen erfolgt heute nach einem Punktesystem in zwei Stufen und für 3.650 Personen wurden im Jahr 2005 Monatsbeiträge von ca. 450 bzw. ca. 600 Euro ausbezahlt.

Der neue Gesetzesentwurf sieht bezüglich des Fonds für pflegebedürftige Personen nicht mehr nur zwei, sondern vier verschiedene Pflegestufen vor. Die Eingliederung in eine der Stufen erfolgt mittels eigenen Untersuchungen von Einstufungsteams der Sozial- und Sanitätssprengel. Die Einstufungsteams werden Hausbesuche durchführen, um die Situation zu ermitteln und auch personalisierte Vorschläge betreffend die von Fall zu Fall besser geeigneten Betreuungs- und Pflegemodalitäten ausarbeiten.

Gemäß einer Erhebung, die im Bozner Unterland durchgeführt wurde (Erhebung des individuellen Pflegebedarfs – Analyse der Testphase mit VITA 1.0 im Südtiroler Unterland – Oktober 2005) werden landesweit insgesamt über 10.500 Personen (einschließlich Personen mit Behinderung) Leistungen aus dem Pflegefonds erhalten (Abb. 41).

Abb. 41 - Schätzung der Personen aus der Provinz Bozen, die Anrecht auf einen Beitrag aus dem Fonds für Pflegebedürftige haben werden

<sup>14</sup> Für weitere Details wird auf die Homepage der Autonomen Provinz Bozen verwiesen. Verfügbar auch Online unter <http://www.provincia.bz.it/politiche-sociali/pflegeversicherung.htm>

Stufe	Pflege zu Hause		Stationäre Pflege	
	%	Anzahl	%	Anzahl
I	21	1.470	20	700
II	39	2.730	30	1.050
III	25	1.750	40	1.400
IV	15	1.050	10	350
<i>Insgesamt</i>	<i>100</i>	<i>7.000</i>	<i>100</i>	<i>3.500</i>

Derzeit ist die Auszahlung der folgenden monatlichen Geldleistungen vorgesehen, die unabhängig von der Einkommenslage sind und gemäß der Eingliederung in eine der vier Bedürfnisstufen berechnet werden (Abb. 42):

Abb. 42 - Betrag der Pflegebeiträge nach Pflegestufe und Art der Pflegeleistung

<i>Pflegestufe</i>	<i>Pflegegeld bei Betreuung zu Hause</i>	<i>Pflegegeld bei Heimaufnahme</i>
0*	kein Pflegegeld	Keine Unterstützung für Heimkosten aus dem Pflegefond
1 (mindestens 2 Stunden Pflege am Tag)	480 € monatlich	480 € monatlich
2 (mindestens 4 Stunden Pflege am Tag)	900 € monatlich	900 € monatlich
3 (mindestens 6 Stunden Pflege am Tag)	1.350 € monatlich	1.350 € monatlich
4 (mindestens 8 Stunden Pflege am Tag)	1.800 € monatlich	1.800 € monatlich

\* bei weniger als 2 Stunden am Tag ist kein wesentlicher Pflegebedarf gegeben

Zur Deckung der Gesamtkosten kann im Falle einer notwendigen Heimaufnahme ein weiterer einkommens- und vermögensabhängiger monatlicher Beitrag bis zu 900 Euro ausbezahlt werden.

Durch die finanziellen Unterstützungen soll eine angemessene Pflege, vor allem innerhalb der Familie, aber auch die Inanspruchnahme öffentlicher oder privater ambulanter, teilstationärer oder stationärer Pflegedienste, gewährleistet werden. Das Angebot aller professionellen Pflegedienste muss im Voraus von der Landesverwaltung überprüft und anerkannt werden.

### **3. Soziale Förderung und Vorbeugung**

Innerhalb des Dienstbereiches, in welchem öffentliche Institutionen mit den Vereinen (Seniorennetz) zusammenarbeiten, um wirksame Angebote zur Verfügung zu stellen, die den Bedürfnissen der SeniorInnen entsprechen, muss auf die Initiative „Notfall Senioren“ hingewiesen werden (Abb. 43).

Der Dienst „Notfall Senioren“ stellt eine grüne Nummer zur Verfügung, bei der ältere Menschen anrufen können, die Hilfe brauchen. Eine Fachkraft bietet Problemlösungen an und informiert über vorhandene Strukturen und Initiativen, die gezielt Hilfe anbieten.

Die vom Dienst betreuten Senioren sind von 280 Personen im Jahr 2004 auf 218 Personen im Jahr 2005 zurückgegangen, aber die ehrenamtliche Arbeit in Stunden ist um 16,5 %, das entspricht 11.705 Stunden im Jahr 2005, angestiegen.

Es ist sicher notwendig die Bedürfnisse der SeniorInnen näher zu analysieren, aber wie man aus den oben genannten Tendenzen schließen kann, scheint eine bessere

Spezialisierung des Dienstes in Richtung seines entsprechenden Einzugsbereiches durch, beziehungsweise in Richtung jener Senioren, welche Informationen oder Unterstützung beim Zugang zu den Diensten, sowie Gesellschaft benötigen.

*Abb. 43 – Notfall SeniorInnen: NutzerInnen, Leistungen und ehrenamtliche Mitarbeiter (Vergleich 2004- 2005*

	2004	2005	+/- %
Von den Vereinen betreute Senioren	280	218	-28%
Anzahl neuer SeniorenInnen im Laufe des Jahres	177	142	-19,8
Anzahl mitwirkender Vereine	18	18	0,0
Ehrenamtliche Arbeit in Stunden	10.048	11.705	16,5
Freiwillige Helfer	123	154	

Quelle: BSB

Aus dieser bedeutenden Netzwerkerfahrung wurde das vom ESF finanziertes Projekt „Seniornet“ eingeleitet, welches die Organisation und Koordinierung der Informationen sämtlicher mitwirkenden Vereine durch den Einsatz elektronischer Kommunikationsmittel über das Internet ermöglicht.

Unter dem Gesichtspunkt der Projektausarbeitung, die im Einklang mit dem Fachplan „SeniorInnen“ erfolgt, steht die Bestimmung weiterer Projektbereiche an, die den Bedürfnissen der ehrenamtlichen Vereine und ihrer spezifischen Kenntnis der gesamten sozialen, Fürsorge- und sanitären Bedürfnisse unserer Stadt und unseres Landes entsprechen.

### 3. PLANUNGSRICHTLINIEN

#### 1. Grundsätze

##### 1.1. Förderung und Unterstützung der älteren Menschen

Im Einklang mit dem demografischen Trend der gesamten westlichen Welt nimmt der Anteil an älterer Bevölkerung auch in Bozen ständig zu, da die Lebenserwartung allgemein ansteigt.

Es verlängert sich nicht nur die Lebenszeit, sondern auch der Wert und die Bedeutung des „dritten“ Alters. Die Ansicht, dass ältere Menschen sozial nutzlos oder passiv sind, ist längst überholt. Es findet zunehmend eine Neuentdeckung der Möglichkeiten und Chancen statt, die das SeniorInnenalter mit sich führt. Immer mehr verbreitet sich das Bewusstsein, dass das Alter nicht nur eine größere Wahrscheinlichkeit mit sich führt, es mit gesundheitlichen, psychologischen oder sozialen Problemen zu tun zu haben, sondern auch einen neuen Lebenshorizont öffnet, der immer häufiger Gelegenheiten zur Selbstverwirklichung, zur Gegenwarts- und Zukunftsplanung und zur sozialen Einbindung und Mitwirkung bietet.

Der vorliegende Plan fasst deshalb zwei Ziele ins Auge: auf der einen Seite geht es um *Förderung sämtlicher Mittel und Gelegenheiten, um den SeniorInnen den Zugang zu einer besseren Lebensqualität zu verschaffen*; auf der anderen um den *Aufbau eines Dienstesystems, das imstande sein soll, jedwede Einschränkung der persönlichen Eigenständigkeit mittels gezielter Maßnahmen, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse zugeschnitten sind, zu reduzieren* und die Selbständigkeit bis ins hohe Alter zu fördern.

##### 1.2. Die örtliche Fürsorge als Solidaritätspakt

Ausgehend von diesem Hintergrund ist es Aufgabe der öffentlichen Institutionen, ein geeignetes Welfare-System aufzubauen. Die Ziele der Wirksamkeit, Effizienz und Zugänglichkeit müssen jedoch Hand in Hand gehen mit dem Einbezug der Bevölkerung in die Planung. Vereine, Verbände und Einrichtungen sind dazu aufgerufen, sowohl bei der Festlegung der Grundwerte und der Instrumente, die dem Gesamtplan zu Grunde liegen, als auch bei der Bestimmung der konkreten Ressourcen, die eingesetzt werden sollen, mit den öffentlichen Stellen zusammenzuarbeiten.

Das vorliegende Dokument dient also dazu, um über die Ziele und Mittel informiert zu sein, die das gesamte örtliche Fürsorgesystem in nächster Zukunft als Grundlage für sein Handeln zu Gunsten der älteren Bevölkerung nehmen wird. Es darf aber nicht vergessen werden, dass zusätzlich zu diesem konkreten Handlungsrahmen auch der *„Solidaritätspakt“*, den die Stadtverwaltung mit der gesamten Bevölkerung abgeschlossen hat, eine grundlegende Rolle einnimmt.

Die Methoden und Vorgehensweisen, mit denen der vorliegende Plan ausgearbeitet wurde, werden im Anhang vertiefend erörtert. Die inhaltlichen Richtlinien und Grundsätze, an denen sich der Plan anlehnt, werden hingegen nachfolgend im Detail dargestellt.

##### 1.3 Unterstützung der Familien

Die Stadt Bozen zeichnet sich durch kleine Familien, mit wenig Kindern aus und bereits heute setzen sich 38,5% der Haushalte aus einer Person zusammen. Die SeniorInnen werden vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2015 um 13% ansteigen. Auch wenn die Familien immer kleiner werden und die Bevölkerung immer älter, sind es die Frauen (auch wenn sie arbeiten), welche sich um die Familie kümmern und Kinder und oft auch die Eltern versorgen.

Man kann feststellen, dass sich die Familienstruktur und auch die Rolle der Familie in den letzten Jahrzehnten sehr stark verändert hat und diese sich auch weiterhin verändern wird.

Die Rolle der Familie spielt bei der Unterstützung der Senioren und bei der Pflegearbeit im allgemeinen eine wesentliche Rolle, aber die demographische Entwicklung und die Berufstätigkeit der Frauen führen zu einer Verminderung der Pflegemöglichkeit seitens der Frauen.

In Zukunft müssen die Initiativen zur Unterstützung der Tätigkeiten der „Caregiver“ verstärkt werden und die Dienste (von den Kinderhorten bis zu den Diensten für Senioren) zur Unterstützung der Familien müssen differenziert werden. Es muss sehr viel im Bereich der Förderung, Verstärkung und Entwicklung der Dienste und Leistungen zur Unterstützung und Entlastung der Familien gearbeitet werden.

Die Struktur der Familie, die für ältere Menschen den wichtigsten Bezugspunkt in Sachen Geborgenheit, Unterstützung und Pflege darstellt, hat sich folglich stark verändert. Die Anzahl der Familienmitglieder geht ständig zurück und hat in Bozen einen durchschnittlichen Wert von 2,2 Personen pro Familie erreicht<sup>15</sup>. Eine der schwerwiegendsten Auswirkungen dieser Zusammenschrumpfung ist die immer stärkere Belastung der immer wenigeren „Caregiver“ (Personen, die die Pflege von anderen Personen übernehmen). Es ist deshalb notwendig, die Palette von Maßnahmen aufzustocken, die zum Ziel haben, das Solidaritätspotential der primären Beziehungen (Verwandte, Nachbarn usw.) auszubauen und eine angemessene wirtschaftliche und soziale Unterstützung anzubieten.

#### *1.4. Weiterleben bei sich zu Hause: Förderung und unterstützende Maßnahmen*

Das eigene Heim und das gesamte Wohn- und Lebensumfeld darum herum stellen für jeden Menschen das wichtigste kognitive und affektive Bezugsnetz dar, aus welchem man schöpft, um sich wohl zu fühlen. Es ist somit ausschlaggebend für die persönliche Lebensqualität. Hauptziel der Maßnahmen zur Unterstützung der älteren pflegebedürftigen Menschen und der Bewahrung ihrer Selbständigkeit ist es deshalb, das Verbleiben in der eigenen Wohnung zu fördern und die Einlieferung in ein Heim nur dann als Alternative in Betracht zu ziehen, wenn die Hauspflegedienste nicht mehr imstande sind, den körperlichen, psychologischen und sozialen Schwächen der betreffenden Person in angemessener Weise Hilfe zu leisten.

Zur Erreichung dieses Zieles ist Folgendes notwendig:

- Aufbau eines territorialen Unterstützungssystems, das einen immer stärkeren Einbezug der Vereine und der Bevölkerung vorsehen muss, und bei dem die Gemeinde, die für die Zugänglichkeit und die Qualität der Dienste zuständig ist, nicht mehr einzig und allein als Anbieterin von Diensten wirkt, sondern auch Koordinierungsstelle, Förderstruktur und Garant für Fürsorgedienste sein soll, die von anderen Akteuren angeboten werden, wie z.B. den Einrichtungen des Sozialbereiches und den Vereinen und Personen, die private Hauspflegedienste anbieten (den so genannten „Badantinnen“).
- Beiträge für die Sanierung von Wohnungen, damit sie den erforderlichen Sicherheitsstandards angepasst und den SeniorInnen eine angemessene Lebensqualität gewährleisten;
- Ergänzung und Koordinierung der Fürsorgemaßnahmen mit den sanitären Maßnahmen und mit dem gesamten System von Maßnahmen, die ganz allgemein die Förderung der Lebensqualität im Stadtgebiet zum Ziel haben.

---

<sup>15</sup> Für eine weitere Vertiefung wird auf die bereits genannten Statistiken verwiesen, die das Amt für Statistik der Gemeinde Bozen in „Bevölkerungsentwicklung und -struktur in Bozen und seinen Stadtvierteln“ veröffentlicht hat.

### *1.5. Aktiv bleiben: Unterstützende Maßnahmen zur Förderung eines aktiven Lebens*

Angesichts der breit gefächerten Bedürfnisse, die eine Bevölkerung mit einer ständig wachsenden Lebenserwartung und einem immer stärkerem Wunsch nach einer hohen Lebensqualität kennzeichnen, müssen die angebotenen Unterstützungsmaßnahmen nicht nur eine wirksame Antwort auf die konkret vorhandenen Probleme anbieten, sondern auch sämtliche Eigenständigkeitselemente verstärken, die die Einzelperson und ihr Beziehungsnetz noch haben.

In diesem Sinne spielt die Förderung sowohl der Selbsthilferessourcen als auch der sozialen Beziehungen, die eine gegenseitige Hilfe gewährleisten können, eine wesentliche Rolle. Gefördert werden müssen insbesondere:

- Eine gesundheitsfördernde und invaliditätsvorbeugende Kultur. Die SeniorInnen und ihre Familien müssen bei der Planung der Fürsorgemaßnahmen mit einbezogen werden. Rein "väterliche" Maßnahmen fördern eine passive Haltung der älteren Person. Es muss hingegen darauf hin gezielt werden, so weit wie möglich eine aktive Teilnahme der Person bei den Entscheidungen anzuregen, um die Aufmerksamkeit auf sich selbst zu verstärken und ein selbstschützendes Verhalten zu fördern, das der Bewahrung des körperlichen, psychologischen und sozialen Wohlbefindens dient.
- Gegenseitige Hilfebeziehungen: Wer Hilfe empfängt, um Selbstständigkeitsdefizite zu überbrücken, muss gleichzeitig aufgefordert werden, ausgehend von den eigenen Stärken selbst aktiv anderen die eigene Hilfe anzubieten.
- Zusätzlich zur Förderung des Austausches zwischen Generationen muss das "dritte Alter" als Solidaritätsressource für das "vierte Alter" eingesetzt werden. Jüngere SeniorInnen haben dank ihrer Lebenserfahrung und ihrer Daseinslage die Fähigkeit, die Bedürfnisse älterer SeniorInnen besser zu verstehen und somit kostbare Hilfe zu leisten.

### *1.6. Die soziale und sanitäre Einbindung*

Die Aufmerksamkeit gegenüber der Gesamtheit der menschlichen Bedürfnisse macht es erforderlich, dass das örtliche Fürsorgesystem sich aller normativen, führungstechnischen und einsatztechnischen Mittel bedient, die für die Koordinierung und gegenseitige Ergänzung der verschiedenen sozialen und sanitären Akteure nützlich sind, um die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Organisationsstrukturen für den Aufbau eines multiprofessionellen Dienstes immer besserer Qualität auszunutzen, gemeinsames Arbeiten zu fördern, ein Klima des gegenseitigen Vertrauens zu schaffen und die gegenseitige Verantwortung zu verstärken.

Die professionelle Ausbildung muss deswegen immer stärker im Dienste der BürgerInnen stehen, und nicht umgekehrt.



## **2. Prioritäten und operative Richtlinien**

### *2.1. Der Zugang zu den Informationen über die angebotenen Dienste*

In der Stadt Bozen stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um auf die Informationen betreffend die Sozialdienste zuzugreifen.

1. Als allererstes stehen Leitfäden und Infobroschüren zur Verfügung. Es handelt sich ohne Zweifel um ein präzises und detailliertes Kommunikationsmittel, wird aber vorwiegend vom Personal, von den Fachleuten oder von BürgerInnen gelesen, die eine gute Allgemeinbildung und ein ausreichendes Hintergrundwissen über die Sozial- und Gesundheitsdienste besitzen.
2. Auskünfte können auch bei den Infoschaltern der Sozial- und Gesundheitssprengel eingeholt werden. Besagte Schalter haben die Aufgabe, die Anfragen der BürgerInnen im Vorab zu evaluieren, um sie dann eventuell an SozialbetreuerInnen weiterzuleiten, die den jeweiligen Fall gezielter angehen und die jeweils geeignetste Lösung anbieten können.
3. Ein "Informationsschalter" einer etwas anderen Art ist die Telefonzentrale "Notfall SeniorInnen", die noch leichter zugänglich und genauso imstande ist, die Hilfeanfragen zu interpretieren und sie sowohl an die öffentlichen Strukturen als auch an die ehrenamtlichen Vereine weiterzuleiten, die im Stadtgebiet aktiv sind (zudem wirkt die Telefonzentrale auch vorbeugend, da sie mit den BürgerInnen, die anrufen, Kontakt hält und periodische Gespräche mit ihnen führt).

Dieses mehrfache Informationsangebot weist aber auch Schwächen auf. An den Informationsschaltern der Sozial- und Gesundheitssprengel müsste vermehrt Personal eingesetzt werden, welches nicht nur verwaltungstechnische Kompetenzen besitzt, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Sozialhilfe und Fürsorge ausgebildet ist.

Die Informationsstellen begnügen sich zudem damit, auf die eintreffenden Anfragen zu reagieren, d.h. sie warten darauf, dass die BürgerInnen selbst um Hilfe suchen. Im Falle der älteren Menschen, die ja oft allein leben, keinen hohen sozialen und wirtschaftlichen Lebensstandard haben und über nur karge Beziehungsnetze verfügen, wäre es jedoch notwendig, aktiv das Wissen über das Angebot an öffentlichen und ehrenamtlichen Diensten zu fördern, um dem sozialen und gesundheitlichen Unbehagen vorbeugend entgegenzuwirken.

Zu diesem Zweck ist es notwendig, "niedrigschwellige" - d.h. einfache und synthetische - Informationsbroschüren zu erarbeiten, die den SeniorInnen und ihren Familien eine Gesamtübersicht über die wichtigsten angebotenen Dienste anbieten, vom Sozialbereich über den Gesundheitsbereich bis hin zum Freizeitbereich, damit sie wissen, an wen Sie sich von Fall zu Fall wenden können. Bei der Ausarbeitung der Texte kommt der Zusammenarbeit zwischen den BürgerInnen und den Fachleuten des Sanitäts- und Sozialbereiches der Stadt eine strategische Bedeutung zu. Die Information müsste nicht nur an den Orten, wo sich ältere Menschen aufhalten verfügbar sein, sondern auch per Radio und Fernsehen verbreitet werden.

### *2.2. Förderung einer gesundheitsbewussten Kultur: von der Vorbeugung sozialer und gesundheitlicher Probleme bis hin zur aktiven Bürgerschaft*

Im Einklang mit politischen Sozial- und Gesundheitsmaßnahmen, die die SeniorInnen als aktive Kraft des eigenen Wandels betrachtet, muss auch eine Gesundheitskultur gefördert werden, die die Fähigkeit der Einzelperson verstärkt, sich des eigenen Wohlbefindens immer bewusster zu werden.

Zu diesem Zweck ist es von strategischer Bedeutung, flächendeckend Informationen über die wichtigsten Alterskrankheiten und über die Lebensstile, die diesen vorbeugen, zu verbreiten. Auf diese Weise können sich ältere Menschen und ihre Familien wirksam gesundheitsschützende und -fördernde Verhaltensweisen aneignen.

In dieser Hinsicht müssten Initiativen, die Selbstevaluierung und aktive Vorbeugung des sozialen und gesundheitlichen Unbehagens fördern und gemeinsam von den BürgerInnen, den Vereinen und Fachleuten umgesetzt werden, angemessene Unterstützung finden.

Zur Verbreitung einer Kultur des Schutzes der eigenen Gesundheit tragen mit Sicherheit auch jene Initiativen bei, die das Bewusstsein der Rechte und Pflichten verstärken, die die Beziehungen zwischen den Sozial- und Gesundheitsdiensten, den BürgerInnen und ihren Bezugsnetzen regeln.

### *2.3. Eigenes Zuhause und stationäre Aufnahmestrukturen*

#### 2.3.1. Hin zu einer Neuorganisation des Systems der stationären Aufnahmestrukturen

Innerhalb eines Dienstesystems, welches die Förderung der Lebensqualität der älteren Menschen und ihr längstmögliches Verbleiben in der eigenen Wohnung zum Ziel hat, haben die stationären Aufnahmestrukturen die Aufgabe, die eigene Mission neu zu definieren. Es genügt nicht mehr, einen ganz allgemeinen Aufnahmedienst mit Freizeitgestaltung anzubieten, sondern es müssen spezifische Antworten auf all jene Bedürfnisse erarbeitet werden, die nicht von den Hauspflegediensten erfüllt werden können. Dies heißt, dass die Aufnahmestrukturen an spezifische Zielgruppen gerichtet sein müssen:

1. "Altersheime" für SeniorInnen, die eine kontinuierliche Betreuung brauchen und für die deswegen die Hauspflege nicht mehr ausreicht.
2. Neben (oder innerhalb) dieser Heime müssen spezialisierte Einheiten eingerichtet werden, die sich mit spezifischen Krankheitsbildern beschäftigen, wie z.B. Alzheimer und Demenzen mit Verhaltensstörungen oder körperlichen Behinderungen. Die sanitäre Pflege und die Betreuung muss das Ziel verfolgen, die verbleibende Selbständigkeit der GästInnen beizubehalten oder ihre Wiederherstellung zu fördern.
3. "Pflegeheime", d.h. Strukturen, die nicht mehr eigenständigen Personen gewidmet sind, die keiner besonderen ärztlichen Betreuung bedürfen, sondern eher eine intensive und kontinuierliche sanitäre Betreuung brauchen.
4. Die geschützten Seniorenwohnungen in Eigentum der Stadtgemeinde Bozen sind autonome Wohneinheiten mit Bad und Küche, die nach den Bedürfnissen der Bewohner eingerichtet sind. Nutznießer dieser Wohnungen sind Senioren, die zur Gänze oder zum Teil selbständig sind und die aufgrund geringer zwischenmenschlicher Kontakte Gefahr laufen, sozial ausgegrenzt zu leben. Die geschützten Seniorenwohnungen wurden eingerichtet, um Senioren die größtmögliche Autonomie bei der Lebensgestaltung zu sichern und um die Sozialisierung in einem kontrollierten Umfeld zu ermöglichen. Auf der anderen Seite wird ein Mindestmaß der in diesem Zusammenhang notwendigen sozio-sanitären Betreuung gewährleistet.
5. Vorübergehende Aufnahme in stationären Strukturen, falls die Familie ankündigt, dass sie das Bedürfnis haben wird, für eine bestimmte Zeit unterstützt zu werden.
6. Sozialer Notdienst als Antwort auf soziale und Betreuungsnotfälle. Es gibt eine ganze Reihe von täglichen Situationen, in denen allein oder mit der Familie zusammen lebende SeniorInnen eine unmittelbare soziale und/oder unterkunftstechnische Unterstützung brauchen. Bislang war die Antwort auf dieses Problem die Einlieferung ins Krankenhaus, auch wenn das Hauptproblem nicht gesundheitlicher Art war. Es wäre hingegen notwendig, Aufnahmestrukturen für ungeplante und unaufschiebbare Notfälle anzubieten, wo die betroffene Person untergebracht werden kann, bis die sozialen und sanitären Bedingungen für ein selbständigeres Leben wiederhergestellt sind. Die Neuorganisation der ehem. "Casa di Dolly" bei der Villa Harmonie geht genau in diese Richtung.

Die vorgesehenen Räumlichkeiten müssen auf die örtlichen Notsituationen abgestimmt werden und eine Lösung für das Problem der geschützten Entlassungen aus den Krankenhäusern liefern. Als erstes müssten die organisatorischen Verfahren, die das Krankenhaus zusammen mit den Sozial- und Gesundheitssprengeln anwendet, vereinfacht und reduziert werden, um die Betreuung und Unterbringung innerhalb kürzerer Fristen zur Verfügung stellen zu können (es wird diesbezüglich die Notwendigkeit unterstrichen, dass die Zeiten, die für den Erhalt von Hilfsmitteln vom Amt für Zivilinvaliden weiter verkürzt werden muss), und dann müsste es eine wirksamere Zusammenarbeit zwischen den BetreuerInnen der Sprengel und jenen der sanitären Einrichtungen geben (dies erfolgt z.B. bereits bei der Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und dem Premstallerhof).

Um zu überprüfen, ob das oben genannte System der stationären Aufnahmestrukturen den Sozial- und Fürsorgebedürfnissen unserer Stadt entspricht, können wir auf die Daten des Entwurfes des neuen *Landessozialplanes 2006-2008*<sup>16</sup> Bezug nehmen.

Bei der Berechnung des theoretischen Bedürfnisses an Diensten anhand von strukturellen Parametern<sup>17</sup> setzt besagter Plan die Anzahl von 86 Plätzen in stationären Diensten (Langzeitbetreuung in den Alters-/Pflegeheimen) pro 1.000 über-75-jährige EinwohnerInnen fest. Geht man davon aus, dass am 31.12.2005 in Bozen 10.111 (ASTAT) EinwohnerInnen dieser Altersgruppe verzeichnet wurden, ergibt sich ein theoretisches Gesamtbedürfnis von 870 Plätzen in stationären Diensten.

Vergleichen wir nun besagtes theoretisches Bedürfnis mit den faktisch vorhandenen und potentiellen Ressourcen der stationären Dienste in Bozen. Gegenwärtig stehen in den Bozner Altersheimen und Pflegeheimen 658 Plätze zur Verfügung<sup>18</sup>.

Diesen müssen 140 neue Plätze hinzugefügt werden, die demnächst innerhalb der neuen Aufnahmestrukturen angeboten werden, für welche die Gemeinde bereits ein positives Gutachten abgegeben hat.

Es gibt außerdem Vorschläge für die Errichtung von weiteren Aufnahmestrukturen mit einer Kapazität von insgesamt 150 Plätzen.

Sollten alle oben genannten Projekte tatsächlich verwirklicht werden, dann hätte Bozen in Zukunft eine Ausstattung von insgesamt 948 Plätzen. Berechnet man das Versorgungsziel mit den oben genannten Parametern für das Jahr 2010 so kommt man auf 957 Plätze. Mit der Realisierung der geplanten Einrichtungen nähert man sich fast zur Gänze dem Versorgungsziel für das Jahr 2010 (Differenz: - 9 Plätze).

Man muss zudem bedenken, dass in unserer Stadt in den letzten Jahren auch andere Fürsorgestrategien Fuß gefasst haben, die die "traditionellen" Aufnahmestrukturen ergänzen oder eine Alternative dazu darstellen.

Diesbezüglich muss insbesondere auf die geplanten geschützten Wohnungen hingewiesen werden, die - wie bereits erläutert - insgesamt 113 Wohnungen (davon 23, die gerade verwirklicht werden) zur Verfügung stellen werden und das System der stationären Aufnahmestrukturen ergänzen werden.<sup>19</sup>

Hinzu kommt außerdem ein immer flächendeckenderer und zugänglicherer Hauspflegedienst, der die verfrühte Unterbringung in einer stationären Struktur vermeidet. Auch die Organisation der Dienste hat sich erneuert: Weniger Personal, dafür aber mehr Koordinierung und Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Vereinen sowohl unter dem sanitären und sozialen Gesichtspunkt als auch unter jenem der Führungs- und Verwaltungsmethoden und der Vorgehensweisen.

Auch die Beiträge für die Sanierung der Wohnstätten müssen ausgebaut werden, und zwar:

---

<sup>16</sup> Online verfügbar.

<sup>17</sup> S. ibidem Seite 184.

<sup>18</sup> Nähere Details in Abb. 19.

<sup>19</sup> Nähere Details in Abb. 20.

- für die Wohnungen der SeniorInnen, damit die Räumlichkeiten an die jeweiligen Selbstständigkeitsdefizite angepasst werden und somit der Zugriff auf stationäre Aufnahmestrukturen vermieden wird. Letztere sind zwar komfortable Orte, aber sie wirken sich trotzdem negativ auf das kognitive System älterer Menschen aus und schneiden sie von ihrem gewohnten Beziehungsnetz ab;
- für die Altersheime, um dort Einzelzimmer einzurichten und das menschliche Bedürfnis auf Intimität und Privacy zu respektieren.

Erweitert man die Perspektive auf einen Mehrjahreszeitraum, so muss man dabei die Tatsache berücksichtigen, dass die ältere Bevölkerung weiter zunehmen wird. Innerhalb der nächsten 5 und 10 Jahre wird die Anzahl der +75-jährigen BoznerInnen voraussichtlich auf mehr als 11.000 bzw. 12.000 ansteigen. Das anhand der bereits genannten Parameter berechnete Bedürfnis an stationären Diensten in Alters- und Pflegeheimen würde somit 957 (im Jahr 2010) bzw. 1.055 (im Jahr 2015) Plätze erreichen.

Bozen in seiner Eigenschaft als Landeshauptstadt weist andere Bedürfnisse/Probleme auf, als andere Städte oder Dörfer des Landes und weist also ihre eigenen Besonderheiten auf. Die Provinz sollte bei der Festlegung der Parameter auf dies Rücksicht nehmen und auch die ständigen Bedürfnisänderungen und soziodemographischen Veränderungen der Stadt Bozen berücksichtigen.

Angesichts dieser demografischen Trends verfolgt der vorliegende Plan die allgemeine Strategie, die Fähigkeit unseres Welfare-Systems, eine breit gefächerte Angebotspalette zu entwickeln, weiter zu verstärken. Neben dem Ausbau der strukturellen Ressourcen sowohl was die stationären Aufnahmestätten als auch die Tagesstätten betrifft, muss eine Vielfalt weiterer Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden: von wirtschaftlichen Beiträgen über die Hauspflege bis hin zur Aufwertung und Verstärkung der Solidaritätsressourcen der privaten Sozialeinrichtungen und -arbeiterInnen. Die mittel- und langfristigen Investitionen müssen jedoch an von im Voraus durchgeführte und ajourierte Schätzungen des tatsächlichen Bedürfnisses gebunden sein, denn sonst läuft man die Gefahr, Maßnahmen zu treffen und Netze aufzubauen, die nicht den aufkommenden Bedürfnissen und den zukünftigen entsprechen.

### 2.3.2. Innovative Modelle im Bereich der stationären Aufnahmestrukturen

Obwohl die strikte Unterscheidung zwischen Hauspflege und Altersheim der Vergangenheit angehört, ist eine Neuorganisation der stationären Aufnahmeleistungen, die auf Vielfalt ausgerichtet ist, alles andere als überflüssig.

Als allererstes sollte die Ausgrenzung und negative Etikettierung der älteren Menschen, die in stationären Strukturen begastet sind, überwunden oder zumindest reduziert werden. Dies ist durch die Anwendung folgender Maßnahmen möglich:

- Einbindung der Strukturen in das Stadtgefüge und Öffnung nach außen, durch die größtmögliche Benutzung der „öffentlichen“ Räume, die den Heimen zur Verfügung stehen. Das aus dem 19. Jahrhundert stammende Modell der „Ruheoasen“ weitab von den Städten hat seine Grenzen gezeigt: Die neuen Aufnahmestrukturen sollen innerhalb des Stadtgebietes, wo auch alle anderen Mitglieder der Stadtgemeinschaft wohnen und ihre Tätigkeit ausüben, eingerichtet werden und damit vernetzt werden.
- Beziehungsgerichtete Animation mit dem Ziel der Förderung des Kontaktes zwischen Generationen: Der Aufbau von bedeutsamen menschlichen Beziehungen zwischen den SeniorInnen, die im Heim leben oder es oft besuchen, und den anderen Altersgruppen der Stadt soll im Vordergrund stehen.
- Suche nach innovativen strukturellen Ansätzen, darunter insbesondere nach Mehrzweckmodellen: die stationären Aufnahmestrukturen sollen auch Spezialeinheiten (z.B. spezialisierte Einheiten für Alzheimern oder Menschen

mit Behinderung) beherbergen, sowohl als feste Einrichtung als auch als Tagesbetreuungsstätte (in diese Richtung geht auch die vom BSB eingeleitete Neustrukturierung). Ergänzend zu diesen Einheiten können auch weitere Strukturen verwirklicht werden, die die territoriale Funktion des Dienstes unterstreichen und sowohl an die Zielgruppe der SeniorInnen (z.B. ältere Menschen, die noch zum Teil selbständig sind und in geschützten Wohnungen leben), als auch an andere Altersgruppen gerichtet sind: So könnten Kinderkrippen eingerichtet werden, die den Austausch zwischen Generationen fördern, sowie Ausbildungszentren für soziosanitäre Betreuung, die es ermöglichen, beziehungsbasierte Animation für SeniorInnen mit innovativen Projekten gegenseitiger Solidarität zu verknüpfen.

Die Einbindung der stationären Aufnahmedienste in Mehrzweckstrukturen bietet zudem folgende Möglichkeiten:

- Angebot eines Umfelds, welches unter dem kognitiven Gesichtspunkt stärkere Reize zur Verfügung stellt;
- Verstärkung des Sozialisierungs- und solidaritätsfördernden Potentials des Dienstes;
- Ausweitung der Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen dem Personal der verschiedenen Dienste und Betriebe: vom Sanitätsbereich bis hin zur territorialen Animation, wobei nicht der unersetzliche Beitrag des gesamten Schul- und Bildungssystems vergessen werden darf.

Ein breit gefächertes Angebot an Aufnahmestrukturen bereit zu stellen bedeutet außerdem, die Entscheidungsfreiheit der älteren Menschen und ihrer Familien zu respektieren, die so die Möglichkeit haben, jene Betreuungsangebote auszusuchen, die ihren Betreuungsbedürfnissen und deren Wandel am besten entsprechen.

Zu diesem Zweck ist es von größter Wichtigkeit, einen Teil der Projektierungsressourcen der Suche nach sich weltweit behauptenden, innovativen Ansätzen und Modellen im Bereich der stationären Aufnahmestrukturen zu widmen.

Besondere Aufmerksamkeit soll dabei jenen Ansätzen geschenkt werden, die die Verwirklichung von "entwicklungsfähigen Wohnstrukturen" zum Ziel haben, d.h. von Wohneinrichtungen, die sich an die wandelnden Pflegebedürfnissen der nicht mehr selbständigen BürgerInnen und ihre entsprechenden Lebensentwürfe anpassen können. Durch den Einsatz ergänzender, innovativer Architekturmethoden, Hausmaschinen und Kommunikationsmittel (Tele-Medizin, Tele-Notfallhilfe, Tele-Counseling usw.) ist es heute möglich, Wohnstrukturen zu verwirklichen, die immer flexibler und personalisierter sind und somit die Selbstbestimmung älterer Menschen auch bei geringer Selbständigkeit gewährleisten, sowohl bei sich selbst zu Hause als auch in spezifischen stationären Aufnahmestrukturen.

Was letzteren Bereich betrifft, werden auch Modelle "kooperativen Wohnens" ins Auge gefasst: Es handelt sich dabei um verschiedenartige Aufnahmestrukturen für ältere Menschen, die das Bedürfnis nach Intimität und Privacy und gleichzeitiger sozialer Einbindung befriedigen und unterschiedlichen Selbstständigkeitsdefiziten angepasst sind<sup>20</sup>.

Als erstes Beispiel sei hier auf so genannte "Wohnzentren" hingewiesen, wo mehrere Einzelwohneinheiten, die so eingerichtet sind, dass sie auch eventuelle Selbstständigkeitsdefizite im normalen Tagesablauf wettmachen, rund um eine Diensteneinheit angesiedelt sind, welche Dienste auf Nachfrage (sowohl spezifischer als auch allgemeiner Art) anbietet. Zudem stellt das Wohnzentrum den

---

<sup>20</sup> Zu den "good practices", die in diese Richtung weisen, gehört z.B. das Modell der "Aufnahmestruktur mit programmierter Betreuung", das vom Zentrum Il Melo - Centro di Cooperazione Sociale, Gallarate (Va) verwirklicht worden ist. <http://www.melo.it>

individuellen Wohneinheiten gemeinsame Sozialisierungsräume und Treffpunkte zur Verfügung.

Erwähnenswert ist auch das Modell der "selbst verwalteten Wohngemeinschaft", die in Dänemark, Schweden und Kanada verbreitet ist<sup>21</sup>. Selbst verwaltete Wohngemeinschaften sind Eigentum einer Genossenschaft, deren Mitglieder die Bewohner der Gemeinschaft selbst sind. Diese leben in autonomen, mit angemessenen Hilfsmitteln ausgestatteten Wohneinheiten und es gibt gemeinsame Sozialisierungsräume. Das gemeinsame Zugehörigkeitsgefühl führt zum Mittragen der Verantwortung bei der Führung und Verwaltung der Struktur: Es wird die Selbständigkeit gefördert, die Fürsorge und Pflege, der Austausch zwischen Generationen und die soziale Öffnung zum Territorium. In dieselbe Kategorie fällt auch das in Holland entstandene „integrierte Wohnmodell“, das verschiedenen Stufen der Unselbständigkeit bis hin zur gänzlichen Unselbständigkeit angepasst ist. Der Grundgedanke ist dabei, dass älteren Menschen die Möglichkeit geboten werden soll, auch bei Bestehen spezieller Pflegebedürfnisse im eigenen Haus weiterzuleben, um die eigene Identität zu bewahren und das eigene soziale Umfeld beizubehalten. Die spezialisierte Pflege übernimmt ein eigenes Zentrum für Sozial- und Gesundheitsdienste.

In Frankreich sind so genannte "Heimstätten" entstanden, die 7-15 Personen mit starken Selbstständigkeitsdefiziten beherbergen, welche von spezialisiertem Personal betreut werden. In diesen "Heimen" gibt es sowohl private Räumlichkeiten als auch gemeinsame Gesellschaftsräume. In anderen Ländern ist das Abbeyfield-Modell<sup>22</sup> weit verbreitet, das entweder an breitere Aufnahmestrukturen anknüpft oder direkt vor Ort eingerichtet ist und so stark wie möglich ein solidarisches, offenes Beziehungsnetz fördert. Solche Strukturen sind nicht nur für die stationäre Aufnahme geeignet, sondern auch als Tagesstätten.

Ein weiteres Modell ist jenes der "Känguru-Wohnungen", das in Belgien entwickelt wurde und zwei Haushalte beherbergt, wovon einer selbständig ist und dem anderen, der entweder finanziell oder unter dem Gesichtspunkt der Fürsorge unterstützungsbedürftig ist, Hilfe leistet (z.B. Au-pair-Studenten mit wirtschaftlichen Problemen, die mit älteren Menschen zusammenleben, oder ältere Menschen mit kleineren Selbstständigkeitsdefiziten, die von einer aktiven Familie betreut werden). Diese Art von Struktur ermöglicht es, „Nachbarschafts-Synergien“ zwischen aktiven und nicht aktiven Personen zu entwickeln. Die gegenseitigen Verpflichtungen sind vertraglich festgelegt und die geleistete Betreuung wird durch reduzierte Mietzinsen honoriert. Diese Art von "teilweiser Betreuung" ist jedoch nur bei Personen möglich, die keine spezialisierte Betreuung benötigen.

Es gibt außerdem Wohngemeinschaften älterer Menschen, die untereinander keine Verwandtschaftsbeziehungen haben, aber zusammen leben und von freiwilligen Helfern oder spezialisiertem Personal betreut werden. Zu den „nicht-institutionellen“ Formen der gegenseitigen Unterstützung gehört auch die „Pflegefamilie“, die eine ältere Person entweder stationär oder nur tagsüber, für eine gewisse Zeit oder unbefristet bei sich aufnimmt.

Die aufgelisteten Modelle und Erfahrungen befinden sich in ständigem Wandel und knüpfen stets an das kulturspezifische Solidaritätsvermögen des jeweiligen Ursprungskontexts. Im Rahmen des vorliegenden Planungsinstrumentes wird die Verwirklichung einer "Beobachtungsstelle" für wesentlich erachtet, die eruiert, ob und welche der genannten Modelle mittel- und langfristig in Bozen Anwendung finden könnten, mit welchen voraussichtlichen Ergebnissen und Kosten man rechnen

---

<sup>21</sup> Die aufgelisteten Modelle stammen aus Predazzi M., Vercauteren R., Loriaux M., Architetture contro la discriminazione per l'habitat del terzo millennio, Il Melo – Centro di Cooperazione Sociale, Gallarate (Va), 2000.

<sup>22</sup> Was den italienischen Kontext betrifft, verweisen wir zur Information an den Verein Associazione Abbeyfield Italia: <http://www.abbeyfield.it>, welcher Teil eines viel weiteren internationalen Netzes ist.

kann und welche Anpassungen notwendig sind, um die Modelle mit den besonderen Merkmalen der hiesigen Kultur in Einklang zu bringen. Ein solches Untersuchungsinstrument würde zudem mit Sicherheit auch die Entwicklung neuer Projektansätze mit sich führen, die eine wirksamere Wahrnehmung der neuen Bedürfnisse hinsichtlich der sozialen Qualität der Aufnahmestrukturen ermöglichen.

### 2.3.3. Die Koordinierung der Ranglisten

Die Neuorganisation der Dienste soll nicht nur die strukturelle Ebene betreffen, sondern auch die Zugangskriterien. Das Ranglistensystem kann zumindest durch folgende zwei Erneuerungen verbessert werden:

- a. Unterscheidung der Rangordnungen nach Bedürfnisart (spezifische Krankheitsbilder/Sozialpflegebedürfnis/...) im Einklang mit der neuen Mehrzweckausrichtung der Strukturen
- b. Koordinierung der Rangordnungen des BSB mit jenen des Sanitätsbetriebes Bozen und der privaten Sozialkörperschaften, um über eine realistische Übersicht über die Gesamtheit der Personen zu verfügen, die tatsächlich ein Aufnahmebedürfnis haben. Dies ermöglicht sowohl eine wirksamere Sozialplanung als auch eine angemessenere Antwort von Seiten der Dienste, die die Anfragen den jeweils geeignetsten Einrichtungen übermitteln können. Die genannte Koordinierung kann auch vom Amt für Sozialplanung und vom Amt für demografische Dienste unterstützt werden, zumindest was die Überprüfung der in der Zwischenzeit eventuell eingetretenen Todesfälle betrifft.

### 2.3.4. Die Qualität der stationären Aufnahme

In den verschiedenen Altersheimen wurden unterschiedliche Maßnahmen zur Steigerung der Dienstqualität getroffen. Es wurde auch viel geleistet hinsichtlich der sozial-zwischenmenschlichen Aspekte und der Mitbeteiligung am sozialen Leben, um den Heimgästen eine höhere Lebensqualität und eine größere Zufriedenheit zu gewährleisten. Was die Verfahren zur Aufnahme und Eingliederung der GästInnen betrifft, wurde in den Altersheimen Villa Serena und Villa Harmonie ein "Tutor" eingeführt, der eigens dafür ausgebildet wurde.

Zur Förderung der sozialen Beziehungen der GästInnen und Vermeidung des "Isolierungseffekts" des Heimes hat Villa Harmonie darauf hingearbeitet, zu einem aktiven Zentrum gesellschaftlichen Lebens zu werden, und zwar durch die Organisation von Veranstaltungen und Tätigkeiten, die die gesamte Bevölkerung einbeziehen.

Villa Serena hat versucht, die Beibehaltung der Beziehungsnetze, die die GästInnen vor ihrem Eintritt ins Heim besaßen, zu fördern.

Im Altersheim Don Bosco wurden Animationsprojekte auf der Grundlage der so genannten "Pet-Therapy" (Therapie mit Haustieren) durchgeführt.

Die guten Ergebnisse besagter Projekte sollten durch gegenseitigen Austausch und erweiternde Anwendung zum Allgemeingut werden. Es sollten zudem Evaluierungsverfahren eingeführt werden, die die kritischen Punkte und die Verbesserungsperspektiven der einzelnen Dienste offenlegen.

Nachdem ein im Jahr 2004 durchgeführter Versuch in der Villa Harmonie positive Resultate erzielt hat, wurde im Jahr 2005 in allen fünf Einrichtungen das Berufsbild des Psychologen eingeführt.

Nachdem ein im Jahr 2004 durchgeführter Versuch in der Villa Harmonie positive Resultate erzielt hat, wurde im Jahr 2005 in allen fünf Einrichtungen das Berufsbild des Psychologen eingeführt. Der Psychologe ist integrierender Bestandteil des multidisziplinären Arbeiterteams und das Ziel ist es die Organisation und

Umsetzung der Dienste unter dem Gesichtspunkt der emotionalen Reaktionen und Erlebnisse sowohl der GästInnen als auch ihrer Familien zu betreuen.

Die Organisation des Ausspeisungsdienstes und der Beherbergung ist oft noch zu stark auf die Erfordernisse des Personals ausgerichtet anstatt auf die Bedürfnisse und den biologischen Rhythmus der GästInnen. Zusätzlich zur Steigerung der Führungsqualität und der beruflichen Kompetenz sollten die Dienste zur Verbesserung der Qualität auch darauf achten, dass die GästInnen ihren Aufenthalt in der Struktur als angenehm empfinden.

#### 2.3.5. Der Beitrag der ehrenamtlichen Arbeit

Der Beitrag (und nicht die Ersatzfunktion) der ehrenamtlichen Vereine ist unverzichtbar. Ihre Arbeit muss Anerkennung finden und gefördert werden und die Zusammenarbeit verstärkt werden. Es muss insbesondere auf die Ausbildung und Begleitung (Tutoring) Wert gelegt werden, um einen wirksameren und befriedigenderen Einsatz innerhalb der stationären Strukturen zu gewährleisten.

### 2.4. Territoriales Dienstnetz und Hauspflege

#### 2.4.1. Informationsaustausch unter den örtlichen Fürsorgeträgern

##### Informationsfluss zwischen den Vereinen

Um die Dienste für die SeniorInnen wirksamer zu gestalten, müssen unter den Vereinen Informationen ausgetauscht und die verschiedenen Tätigkeiten untereinander koordiniert werden. Oft passiert es, dass mehrere Vereine dieselbe Art von Dienst anbieten und dieselben Ziele verfolgen, aber nichts oder zu wenig voneinander wissen. Eine ausreichende Information über die bestehenden Ressourcen, die mittels gemeinsamer Projekte und Initiativen zusammengelegt werden könnten, würde einen rationelleren und wirksameren Einsatz der öffentlichen und privaten Kräfte ermöglichen.

##### Der Informationsfluss zwischen den Vereinen und der Gemeinde

Auch der Informationsfluss unter den Vereinen und zwischen den Vereinen und der Gemeinde läuft nicht immer optimal. Eine ständige Ajourierung der Informationen über das Angebot der Vereine könnte dazu dienen, gezielte Antworten auf die jeweils auftretenden spezifischen Bedürfnisse anzubieten und die Zusammenarbeit und Koordinierung der städtischen Vereine im Rahmen eventueller gemeinsamer Projekte und Initiativen zu fördern. In Zusammenarbeit mit Senionet sollte deswegen eine Erhebung und Mappierung der im Stadtgebiet tätigen Vereine und ihrer wichtigsten Initiativen durchgeführt werden.



## Der Informationsfluss zwischen den Sprengeln und „Notfall Senioren“

Der Dienst für SeniorInnen "Notfall SeniorInnen" ist noch nicht zur Genüge mit dem System der Sprengelsozialdienste und ihren Datenbanken verknüpft. Die bestehende Verbindung hängt noch zu stark von der strategischen Rolle von einzelnen Personen ab, die das Projekt bislang betreut haben. Dies führt dazu, dass an den Tagen, an welchen diese Personen nicht anwesend sind, sich der Kommunikationsfluss unterbricht und die Möglichkeit eines gemeinsamen Einsatzes der Sozialdienste und der ehrenamtlichen Vereine abhanden kommt. Es muss deshalb die durchgehende Einsatzfähigkeit des Dienstes gewährleistet und eine engere operative Verbindung mit den Sprengeln aufgebaut werden.

Es besteht außerdem die Notwendigkeit einer konkreteren und wirksameren Zusammenarbeit zwischen den Sprengeldiensten und den ehrenamtlichen Vereinen in folgenden Bereichen:

- Stärkerer Informationsaustausch, denn die Mitarbeiter der Sprengel müssen wissen, welche Vereine in ihrem Gebiet tätig sind und welche Dienste und Initiativen sie anbieten. Eine bessere Zusammenarbeit mit den privaten Sozialdiensten würde den Mitarbeitern der Hauspflegedienste die Möglichkeit bieten, sich stärker auf die reinen Fürsorgeleistungen zu konzentrieren, ohne das wesentliche soziale und beziehungsaufbauende Ziel ihres Handelns zu vernachlässigen.
- Es ist eine verstärkte Koordinierung zwischen den Tagesstätten und den ehrenamtlichen Vereinen notwendig, um eine bessere Organisation ihrer Initiativen zu gewährleisten.
- Es ist notwendig, jenen SeniorInnen Hilfe anzubieten, die noch nicht Kontakt zu den Sozialdiensten aufgenommen haben, auch wenn sie einen Unterstützungsbedarf haben (*case finding*): Manchmal wird dieses Bedürfnis von den Betroffenen selbst nicht wahrgenommen, andere Male besteht ein Unwissen über die verfügbaren Dienste oder es herrscht Misstrauen gegenüber den SozialarbeiterInnen. In all diesen Fällen können die ehrenamtlichen Vereine eine bedeutsame Vermittlerrolle spielen und wichtige Informationen weiterleiten, insbesondere in Bezug auf die Art von unterstützenden Beziehungen, die potentiell aufgebaut werden könnten und die Einsamkeit der jeweils betroffenen Person lindern könnten.

### 2.4.2. Die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen

Die HausärztInnen spielen eine Schlüsselrolle bei der Antwort auf die sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse, da sie für viele ältere Menschen die wichtigste Bezugsperson nicht nur für gesundheitliche Probleme, sondern auch für damit verbundene soziale Schwierigkeiten sind. Die HausärztInnen bieten nicht nur Beratung an (falls die betroffene Person oder ihre Familie ein Bedürfnis äußert), sondern auch Vorbeugung (bei potentiellen Risikosituationen, die zu einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder einer Erschwerung der eventuell bestehenden Defizite führen könnten). Leider besteht noch keine angemessene Koordinierung der BasisärztInnen mit den Sozial- und Fürsorgestrukturen des Stadtgebiets, und so sind die ÄrztInnen oft nicht imstande, ausreichende Informationen über die Kontaktstellen zu geben, bei denen SeniorInnen Hilfe für ihre spezifischen Probleme finden können.

Es müssen deshalb Gesprächsrunden mit den Ärzteverbänden durchgeführt werden, um die Koordinierung und Zusammenarbeit sowohl mit den entsprechenden Sprengeln als auch mit den ehrenamtlichen Vereinen zu gewährleisten. Dies soll bezüglich spezifischer Bedürfnis- und Tätigkeitsbereiche zur allgemeinen Praxis werden.

Zu diesem Zweck wird insbesondere Folgendes vorgeschlagen:

- Ausbau von stärker strukturierten Informationsaustauschkanälen zwischen den Sozial- und Gesundheitssprengeln und den Hausärzten sowie Förderung der Möglichkeit des gegenseitigen Austausches beruflicher Erfahrungen;
- Einbindung der Hausärzte, des Sprengelpersonals, der BürgerInnen und der Vereine in die Ausarbeitung und Verteilung von Informationsbroschüren und -blättern für die ältere Bevölkerung;
- Festlegung jener Aspekte des hausärztlichen Dienstes, die neu definiert werden können, um besser den Bedürfnissen der BürgerInnen zu entsprechen (z.B. Möglichkeit, ärztliche Visiten vorzumerken). Oft sind sich die BürgerInnen nicht zur Genüge ihrer Rechte bewusst. Es muss deshalb darauf hingearbeitet werden, die entsprechende Kenntnis zu fördern. Die Vereine können dabei eine Vermittlerrolle für die gesamte Bevölkerung wahrnehmen.

#### 2.4.3. Die Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten

Die Hauspflege ist einer der Bereiche, wo es am notwendigsten ist, sozialpflegerische und krankenpflegerische Tätigkeiten aufeinander abzustimmen und zu integrieren, um eine globale und personalisierte Antwort auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen anzubieten. Die Integration muss als allererstes die institutionelle Ebene betreffen, denn nur so wird die Möglichkeit geschaffen, auch die berufliche und führungstechnische Ebene aufeinander abzustimmen.

Ausgehend von der bereits angelaufenen institutionellen Zusammenarbeit können folgende Strategien verfolgt werden:

- Auf der beruflichen Ebene müssen die gesammelten Erfahrungen zur Bestimmung gemeinsamer und/oder aufeinander abgestimmter Organisationsmethoden für die Durchführung von sozio-sanitären Maßnahmen, die den Einsatz verschiedener Berufsbilder aus verschiedenen Organisationsstrukturen verlangen, weitergeführt und konkret umgesetzt werden (s. z.B. die bereits durchgeführte Arbeit in Bezug auf die gemeinsamen professionellen Datenblätter).
- Auf der einsatztechnischen Ebene müssen Versuchsprojekte mit spezifischen Zielen und zu spezifischen Einsatzbereichen durchgeführt werden, die die Teilnahme einer begrenzten und genau definierten Zielgruppe vorsehen und zeitlich sowie räumlich eingegrenzt sind, um "Good-Practice"-Modelle aufzubauen und zu evaluieren, die dann auf das gesamte System der Sozial- und Gesundheitsdienste unserer Stadt übertragen werden können. Diesbezüglich wird die Durchführung eines Versuchsprojektes zum „Case Managing“ für die soziale und gesundheitliche Betreuung der zukünftigen GästInnen der geschützten Wohneinrichtung in der Vintlerstraße vorgeschlagen.

Ein weiterer strategischer Bereich, in dem es notwendig erscheint, zwecks einer stärkeren sozio-sanitären Integration Ressourcen zu investieren, ist jener der "geschützten Entlassungen" aus den Krankenhäusern. Ältere Personen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, werden oft direkt in ihre Wohnung zurückversetzt, ohne der Familie und den Hauspflegediensten ausreichend Zeit zu lassen, um sich auf angemessene Weise zu organisieren. Es ist deshalb notwendig, die bereits laufende interne Neuorganisation der Sprengeldienste neu anzuspornen, um dem Personal die Möglichkeit zu geben, die Zeiten für die Bereitstellung der technischen und beruflichen Ressourcen zu verkürzen, die für die Aufnahme der aus dem Krankenhaus entlassenen SeniorInnen bei ihren Familien oder bei den zuständigen Betreuungsstrukturen notwendig sind, und eine wirksamere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern zu gewährleisten.

#### 2.4.4. Das Hauspflegepersonal und die Neudefinition seiner Aufgaben

Angesichts der ständig wachsenden Anzahl von SeniorInnen, die es vorziehen, weiterhin in der eigenen Wohnung zu leben und einer qualitativ hochwertigen Betreuung bedürfen, kommen auf die HauspflegerInnen immer breiter gefächerte Aufgaben zu, von der Unterstützung der Sozialisierung über die pflegerische Betreuung bis hin zu sanitären Leistungen. Der Hauspflegedienst muss deshalb neu organisiert werden, um folgende Ziele zu erreichen:

- verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Berufsbildern, insbesondere den KrankenpflegerInnen, da es hygienische Pflegeleistungen gibt, die sich schwer von der sanitären Pflege trennen lassen und nicht von zwei verschiedenen Fachpersonen in zwei verschiedenen Augenblicken durchgeführt werden können (man denke an die bettlägerigen SeniorInnen, bei denen die Körperwäsche nicht getrennt von der Behandlung eventueller Dekubituswunden erfolgen kann). So weit die nationale und Landesgesetzgebung es zulässt, müsste sowohl im Bereich der Ausbildung als auch in organisationstechnischer Hinsicht eine stärkere Zusammenarbeit und zwischenberufliche Flexibilität erreicht werden, zumindest hinsichtlich spezifischer Leistungen, die gemeinsam von den jeweiligen Arbeitsgruppen festgelegt werden sollten<sup>23</sup>;
- Entlastung des Hauspflegepersonals von all jenen Tätigkeiten, die dazu dienen, das Beziehungsnetz von nicht mehr selbständigen SeniorInnen aufrecht zu erhalten und sie gesellschaftliche einzubinden, und die von den primären Netzen übernommen werden können. Die unverzichtbare Vermenschlichung der Hauspflegedienste muss Hand in Hand gehen mit der Beschränkung auf die vordergründig pflegerische und fürsorgegerichtet Funktion des Dienstes. In dieser Hinsicht ist eine stärkere Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Vereinen notwendig, die insbesondere bei der Freizeitgestaltung eine größere Rolle spielen müssten;
- Wahrnehmung der ehrenamtlichen Vereine als Ressource für die Grundbetreuung (z.B. persönliche Hygiene) der nicht selbständigen SeniorInnen. Zu diesem Zweck könnten einige der von den ehrenamtlichen Vereinen in unserem Stadtgebiet eingerichteten Zentren für SeniorInnen angemessen ausgestattet werden und den öffentlichen Dienst ergänzen.
- Eingrenzung der para-sanitären Leistungen wie z.B. die Fußpflege, die derzeit von den Tagesstätten und dem Hauspflegedienst angeboten werden. Es handelt sich um eine Pflegeleistung, die für das Wohlbefinden älterer Menschen wesentlich ist, da sie Gehproblemen vorbeugt und zudem eine Gelegenheit zur Sozialisierung liefert. Die Fußpflege gehört - wie auch andere Leistungen - nicht direkt zum sanitären Bereich und könnte von spezifischen Berufsbildern übernommen werden. Derzeit wird der Dienst durch private Freiberufler gedeckt, was in Bozen angesichts des dürftigen Angebots ziemlich kostenaufwändig ist. Dieser Bereich müsste deshalb weitgehend geregelt werden (Steigerung der Anzahl von privaten Freiberuflern, die diese Aufgabe übernehmen, Einführung von Vouchers für die einzelnen Leistungen usw.), um den öffentlichen Diensten mehr Zeit zu lassen, sich jenen Tätigkeiten zu widmen, die dem Zweck der Hauspflege und Fürsorge für SeniorInnen und andere Zielgruppen näher entsprechen.
- Grenzen ziehen zu Leistungen physiotherapeutischer Art, um die HauspflegerInnen nicht auch mit Tätigkeiten zu belasten, die von eigenem Fachpersonal des Sanitätssystems übernommen werden könnten.

---

<sup>23</sup> Man siehe zum Beispiel die Inbetriebnahme des Infopoint – Bürgerservice beim Sozial- und Gesundheitssprengel Europa-Neustift, mit Tätigkeiten, die gemeinsam von Sozial- und Gesundheitsfachleute durchgeführt werden, oder das Projekt im Stadtviertel Zentrum-Bozner Boden-Rentsch für die Organisation eines übergreifenden Systems, welches den Bedürfnissen der zu Hause gepflegten NutzerInnen mit schwerwiegenden sozio-sanitären Schwierigkeiten gerecht werden soll.

- Bestimmung der Einsatzkriterien, die es den HauspflegerInnen ermöglichen, gemeinsam mit den Familien und eventuell auch mit den privaten BetreuerInnen („BadantInnen“) ein individualisiertes Betreuungsprogramm zu vereinbaren, um eine qualitativ hochwertige Fürsorge zu gewährleisten. In dieser Hinsicht muss das ausgebildete Personal des öffentlichen Dienstes die immer notwendiger werdende Aufgabe der Vermittlung und die gemeinsame Festlegung der konkreten Fürsorgeleistungen übernehmen und somit eine „Bildungsfunktion“ ausüben, ohne jedoch zu einer Kontrollfigur auszuarten, die das erforderliche gegenseitige Vertrauen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zerstören würde.

#### 2.4.5. Private HauspflegerInnen („BadantInnen“)

Der sozialpolitische Rahmen, innerhalb dessen das Hauspflegesystem neu definiert werden muss, weist folgende Schlüsselemente auf:

- Zunahme der Lebenserwartung der älteren Bevölkerung;
- Neigung, ältere Menschen mit Selbstständigkeitsdefiziten in ihrem Eigenheim verbleiben zu lassen, um ihnen eine bessere Lebensqualität zu ermöglichen;
- zunehmend strategische Rolle der ausländischen BetreuerInnen, die private Hauspflegeleistungen anbieten („BadantInnen“). Angesichts der begrenzten Ressourcen der öffentlichen Fürsorge ist ihr Beitrag wesentlich, um den älteren Menschen die Möglichkeit zu gewähren, weiterhin bei sich zu Hause zu leben.

In Ermangelung eines definierten Landesgesetzesrahmens werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Durchführung einer gezielten Analyse des Hauspflegekontextes, mit besonderem Augenmerk auf die mehrfache Funktion (Gesellschaft, Kontrolle, Betreuung usw.), die die privaten HauspflegerInnen wahrnehmen, sowie auf das Verhältnis zwischen der Kultur des Ursprungslandes und die Haltung gegenüber den Betreuungs- und Pflegeleistungen, um die von ihnen übernommenen Dienste auf eine zunehmend angemessene Weise zu unterstützen.
- Verstärkung und Verbreitung der Vermittlungsdienste zwischen den Familien und den privaten Hauspflegediensten, zu den folgenden Zwecken:
  - um den Familien Informationen und organisatorische Auskünfte über die Arbeitsverträge bereitzustellen, die für die privaten HauspflegerInnen gelten (Aufenthaltsgenehmigung, Arbeitsvertrag usw.);
  - um den HauspflegerInnen Bildungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, und zwar sowohl sprachlicher als auch psychologischer Art (die tägliche Pflege einer älteren Person über eine lange Zeit ist emotional sehr belastend), sowie für die Bereitstellung eines auf die wirksame Zusammenarbeit mit dem Personal der öffentlichen Hauspflegedienste ausgerichteten beruflichen Weiterbildungsangebots, bis zur Verabschiedung eines genaueren Gesetzesrahmens, der landesweit eventuelle berufliche Voraussetzungen festlegen wird (z.B. Akkreditierung).

#### 2.4.6. Aktives Monitoring der Bedürfnisse im Stadtgebiet - Case Finding

Angesichts der breit gefächerten Bedürfnisse einer ständig wachsenden Anzahl von älteren Menschen, die entweder allein oder mit ihren Familien leben, neigen die territorialen Sozial- und Fürsorgedienste manchmal dazu, lediglich auf die eingehenden Anfragen zu reagieren, und nicht vorbeugend zu handeln. In anderen Worten bedeutet dies, dass sie darauf warten, dass die BürgerInnen zu ihnen kommen, um ihre Bedürfnisse mitzuteilen, ohne aktive Monitoring- und Vorsorgetätigkeiten durchzuführen. Das Personal ist sich bewusst, dass die dringendsten Bedürfnisse hingegen gerade bei Menschen vorliegen, die weder die Kraft noch die Ressourcen oder die Selbstständigkeit besitzen, um sich aktiv an die öffentlichen Strukturen zu wenden. Es ist deshalb notwendig, eine engere Beziehung zwischen den Sprengeln und anderen „Informationsquellen“ zu fördern, die im

Gemeindegebiet aktiv sind, darunter insbesondere den Vereinen, die Mitglieder des Seniorsnets sind, um ihre Fähigkeit, hilfsbedürftige Menschen zu "erkennen", weiter auszubauen.

## *2.5. Förderung der sozialen Solidarität und des Vereinswesens*

Was den Ausbau der Sozialnetze und die Vorbeugung des sozialen und gesundheitlichen Unbehagens der älteren Bevölkerung anbelangt, besteht die Schwierigkeit, einen Kontakt und eine Beziehung zu den älteren Menschen herzustellen, die die Mauer ihres "Einsiedlerlebens" durchbrechen. Spontan suchen ältere Menschen weder die öffentlichen Dienste noch die privaten und ehrenamtlichen Vereine auf.

Die "traditionellen" Werbungsmodalitäten der Vereine, die auf der schriftlichen Verbreitung von Informationen basieren (z.B. Briefe, die ihre Tätigkeiten beschreiben, Flugblätter, Leitfäden über die angebotenen Dienste usw.), haben keine nennenswerten Ergebnisse erzielt. Es ist ohne Zweifel schwierig, die verwurzelten Gewohnheiten der älteren Menschen zu ändern, die sich der Einsamkeit ihrer Wohnsituation angepasst haben.

Auch die ausdrückliche Charakterisierung der Vereine als "Vereine für ältere Menschen" scheint oft eine widersprüchliche Wirkung zu haben: anstatt als Hinweis auf eine bestimmte Lebenssituation und als Angebot für spezifische und verbreitete Bedürfnisse interpretiert zu werden, wird die Benennung als negatives Etikett zurückgewiesen, da sie als Synonym für Altsein, Schwäche, soziale Ausgrenzung usw. wahrgenommen wird.

Eine weitere Schwierigkeit hängt damit zusammen, dass nur wenige BürgerInnen bereit sind, ehrenamtlich an den Tätigkeiten der Vereine mitzuwirken.

Es zeichnet sich somit das Bedürfnis ab, neue Wege für die Ausarbeitung einer gemeinsamen Strategie zur Förderung der Vereine aufzuzeichnen, die sich mit älteren Menschen und ihren Familien befassen, und zwar mit dem Ziel einer wirksamen Verbreitung der Informationen über die Vereine, die bereits im Gemeindegebiet tätig sind, sowie der Einbeziehung neuer ehrenamtlicher MitarbeiterInnen, indem u.a. die Möglichkeiten eines fruchtbaren Austauschs zwischen Generationen ins Licht gerückt wird, die die Vereinstätigkeiten bieten.

Es ist außerdem fraglich, ob die Bezeichnung "Notdienst" optimal ist, um die Kontaktaufnahme der älteren BürgerInnen zu fördern: Es besteht die verständliche Neigung, "Notfälle" als Situationen äußerst schweren Unbehagens zu interpretieren, mit denen man sich spontan nicht gerne identifiziert. Dies könnte einen Teil der potentiellen NutzerInnengruppe von den angebotenen Diensten fernhalten. Welches Wort könnte man anstelle von „Notdienst“ benutzen? "Grüne Nummer für SeniorInnen"? "SeniorInnenschalter"? "Infostelle SeniorInnen"? Oder sollte man vielleicht auch die Bezeichnung "SeniorInnen" streichen und zum Beispiel einfach "Nützliche Anrufnummer" sagen?

Um unabhängig von der Teilnahme an Vereinen oder strukturierten Gruppen weitere Solidaritätsressourcen zu Gunsten der älteren Bevölkerung zu aktivieren, könnten auch in Bozen "Nachbarschaftsprojekte" lanciert werden, die die spontane Aufmerksamkeit und unterstützende Solidarität gegenüber unseren schwächeren MitbürgerInnen zu fördern. Eventuell könnten NachbarInnen auch eine Vermittlerrolle einnehmen und den Zugang der in ihrer Nähe lebenden älteren Menschen zu den Sozial- und Gesundheitsdiensten erleichtern. Ein geeignetes Instrument für die Umsetzung dieser Art von Initiativen sind die Stadtviertel und die entsprechenden territorialen Organisationsstrukturen. Wer an solchen Initiativen teilnimmt, kann dies durch die Anbringung eigener graphischer Symbole an der eigenen Haustür erkenntlich machen und somit auch zur weiteren Verbreitung des Projektes beitragen (ähnliche Erfahrungen gibt es bereits in Italien - Brescia - und in Österreich).

## **4. ZUSAMMENFASSENDE DATENBLÄTTER MIT BESCHREIBUNG DER MASSNAHMEN**

### **ZUGANG ZU DEN DIENSTEN UND KOORDINIERUNG**

1. Informationssystem über die Dienste
2. Gemeinsame Koordinierung der Sprengel – Basismedizin – privaten Sozialdiensten – Öffentliche Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen (ÖFWE) – Autonome Provinz Bozen (APB)
3. Bildungsmassnahmen

### **WOHNHEIM UND STATIONÄRE AUFNAHMESTRUKTUREN**

4. Verwirklichung von neuen stationären Aufnahmestrukturen
5. Aufstockung der Schlafplätze für die vorübergehende Aufnahme in Altersheimen
6. Koordinierung und Ajourierung der Rangordnungen für stationäre Aufnahmestrukturen
7. Neue Planungsmodelle und strukturelle Anpassung der stationären Aufnahmeeinrichtungen
8. Beiträge für die Sanierung der Wohnungen älterer Menschen
9. Spezialisierte Aufnahmeeinheiten
10. Geschützte Wohnungen
11. Case Management in geschützten Wohnungen
12. Sozialer Notdienst

### **TERRITORIALE FÜRSORGE UND HAUSPFLEGEDIENSTE**

13. Geschützte Entlassungen aus dem Krankenhaus
14. Einführung und Konsolidierung der Integration zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich
15. Integrierte Hauspflege
16. Informationsvermittlung für die Familien und die privaten HauspflegerInnen. Beobachtung
17. Informationsbroschüre über die Hauspflegedienste für Personen und Familien mit nicht selbständigen SeniorInnen
18. Aufwertung und Neuorganisation der Tagestätten

### **FÖRDERUNG DER SOZIALEN EINBINDUNG UND VORBEUGUNG**

19. Sozial- und Gesundheitserziehung
20. Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit
21. Solidarische Nachbarschaft
22. Ältere Menschen als Ressource

ZUGANG ZU DEN DIENSTEN UND KOORDINIERUNG

**DATENBLATT 1**

TITEL	<b>INFORMATIONSSYSTEM ÜBER DIE DIENSTE</b>
BESCHREIBUNG	Gemeinsame Ausarbeitung von leicht zugänglichen und verständlichen Leitfäden über die Sozial- und Gesundheitsdienste (auf Papier, Internet und in den örtlichen Medien).
ZIEL	Förderung der Kenntnis der Sozial- und Gesundheitsdienste, die sowohl vom öffentlichen als auch vom Privatbereich angeboten werden, bei den potentiellen DienstnutzerInnen.
ZIELGRUPPE	Ältere Bevölkerung, die noch nicht Kontakt zu den Sozial- und Gesundheitsdiensten aufgenommen hat.
STÄRKEN	Verbreitung von Informationen, die einen auf die tatsächlichen Bedürfnisse ausgerichteten und gezielten Zugang zu den Diensten ermöglichen.
SCHWÄCHEN	Schwierigkeit, die potentiellen DienstnutzerInnen tatsächlich zu erreichen, insbesondere wenn es sich um Personen handelt, die misstrauisch sind.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung, Vereine des Sozialbereichs (Seniorennetz)
PROJEKTPARTNER	BSB (Betrieb für Sozialdienste Bozen), SBBz (Sanitätsbetrieb Bozen), APB (Autonome Provinz Bozen), Ärztekammer
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	5.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebung der Verbreitung und der Wahrnehmung der Informationen bei den potentiellen DienstnutzerInnen.
ERGEBNISINDIKATOREN	Verbreitung im Gemeindegebiet, Aufnahme von Kontakten zu den Dienststellen von Seiten potentieller DienstnutzerInnen (neue Kontakte), bereichsübergreifende Einbindung.

**DATENBLATT 2**

TITEL	<b>GEMEINSAME KOORDINIERUNG DER SPRENGEL - HAUSÄRZTE - PRIVATEN SOZIALDIENSTE - ÖFWE - APB</b>
BESCHREIBUNG	Schaffung eines stabilen Netzes zum Informationsaustausch und zur Koordinierung der Einsätze zwischen der Gemeinde, den Hausärzten, den Sprengeln, den privaten Dienstleistern (insbesondere Seniornet), den ÖFWE und allen anderen Bezugsfiguren, die hinsichtlich der verschiedenen Problembereiche eine bedeutsame Rolle spielen, sowohl mittels Einführung regelmäßiger Treffen als auch mittels Internet und E-Mail. Regelmäßige Treffen müssten in Bezug auf folgende drei Arbeitsbereiche stattfinden: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wohneinrichtungen und stationäre Aufnahme;</li> <li>2. territoriale Dienste und Hauspflegedienste;</li> <li>3. soziale Einbindung und vorbeugende Maßnahmen.</li> </ol>
ZIEL	Gemeinsam erarbeitete und koordinierte Maßnahmen in Antwort auf spezifische Bedürfnisse oder im Einklang mit Initiativen der Akteure des örtlichen Fürsorgesystems.
ZIELGRUPPE	Die wichtigsten Einrichtungen des öffentlichen und privaten Sozial- und Gesundheitsbereichs, die Tätigkeiten zu Gunsten der älteren Bevölkerung durchführen.
STÄRKEN	Erprobung innerhalb des örtlichen Fürsorgesystems von Planungsverfahren und -methoden, die zum Ziel haben, gemeinsame und sich gegenseitig ergänzende Maßnahmen zu treffen.
SCHWÄCHEN	Festlegung spezifischer Arbeitsbereiche, die im Verlauf des Projektes evaluiert werden sollen.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	BSB, SBBz, Seniornet, Ärztekammer, ÖFWE (Öffentliche Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen), APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	kontinuierliche, unbefristete Tätigkeit
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der Planungs- und Erprobungspfade.
ERGEBNISINDIKATOREN	Auf die globale Wahrnehmung der Bedürfnisse der älteren Bevölkerung ausgerichtete Abänderung und Anpassung der Maßnahmen.



ZUGANG ZU DEN DIENSTEN UND KOORDINIERUNG

**DATENBLATT 3**

TITEL	<b>BILDUNGSMASSNAHMEN</b>
BESCHREIBUNG	Einrichtung von theoretischen und praktischen Ausbildungsangeboten, die sowohl hinsichtlich der Planung als auch der Teilnahme das Personal des Sozial- und Gesundheitsbereichs, die ehrenamtlichen Vereine und die Bevölkerung mit einbeziehen.
ZIEL	Förderung der Kompetenz aller Personen, die sich auf verschiedener Weise für die Verbesserung der Lebensqualität der älteren Bevölkerung einsetzen.
ZIELGRUPPE	Personal des Sozial- und Gesundheitsbereichs, ehrenamtliche Mitarbeiter, Bevölkerung.
STÄRKEN	Bei der Festlegung der thematischen Bereiche, der Methoden und der Modalitäten der Aus- und Weiterbildungskurse im Einklang mit den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung können die Informations- und Organisationsressourcen eingesetzt werden, die sich aus den Arbeitsrunden ergeben werden, die im Datenblatt 2 beschrieben sind.
SCHWÄCHEN	Schwierigkeit der sich gegenseitig ergänzenden Einbindung der verschiedenen Akteure und Organisationen.
VERANTWORTLICHE	Seniornet, Amt für Sozialplanung, Berufsausbildung, APB
PROJEKTPARTNER	SBBz, BSB, Ärztekammer
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	Keine Ausgabe, interne Ressourcen und Landesressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebung der DienstnutzerInnen. Monitoring der von den TeilnehmerInnen wahrgenommenen Qualität des Ausbildungsangebots.
ERGEBNISINDIKATOREN	Customer satisfaction. Verknüpfung zwischen den Ausbildungsmaßnahmen und der Durchführung von Initiativen im Stadtgebiet.

**DATENBLATT 4**

TITEL	<b>VERWIRKLICHUNG VON NEUEN STATIONÄREN AUFNAHME-STRUKTUREN</b>
BESCHREIBUNG	Verwirklichung von neuen stationären Aufnahmestrukturen mit insgesamt 150 Schlafplätzen.
ZIEL	Aufstockung des Angebots an stationären Aufnahmestrukturen im Einklang mit der Zunahme der älteren Bevölkerung.
ZIELGRUPPE	Ältere Bevölkerung mit Bedürfnis nach kontinuierlicher Betreuung, für die der Hauspflagedienst nicht mehr ausreicht.
STÄRKEN	Es besteht ein bereits konsolidiertes stationäres Aufnahmesystem, dessen Organisationsmodelle und professionelle Methoden einen wichtigen Bezugspunkt liefern. Möglichkeit des Zusammenspiels mit dem SBBz und den privaten Sozialeinrichtungen.
SCHWÄCHEN	Hohe Kosten für die Verwirklichung sowie die ordentliche und außerordentliche Instandhaltung. Schwierigkeit, qualifiziertes Personal ausfindig zu machen. Notwendigkeit, die neuen Strukturen offen zu halten auch für andere Maßnahmen, um das Beziehungspotential sowie die gesellschaftliche Einbindung der GästInnen zu fördern.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	BSB, SBBz, private Sozialeinrichtungen, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Innerhalb der nächsten 5 Jahre
KOSTEN	Bei laufendem Betrieb: - durchschnittliche Jahreskosten für die ordentliche und außerordentliche Instandhaltung: ca. 50.000,00 € pro Struktur - Ergänzungsbeiträge zur Deckung der jährlichen Führungskosten: 1.000.000,00 € (für 150 Plätze).
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der strukturellen Verwirklichung und der Inbetriebnahme (Evaluierung von Output und Outcome).
ERGEBNISINDIKATOREN	Deckungsgrad der neu zur Verfügung stehenden Schlafplätze. Von den BürgerInnen wahrgenommene berufliche Qualität der Betreuungs- und Pflegeleistungen.

**DATENBLATT 5**

TITEL	<b>AUFSTOCKUNG DER SCHLAFPLÄTZE FÜR DIE VORÜBERGEHENDE AUFNAHME IN ALTERSHEIMEN</b>
BESCHREIBUNG	Steigerung der vorübergehenden Aufnahmen (max. 6 Wochen) in den städtischen Altersheimen, sowohl mittels Sanierung als auch Neuorganisation der zur Verfügung stehenden festen und zeitweiligen Schlafplätze.
ZIEL	Verstärkte Fähigkeit, auf das Bedürfnis der Familien nach befristeter und programmierbarer Aufnahme in Altersheimen zu reagieren.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen mit Selbstständigkeitsdefiziten, die mit ihren Familien leben.
STÄRKEN	Die bereits bestehenden Dienste haben ein noch unausgeschöpftes Nutzungspotential.
SCHWÄCHEN	Schwierigkeit, das Bedürfnis der Familien nach pflegerischer Unterstützung ganz zu erfüllen, da es sich auf bestimmte Zeitperioden während des Jahres konzentriert.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	Amt für Sozialplanung
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Bei Neuorganisation: keine Ausgabe – interne Ressourcen.
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring über die Verwirklichung neuer Strukturen/Neuorganisation bereits bestehender Strukturen. Evaluierung des Outputs und Outcomes.
ERGEBNISINDIKATOREN	Deckungsgrad der zur Verfügung gestellten Schlafplätze.

**DATENBLATT 6**

TITEL	<b>KOORDINIERUNG UND AJOURIERUNG DER RANGORDNUNGEN FÜR STATIONÄRE AUFNAHMESTRUKTUREN</b>
BESCHREIBUNG	Aufbau eines übergreifenden Informations- und Koordinierungsnetzes zwischen den öffentlichen und privaten Einrichtungen, ständige Ajourierung anhand der demografischen Daten, über die die Gemeinde verfügt.
ZIEL	Bestimmung der genauen Anzahl von SeniorInnen, die um eine stationäre Aufnahme ersuchen.
ZIELGRUPPE	Ältere Bevölkerung, die bei den öffentlichen und privaten Einrichtungen um stationäre Aufnahme ersucht.
STÄRKEN	Aufbau einer zuverlässigen Datenbank. Möglichkeit der gemeinsamen Festlegung der Sozial- und Gesundheitskriterien, nach denen der Bedarf nach stationärer Aufnahme bewertet wird.
SCHWÄCHEN	Die Zusammenarbeit sollte nicht nur die statistische Bewertung betreffen, sondern auch zur gemeinsamen und angemessenen Bewertung der individuellen und/oder familiären Bedürfnisse führen.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	BSB, SBBz, private stationäre Aufnahmestrukturen
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Strukturierung der Datenbank. Gemeinsame Festlegung von gemeinsamen Kriterien zur sozio-sanitären Bewertung des Bedürfnisses.
ERGEBNISINDIKATOREN	Häufigkeit der Ajourierung der Datenbank. Wirksamkeit der angewandten Bewertungskriterien.

**DATENBLATT 7**

TITEL	<b>NEUE PLANUNGSMODELLE UND STRUKTURELLE ANPASSUNG DER STATIONÄREN AUFNAHMEEINRICHTUNGEN</b>
BESCHREIBUNG	Dokumentation, Suche und Evaluierung von alternativen Projekten für die stationäre Aufnahme und Pflege von SeniorInnen, die den unterschiedlichen Selbstständigkeitsdefiziten und Bedürfnisarten angepasst sind.
ZIEL	Die Sanierung der Bozner Aufnahmestrukturen nach Kriterien orientieren, die den "Good-Practice"-Modellen entsprechen, die auf nationaler und internationaler Ebene entwickelt werden.
ZIELGRUPPE	Manager, Fachleute und ehrenamtlich Tätige, die bei der Führung und Planung von stationären Aufnahmestrukturen für SeniorInnen eingebunden sind.
STÄRKEN	Aufbau von professionellen Zusammenarbeitsmöglichkeiten und von operativen Bezugspunkten, die imstande sind, den Pflegebedürfnissen der älteren Menschen immer wirksamer entgegenzukommen.
SCHWÄCHEN	Abänderung und Ergänzung der örtlichen Planung anhand der ausfindig gemachten "Good-Practice"-Modelle.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung, Arbeitsgruppe über die Wohnqualität der älteren Bevölkerung in Bozen
PROJEKTPARTNER	BSB, SBBz, private stationäre Aufnahmestrukturen, Vereine des Sozialbereichs, APB
PRIORITÄTEN	B
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	10.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Dokumentation über innovative Planungsstrategien im Sozialbereich. Machbarkeitsstudien, die den örtlichen sozialen und territorialen Kontext berücksichtigen.
ERGEBNISINDIKATOREN	Erneuerung der stationären Aufnahme-strategien. Durchführung von Arbeitsrunden zur gemeinsamen Planung im Sozialbereich.

**DATENBLATT 8**

TITEL	<b>BEITRÄGE FÜR DIE SANIERUNG DER WOHNUNGEN ÄLTERER MENSCHEN</b>
BESCHREIBUNG	Finanzielle Beiträge an Vereine, die Planungsberatung für die Sanierung von Wohnungen älterer Menschen anbieten.
ZIEL	Älteren Menschen die Möglichkeit bieten, weiterhin in ihrer Wohnung zu verbleiben, indem architektonische Hindernisse, die ihr tägliches Leben behindern, beseitigt oder reduziert werden.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen mit einem hohen sozio-sanitären Selbständigkeitsgrad, die in ihrer Wohnung leben.
STÄRKEN	Förderung einer besseren Lebensqualität der SeniorInnen und ihrer Familien.
SCHWÄCHEN	Ressourcen, Festlegung der Wohnstandards, Evaluierung des Wohnbedürfnisses, Festlegung der Kriterien für die Gewährung der Beiträge, Koordinierung mit wohnpolitischen Maßnahmen, die den tatsächlichen Bedürfnissen der älteren Menschen und ihrer Familien entsprechen.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	IPES, Amt für Wohnbau, APB, Vereine des Sozialbereichs
PRIORITÄTEN	B
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	20.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der durchgeführten Sanierungen sowie ihrer Angemessenheit. Erhebung der Customer Satisfaction.
ERGEBNISINDIKATOREN	Objektive Indikatoren (quantitative Evaluierung der durchgeführten Sanierungen) und subjektive Indikatoren (Wahrnehmung von Seiten der BürgerInnen).

**DATENBLATT 9**

TITEL	<b>SPEZIALISIERTE AUFNAHMEEINHEITEN</b>
BESCHREIBUNG	Einrichtung spezialisierter Einheiten oder Abteilungen innerhalb der bereits bestehenden stationären Aufnahmestrukturen, für die Betreuung von Zielgruppen mit spezifischen Sozial- und Gesundheitsdefiziten.
ZIEL	Bereitstellung angemessener Einrichtungen für spezifische Krankheitsbilder, die einer besonderen professionellen Organisation bedürfen.
ZIELGRUPPE	SeniorInnen mit spezifischen Alterskrankheiten und Behinderungen.
STÄRKEN	Aufbau eines Dienstes, der spezifischen Bedürfnisarten entspricht.
SCHWÄCHEN	Einbindung besagter Einheiten und der entsprechenden GästInnen in größere stationäre Aufnahmestrukturen und -netze, um die Ausgrenzung zu vermeiden und Möglichkeiten der sozialen Einbindung zu fördern.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	Amt für Sozialplanung, APB, SBBz
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Die Kosten hängen vom Ausmaß der Sanierung ab.
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebung der Bedürfnisse der potentiellen NutzerInnen und der tatsächlichen Nutzung von Seiten der BürgerInnen. Erhebung des Zufriedenheitsgrades der Familien.
ERGEBNISINDIKATOREN	Deckung der Strukturen

**DATENBLATT 10**

TITEL	<b>GESCHÜTZTE WOHN EINRICHTUNGEN</b>
BESCHREIBUNG	Für selbständige oder teilweise unselbständige SeniorInnen ausgestattete Wohneinrichtungen mit sozialer und pflegerischer Basisbetreuung.
ZIEL	Organisation von Wohneinrichtungen, die zusätzlich zur sozialen und pflegerischen Basisbetreuung den älteren Menschen auch die Möglichkeit bieten, die eigene Autonomie beizubehalten bzw. zu verstärken.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen mit leichten Sozial- und Gesundheitsproblemen.
STÄRKEN	Angebot einer Alternative zum Altersheim für all jene älteren Menschen, die zwar insgesamt selbständig sind, aber einen engeren Bezug zu den Sozialdiensten benötigen.
SCHWÄCHEN	Aufbau eines sanitären Betreuungssystems, das den Bedürfnissen der DienstnutzerInnen entspricht.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung, Amt für Wohnbau
PROJEKTPARTNER	Ärztammer, BSB, SBBz, APB, Vereine
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	<p>Beispiel:                  Vintlerstraße 4. 15 Wohnungen innerhalb einer einzigen Struktur:                  3.283.471,00 € GESAMTKOSTEN, davon:                  Projekt: 360.731,35 € /einmalige Ausgabe                  Arbeiten: 2.626.615,42 € /einmalige Ausgabe                  Projektierung: 11.124, 23 € /einmalige Ausgabe                  Einrichtung: 250.000,00 €/einmalige Ausgabe                  BetreuerIn: 35.000,00 € /jährlich                  Kosten zu Lasten der DienstnutzerInnen: Sozialmiete oder Konzessionsgebühr + Beitrag für die von der/dem BetreuerIn geleistete Arbeit + ordentliche Instandhaltung + Nebenkosten.                  Außerordentliche Instandhaltung: Da es sich um eine neue Struktur handelt, sind für das Jahr 2006 keine relevanten Ausgaben für außerordentliche Instandhaltung vorgesehen.</p>
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebung der tatsächlichen Bedürfnisse der DienstnutzerInnen, Einbindung der Struktur in ein weiteres Netz von Maßnahmen zur Förderung der sozialen Einbindung, Koordinierung mit dem Gesundheitsdienst.
ERGEBNISINDIKATOREN	Auslastung der Struktur, Zufriedenheit der DienstnutzerInnen, von der Betreuungsperson geleistete Unterstützung.



**DATENBLATT 11**

TITEL	<b>CASE MANAGEMENT IN GESCHÜTZTEN WOHNUNGEN</b>
BESCHREIBUNG	Zusätzlich zur Bereitstellung einer beruflich ausgebildeten Person, die sich um eventuelle Fürsorgebedürfnisse kümmert, müsste die Zuweisung eines Hausarztes erprobt werden, der für die gesundheitliche Betreuung aller GästInnen der Struktur zuständig ist.
ZIEL	Erprobung einer integrierten Sozial- und Gesundheitsbetreuung der GästInnen.
ZIELGRUPPE	GästInnen der geschützten Wohnstruktur in der Vintlerstraße.
STÄRKEN	Unkomplizierte Koordinierung des "Case Managing" dank der gemeinsamen Unterkunft.
SCHWÄCHEN	Recht auf freie Wahl des eigenen Hausarztes und Weiterführung der Vertrauensbeziehung zum "traditionellen" Hausarzt.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	Ärztammer, SBBz, BSB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der probeweisen Umsetzung: Evaluierung des sozio-sanitären Organisationsmodells, das den Bedürfnissen der GästInnen am besten entspricht. Zufriedenheitsgrad der GästInnen.
ERGEBNISINDIKATOREN	Aufbau eines "Case-Management"-Modells, das auf weitere Schichten der in Bozen ansässigen älteren Bevölkerung ausgedehnt werden kann, sowohl innerhalb als auch außerhalb der stationären Aufnahmestrukturen.

**DATENBLATT 12**

TITEL	<b>SOZIALER NOTDIENST</b>
BESCHREIBUNG	Struktur, die im Falle eines unmittelbaren, nicht programmierbaren und unaufschiebbaren Wohnbedürfnisses zur Verfügung steht, bis wieder die Sozial- und Gesundheitsbedingungen hergestellt werden, die ein selbständigeres Leben zulassen.
ZIEL	Älteren Menschen, die sich in einer sozialen "Notstandssituation" befinden, Hilfe anbieten.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen und ihre Familien.
STÄRKEN	Eine Antwort auf ein soziales Bedürfnis anbieten, das bisher durch den Zugriff auf die sanitären Einrichtungen gedeckt wurde.
SCHWÄCHEN	Es muss darauf geachtet werden, dass besagte Strukturen für tatsächliche Notstandssituationen zur Verfügung stehen, und nicht für andere Nutzungsarten, darunter vor allem die geschützten Entlassungen aus den Krankenhäusern, für welche hingegen eine bessere organisatorische Koordinierung zwischen dem Krankenhaus und den Sprengeln notwendig ist.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	SBBz, Notfall SeniorInnen
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	150.000,00 € jährlich
EVALUIERUNGSMETHODEN	Deckungsgrad der Struktur, Erhebung der Bedürfnisse und des Zufriedenheitsgrades der NutzerInnen, organisatorische Koordinierung mit den Hauspflagediensten.
ERGEBNISINDIKATOREN	Unmittelbarkeit der Antwort auf das Bedürfnis, Koordinierung mit angemesseneren unterstützenden Sozial- und Gesundheitsmaßnahmen.

## DATENBLATT 13

TITEL	<b>GESCHÜTZTE ENTLASSUNGEN AUS DEN KRANKENHÄUSERN</b>
BESCHREIBUNG	Gemeinsame Neuorganisation der unterstützenden Maßnahmen, die ältere Menschen von der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zur Rückkehr in ihre Wohnung begleiten, ausgehend von einem koordinierten System an sozialen und gesundheitlichen Hilfsleistungen.
ZIEL	Koordinierung und organisatorische Neuplanung.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen und ihre Familien.
STÄRKEN	Verstärkung der Effizienz innerhalb der sanitären Strukturen. Von angemessener Unterstützung von Seiten der Hauspflegedienste und der ehrenamtlichen Vereine begleitete Rückkehr in den eigenen Wohnkontext.
SCHWÄCHEN	Einführung von Arbeitsverfahren, die eine Zusammenarbeit zwischen dem System der Sozialdienste und dem System der Gesundheitsdienste erfordern, sowie Neustrukturierung der Sozialdienste im Gemeindegebiet.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	SBBz, Ärztekammer, Amt für Sozialplanung
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2007
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebung der PatientInnen. Evaluierung des sozio-sanitären Integrationsgrades, welcher auf institutioneller, verwaltungstechnischer und beruflicher Ebene erreicht wurde.
ERGEBNISINDIKATOREN	Zufriedenheitsgrad der einzelnen PatientInnen und ihrer Familien. Ausarbeitung gemeinsamer beruflicher und einsatztechnischer Verfahren.
ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN	Orientierungskriterien sind in den Leitlinien über die Integration der Sozial- und Gesundheitsdienste enthalten.

## DATENBLATT 14

TITEL	<b>EINFÜHRUNG UND KONSOLIDIERUNG DER INTEGRATION ZWISCHEN SOZIAL- UND GESUNDHEITSBEREICH</b>
BESCHREIBUNG	Erprobung von Wegen der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und MitarbeiterInnen der Sozial- und der Gesundheitsdienste und Festlegung der entsprechenden Ziele, Zielgruppen und Umsetzungszeiten. Startpunkt soll der berufliche Leitfaden für MitarbeiterInnen des Sozialbereichs sein, welcher derzeit vom BSB ausgearbeitet wird. Bei der Ausarbeitung werden jene Bereiche festgelegt, für welche die Integration von sozialen und sanitären Maßnahmen besonders wichtig ist, sowie die entsprechenden Umsetzungsmittel. Außerdem soll die bereits gestartete Arbeit für die Einführung gemeinsamer, übergreifender sozio-sanitärer Datenblätter fortgeführt werden.
ZIEL	Überwindung des organisatorischen und einsatztechnischen Selbstbezugs der Sozial- und der Gesundheitsdienste, um Dienste anzubieten, die den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen.
ZIELGRUPPE	Dienste für SeniorInnen, die eine starke Verknüpfung zwischen sozialen und sanitären Aspekten aufweisen.
STÄRKEN	Notwendigkeit, auf wirksame Weise auf die Gesamtheit der Bedürfnisse der BürgerInnen zu reagieren.
SCHWÄCHEN	Organisatorischer und beruflicher Selbstbezug der Sozialdienste und der Gesundheitsdienste, die immer noch getrennten Regeln folgen.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	Amt für Sozialplanung, SBBz, Vereine des Sozialbereichs, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der Methoden, die es gewährleisten, gemeinsame Maßnahmen/Dienste aufzubauen und umzusetzen, bei denen ArbeiterInnen des Sozial- und Gesundheitsbereichs zusammenarbeiten.
ERGEBNISINDIKATOREN	Verwirklichung von gemeinsamen beruflichen Richtlinien und Umsetzungsprotokollen. Durchführung von integrierten und angemessenen Maßnahmen.

## DATENBLATT 15

TITEL	<b>INTEGRIERTE HAUSPFLEGE</b>
BESCHREIBUNG	Gemeinsam getragene Neustrukturierung der Organisation der Hauspflegedienste durch Festlegung entsprechender Vereinbarungsprotokolle, die die Koordinierung zwischen den Tätigkeiten, die vom Personal der Sozialdienste durchgeführt werden, und jenen, die vom Personal der Gesundheitsdienste durchgeführt werden, zum Ziel haben. Dies ist der erste Schritt hin zu einer weiter greifenden Neuorganisation, die im Voraus auch folgende Aspekte berücksichtigen muss: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Koordinierung mit den ehrenamtlichen Vereinen;</li> <li>- Angabe der parasitären Tätigkeiten, die vom Personal der Sozialdienste durchgeführt werden;</li> <li>- gemeinsame Erarbeitung spezifischer Betreuungsprojekte zusammen mit den betroffenen Familien und den privaten BetreuerInnen.</li> </ul>
ZIEL	Genauere Angabe der operativen Funktionen des Dienstes, um durch Projekte die Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen und privaten Akteuren, die bei der Hauspflege älterer Menschen mitwirken, festzulegen und zu fördern.
ZIELGRUPPE	Personal der Sprengelhauspflegedienste
STÄRKEN	Dieses Vorhaben ergänzt den notwendigen Prozess der gesamten Festlegung der Zuständigkeiten des Sozialsprengels.
SCHWÄCHEN	Es besteht die Schwierigkeit, bestimmte professionelle Aufgaben neu zu definieren, da die gegenwärtige Gesetzgebung und Ordnung des örtlichen sozial- und gesundheitlichen Pflegesystems nicht genau festlegt, welche Leistungen die BürgerInnen bei den öffentlichen Diensten einfordern können.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	SBBz, Vereine des Sozialbereichs, Amt für Sozialplanung
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Monitoring der Projektausarbeitung und der probeweisen Umsetzung, die die Neudefinition der Hauspflegedienste in spezifischen Einsatzbereichen zum Ziel haben.
ERGEBNISINDIKATOREN	Operative Neudefinition spezifischer Leistungen des Hauspflegedienstes. Wirksamkeit der Leistungen und Erhebung des Zufriedenheitsgrades der SeniorInnen und ihrer Familien.

## DATENBLATT 16

TITEL	<b>INFORMATIONSMITTLUNG FÜR DIE FAMILIEN UND DIE PRIVATEN HAUSPFLEGERINNEN. BEOBACHTUNG</b>
BESCHREIBUNG	<p>Der Dienst bietet den Familien mit nicht selbständigen älteren Mitgliedern und den privaten HauspflegerInnen eine Informationshilfe an. Den Familien werden Auskünfte über die verwaltungstechnischen Verfahren und die Verträge gegeben, die bei der Einstellung einer privaten HauspflegerIn anfallen. Den privaten HauspflegerInnen wird eine Orientierungshilfe über die Familien gegeben, die um besagten Dienst ansuchen.</p> <p>Es ist notwendig, den angebotenen Dienst zu monitorieren, um die Eigenschaften der tatsächlichen und potentiellen Zielgruppe, die unterschiedlichen Bedürfnisarten der betroffenen Menschen (SeniorInnen, Familien, BadantInnen) sowie die Ergebnisse der bislang umgesetzten Unterstützungsstrategien zu ermitteln.</p>
ZIEL	<p>Erarbeitung von Instrumenten für die die Erhebung der Situation betreffend die Verwandten und HauspflegerInnen, die nicht selbständige SeniorInnen betreuen, um der gesamten Bozner Bevölkerung den Zugang zum Dienst zu ermöglichen und die Angemessenheit der Maßnahmen in Bezug auf die Bedürfnisse der älteren Menschen und ihrer Familien zu beurteilen.</p> <p>Es müssen außerdem die neuen Bedürfnisse untersucht werden, die beim Pflegepersonal bestehen: von der Notwendigkeit von Ausbildungsmaßnahmen (kulturelle Grundkenntnisse, professionelle Kompetenz) bis hin zu jenen, die die Sphäre der Beziehungen betreffen, da Pflegeleistungen mit einem großen psychologischen Stress verbunden sind.</p>
ZIELGRUPPE	Ausländische BürgerInnen mit Aufenthaltsgenehmigung, die private Hauspflegedienste anbieten, sowie Familien, die private Hauspflege benötigen.
STÄRKEN	Angesichts der ständig steigenden Nachfrage nach privaten Hauspflegediensten von Seiten der ansässigen Familien wird als Hilfeleistung ein entsprechender Informations- und Vermittlungsdienst angeboten.
SCHWÄCHEN	Mangel an Gesetzesvorgaben, die das Angebot von privaten Pflegediensten an die Bescheinigung angemessener professioneller Kompetenz binden.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	Vereine des Sozialbereichs, Amt für Sozialplanung, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	35.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Evaluierung über die probeweise Umsetzung des Projektes. Festlegung der „good practices“. Soziodemographische Erhebung über die tatsächliche und potentielle Zielgruppe sowie über die entsprechenden Betreuungs- und Organisationsbedürfnisse.
ERGEBNISINDIKATOREN	Erhebung der vermittelten Vertragsabschlüsse, Erhebung von Output und Outcome.

## DATENBLATT 17

TITEL	<b>INFORMATIONSBROSCHÜRE ÜBER DIE HAUSPFLEGEDIENSTE FÜR PERSONEN UND FAMILIEN MIT NICHT SELBSTÄNDIGEN SENIORINNEN</b>
BESCHREIBUNG	Verfassung einer leicht lesbaren Informationsbroschüre, die unter den Familien ausgeteilt werden soll, die sich pflegebedürftiger SeniorInnen annehmen. Die Broschüre soll gemeinsam von den Sozial- und den Gesundheitsdiensten ausgearbeitet werden.
ZIEL	Wirksamere Orientierungshilfe für eine Zielgruppe, die über ausreichende Information verfügen muss, um Zugang zu finden zu den zahlreichen angebotenen Diensten, die nicht immer untereinander koordiniert sind.
ZIELGRUPPE	Familien mit SeniorInnen oder behinderten Menschen, die zu Hause gepflegt werden können.
STÄRKEN	Die Daten der Vermittlungsstelle zwischen Familien und privaten HauspflegerInnen können als Ausgangsinformation über die grundlegenden Bedürfnistypologien benutzt werden. Diese Initiative steht zudem im Einklang mit der allgemeinen Zielsetzung der Integration der Sozial- und Gesundheitsdienste.
SCHWÄCHEN	Verwirklichung der Informationsbroschüre durch eine wirksame institutionelle, professionelle und operative Zusammenarbeit zwischen dem Personal der Sozialdienste und jenem der Gesundheitsdienste.
VERANTWORTLICHE	BSB
PROJEKTPARTNER	SBBz, APB
PRIORITÄTEN	B
UMSETZUNGSFRIST	2007
KOSTEN	10.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Erhebungen des Zufriedenheitsgrades der Zielgruppe.
ERGEBNISINDIKATOREN	Zugänglichkeit der Informationen vom Gesichtspunkt der Zielgruppe aus. Vereinfachung des Aufwands für die BürgerInnen, Dienste in Anspruch zu nehmen.

## DATENBLATT 18

TITEL	<b>AUFWERTUNG UND NEUORGANISATION DER TAGESSTÄTTEN</b>
BESCHREIBUNG	Vergleich zwischen den aktuellen DienstnutzerInnen und den Bedürfnissen des lokalen sozialen Kontextes, um das Angebot dementsprechend neu zu organisieren, in Zusammenarbeit sowohl mit den ehrenamtlichen Organisationen als auch mit dem Personal der Gesundheitsdienste.
ZIEL	Durch die gleichmäßige Verteilung von Tagesstätten in allen Stadtvierteln soll die Funktionsfähigkeit der Strukturen auf verschiedenen Ebenen verbessert werden: a) Erhebung der Sozial- und Pflegebedürfnisse der Bevölkerung des entsprechenden Stadtviertels; b) Angebot entsprechender Sozial- und Pflegeleistungen; c) Förderung der sozialen Qualität auf örtlicher Ebene sowie der Möglichkeit, menschliche Beziehungen zu knüpfen; d) koordinierte Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Vereinen, die im Stadtviertel aktiv sind.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen, die nicht mehr oder nur teilweise selbständig sind und die Tagesstätte besuchen.
STÄRKEN	Nutzung der im Rahmen vergangener Zusammenarbeiten mit den Gesundheitsdiensten und den ehrenamtlichen Vereinen bereits gesammelten Erfahrungen.
SCHWÄCHEN	Vielfalt der sozialen und sanitären Pflegefunktionen, die dem Personal der Tagesstätten zugeordnet sind. Schwierigkeit, die vorrangigen Bereiche auszuwählen, für welche die Ressourcen eingesetzt werden sollen.
VERANTWORTLICHE	BSB für die Ziele a) und b); Vereine des Sozialbereichs für die Ziele c) und d)
PROJEKTPARTNER	Amt für Sozialplanung
PRIORITÄTEN	B
UMSETZUNGSFRIST	2007
KOSTEN	8.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Ständige Überprüfung der Analyse (tatsächliche DienstnutzerInnen und Sozial- und Pflegebedürfnisse innerhalb des Stadtviertels) und der organisatorischen Neuplanung. Überprüfung der Einbeziehung der verschiedenen Stakeholders: ältere Bevölkerung und ihre Familien, Personal des Sozialbereichs, Personal des Gesundheitsbereichs, ehrenamtliche Organisationen.
ERGEBNISINDIKATOREN	Erstellung von konkreten Vorschlägen zur Neuorganisation sowie Einleitung entsprechender Versuche.



**DATENBLATT 19**

TITEL	<b>SOZIAL- UND GESUNDHEITSERZIEHUNG</b>
BESCHREIBUNG	Unterstützung von Initiativen, die die Verbreitung unter den älteren Menschen einer Kultur der gesundheitlichen Selbsteinschätzung und des Bewusstseins der Rechte und Pflichten der Kranken fördern.
ZIEL	Durchführung gemeinsamer Tätigkeiten für die primäre und sekundäre Vorbeugung der Folgen der wichtigsten Alterskrankheiten und für die Förderung einer angemessenen Beziehung zwischen den älteren BürgerInnen und dem Welfaresystem, in projektmäßiger und handlungsmäßiger Zusammenarbeit mit den ehreamtlichen Vereinen, dem BSB und dem SBBz.
ZIELGRUPPE	ältere Bevölkerung
STÄRKEN	Entfaltung der Fähigkeit, Animationsprojekte und kulturelle Förderung durchzuführen, die die privaten Sozialeinrichtungen bereits weitgehend als Vermittler eines korrekten Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung bewiesen haben, um in Zusammenarbeit mit den Sozial- und Gesundheitssprengeln und dem Sanitätsbetrieb angemessene Erziehungsprojekte zu vereinbaren.
SCHWÄCHEN	Schwierigkeit von Seiten des öffentlichen Fürsorgesystems, einen ergänzenden sozio-sanitären Beitrag zu leisten und öffentliche und private Träger zu koordinieren.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung
PROJEKTPARTNER	Seniornet, Privatunternehmen des Sozialbereichs, BSB, SBBz, Ärztekammer, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	20.000,00 €
EVALUIERUNGSMETHODEN	Ständige Überprüfung der Planung.
ERGEBNISINDIKATOREN	Gemeinsame Projekte zwischen öffentlichen und privaten Sozialeinrichtungen, multiprofessionelle Mitwirkung an Initiativen, Angemessenheit im Verhältnis zu den Informationsbedürfnissen der älteren Menschen, Einbindung der älteren Menschen und ihrer Familien.

**DATENBLATT 20**

TITEL	<b>FÖRDERUNG DER EHRENTLICHEN TÄTIGKEIT</b>
BESCHREIBUNG	Unterstützung von Initiativen, die darauf hin zielen, neue ehrenamtliche Mitarbeiter ausfindig zu machen, die bereit sind, mit ehrenamtlichen Vereinen zusammenzuarbeiten, die sich für die Verbesserung der Lebensqualität der älteren Bevölkerung einsetzen.
ZIEL	Suche nach neuen Strategien, um die örtliche Bevölkerung in die Arbeit der ehrenamtlichen Vereine einzubeziehen.
ZIELGRUPPE	Gesamte Bevölkerung.
STÄRKEN	Hohe Anzahl bereits tätiger Vereine. Zusammenschluss mit bereits laufenden Initiativen im Bereich der Förderung der guten Beziehungen zwischen Generationen.
SCHWÄCHEN	Es ist schwierig, Personen aller Altersgruppen einzubeziehen, und nicht nur ältere Menschen. Es ist notwendig, sich an Initiativen anzukoppeln, die der gesamten Bevölkerung dienen, um zu verhindern, dass die ältere Bevölkerung als Randzielgruppe wahrgenommen wird.
VERANTWORTLICHE	Eine ReferentIn des Seniornets
PROJEKTPARTNER	Vereine des Sozialbereichs, Amt für Sozialplanung, BSB, SBBz, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	Keine Ausgabe – interne Ressourcen
EVALUIERUNGSMETHODEN	Ständige Überprüfung der Planung und Umsetzung
ERGEBNISINDIKATOREN	Neu eingebundene ehrenamtliche Kräfte.

**DATENBLATT 21**

TITEL	<b>SOLIDARISCHE NACHBARSCHAFT</b>
BESCHREIBUNG	Die BürgerInnen, die sich bereit erklären, an der Initiative teilzunehmen, stellen sich zur Verfügung, um schwächere und gebrechlichere ältere Menschen zu unterstützen, die in ihrer Nähe wohnen. Die Unterstützung erfolgt sowohl aktiv, auf eigener Initiative, als auch auf Anfrage der betroffenen älteren Menschen. Die Hilfsbereitschaft wird den Nachbarn durch eigene Symbole und "Logos" sichtbar gemacht.
ZIEL	Die Aufmerksamkeit und solidarische Hilfsbereitschaft der gesamten Bevölkerung gegenüber den schwächeren MitbürgerInnen, darunter insbesondere den älteren Menschen, solle verstärkt werden, unabhängig von der festen Mitwirkung an der Tätigkeit spezifischer Vereine und vom eventuellen Kontakt mit den öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdiensten.
ZIELGRUPPE	Ältere Menschen, die allein leben oder ungern direkten Kontakt zu den Sozial- und Gesundheitsdiensten aufnehmen.
STÄRKEN	Förderung der vereinsunabhängigen aktiven Solidarität gegenüber der älteren Bevölkerung. Förderung der solidarischen Tätigkeit der älteren Menschen zugunsten ihrer noch älteren MitbürgerInnen.
SCHWÄCHEN	Flächendeckende Verbreitung, insbesondere in Stadtgebieten, wo mehr Armut und soziale Ausgrenzung vorkommen.
VERANTWORTLICHE	Amt für Sozialplanung, Seniorennetz
PROJEKTPARTNER	BSB, SBBz, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	2006
KOSTEN	4.000,00
EVALUIERUNGSMETHODEN	Ständige Überprüfung der Planung und Umsetzung.
ERGEBNISINDIKATOREN	Erhebung der einbezogenen BürgerInnen und der durchgeführten Hilfsaktionen für die Kontaktaufnahme bei den örtlichen Sozial- und Gesundheitsdiensten.

**DATENBLATT 22**

TITEL	<b>ÄLTERE MENSCHEN ALS RESSOURCE</b>
BESCHREIBUNG	Die Verbreitung von Initiativen zur Förderung des solidarischen Aktivismus der älteren Bevölkerung unterstützen. Besagte Initiativen sind in unserer Stadt bereits stark verankert: Es gibt sowohl zahlreiche ehrenamtliche Tätigkeiten zu Gunsten der Lebensqualität der älteren Menschen als auch Initiativen, bei denen die älteren Menschen nicht Zielgruppe sind, sondern selbst anderen Hilfe anbieten.
ZIEL	Weitere Initiativen verbreiten, die auf die Übernahme von Verantwortung und die soziale Betätigung der älteren Bevölkerung zielen, um sowohl die Beziehungen zwischen verschiedenen Generationen zu fördern (wie z.B. im Fall des Schülerlotsendienst, bei dem SeniorInnen einen Straßen- und Verkehrsaufsichtsdienst für SchülerInnen durchführen, oder des „Omadienstes“, bei dem den Familien Betreuungsmöglichkeiten für Kinder angeboten werden), als auch das Solidaritätspotential älterer Menschen gegenüber noch älteren MitbürgerInnen zu nutzen.
ZIELGRUPPE	Ältere Bevölkerung mit verschiedenem Autonomiegrad (physische, psychische und soziale Autonomie).
STÄRKEN	Der Ausbau dieser Initiativen kann sowohl hinsichtlich der Evaluationsphase als auch der Ausarbeitung neuer Projekte von den vielen konsolidierten Erfahrungen in unserer Stadt profitieren.
SCHWÄCHEN	Koordinierung der Initiativen, die von verschiedenen Trägern organisiert werden.
VERANTWORTLICHE	Stadtgemeinde Bozen
PROJEKTPARTNER	BSB, privates Sozialwesen, APB
PRIORITÄTEN	A
UMSETZUNGSFRIST	Kontinuierliche Tätigkeit
KOSTEN	Variabel, hängen von den Initiativen ab
EVALUIERUNGSMETHODEN	Evaluierung des Outputs und des Outcomes der bereits gesammelten Erfahrungen und durchgeführten Initiativen, um zu bestimmen, ob es noch freien Raum zur sozio-territorialen Weiterentwicklung der Tätigkeiten gibt.
ERGEBNISINDIKATOREN	Anzahl der in den Initiativen eingebundenen älteren Menschen. Erhebung der Art der getätigten Initiativen und der aufgebauten Beziehungsressourcen.

## 5. AUSARBEITUNGSMETHODEN

### 1. Phasen der gemeinsamen Ausarbeitung

Das Amt für Sozialplanung hat die gemeinsame Ausarbeitung des Bereichsplanes in folgende Arbeitsphasen strukturiert:

1. Bedarfsanalyse;
2. Einrichtung und Durchführung der "Arbeitstische" mit beratender Funktion;
3. provisorische Ausarbeitung des Bereichsplanes mittels regelmäßiger Einberufung der Arbeitstische, um von Mal zu Mal die Vorschläge der öffentlichen und privaten Akteure des Sozialbereichs zu sammeln und in die Ausarbeitung einfließen zu lassen;
4. Vorstellung an die politischen Organe und endgültige Überarbeitung des Planes;
5. Bekanntgabe der Ergebnisse.

#### 1.1. Bedarfsanalyse

Vor der eigentlichen Ausarbeitung des Bereichsplanes betreffend die ältere Bevölkerung wurde eine Kontextanalyse durchgeführt, die auf der methodologischen Integration von zwei verschiedenen Informationsarten basiert.

Auf der einen Seite wurden sämtliche quantitativen Daten erhoben, die die im Stadtgebiet bereits tätigen Dienste betreffen, um eine diesbezügliche synthetische Übersicht zu erarbeiten. Zu diesem Zweck wurden zwei Wege beschritten:

- Analyse der statistischen Quellen, die dazu dienen können, ein aktualisiertes soziodemographisches Bild (2004) der älteren Bevölkerung zu liefern;
- Analyse der strukturellen Ausrüstung und der Funktionsweise des Fürsorgesystems, dabei insbesondere des BSB.

Auf der anderen Seite wurden eine Reihe teilstrukturierter Interviews und Fokusgruppen durchgeführt, mit einer auf der Grundlage überdachter Kriterien eigens festgelegten Zielgruppe von Akteuren, die im örtlichen Fürsorgesystem aktiv sind. Es handelte sich dabei sowohl um institutionelle Figuren (Verantwortliche und Mitarbeiter der Dienste) als auch um private Sozialeinrichtungen (Vereine des Seniornets).

Ausgehend von den wichtigsten Erhebungsergebnissen und Problembereichen, die sich bei der Interpretation der Daten herauskristallisiert haben, wurden Themenbereiche festgelegt, die als Startvorschläge für die nachfolgende, projektgezielte Überarbeitung von Seiten der dazu eingesetzten Arbeitsgruppen dienen.

*Schema 1 – Überdachte Zielgruppe für Interviews und Fokusanalysen*

<i>Institutionelle Akteure</i>	<i>Nicht institutionelle Akteure</i>
Verantwortliche und/oder MitarbeiterInnen folgender Dienste: Direktor Abteilung Altersheime BSB Direktorin Sozialsprengel Europa – Neustift Direktorin Sozialsprengel Don Bosco Erzieher Sozialsprengel Gries – Quirein Verantwortliche Dienst für Rangordnungen Altersheime BSB Verantwortliche Seniorenzentrum Sozialsprengel Zentrum – Bozner Boden – Rentsch Pflegetechnischer Verantwortlicher Tagespflegestätte Sozialbetreuer Bereich Erwachsene/SeniorInnen Sozialsprengel Don Bosco Primar Geriatrie SBBZ Primar Basismedizin SBBZ Leiter Dienst Basismedizin SBBZ	Einige Vereinigungen des Seniorennetzes: Antea Südtiroler Vinzenzgemeinschaft ADA Auser

## 1.2. Projektierung mit Bürgerbeteiligung

Da das ins Auge gefasste Ziel die Abfassung eines Bereichsplans war, bei dessen Ausarbeitung die verschiedenen institutionellen und nicht-institutionellen Akteure mitwirken sollten, die in der Führung der Dienste für SeniorInnen eine Rolle spielen, aber auch die Bevölkerung eingebunden werden sollte, wurden entsprechende Arbeitsgruppen mit Beratungsfunktion eingesetzt. Besagte Gruppen hatten die Aufgabe, die vom Amt für Sozialplanung erarbeitete Bedarfsanalyse zu vertiefen und kritisch zu überarbeiten sowie neue Vorschläge einzubringen.

Bei der ersten Arbeitsrunde wurde die vorgeschlagene Arbeitsweise erläutert sowie das System der Sozial- und Gesundheitsdienste im Bozner Kontext präsentiert. Anschließend wurde die weitere Vorgehensweise vereinbart: Die Probleme und Fragestellungen, die sich aus den sozialen und pflegerischen Bedürfnissen der älteren Bevölkerung ergeben, sollten unter folgenden drei analytischen Gesichtspunkten in Angriff genommen werden (Schema 2):

1. Wohnung und stationäre Aufnahmeleistungen;
2. territoriale Hilfsleistungen und Hauspflegedienste;
3. soziale Förderung und Vorbeugung.

## 1.3. Provisorische Abfassung des Fachplanentwurfes

Die Arbeit wurde von den drei Arbeitsgruppen mit der methodologischen Koordinierung des Amtes für Sozialplanung fortgesetzt. Für jeden Bereich wurde eine offene Liste problematischer Punkte vorgeschlagen, die auf der Grundlage der Analyse der Führungsindikatoren der Dienste und der wichtigsten Forschungsergebnisse sowie der Planungsdaten des vorangegangenen *Sozialplans für die Lebensqualität in der Stadt Bozen* erarbeitet worden war.

Die während der Sitzungen hervorgegangenen Überarbeitungen und Ergänzungen zu den vorgeschlagenen Thesen wurden jedes Mal zu Protokoll gegeben. Jedes Protokoll wurde dann allen Teilnehmern zugeschickt, um eventuelle Richtigstellungen und/oder Korrekturen zuzulassen. Ausgehend von den mittels dieser Vorgangsweise festgelegten strategischen Knotenpunkten hat die für die Methoden zuständige Gruppe des Amtes für Sozialplanung von Mal zu Mal weitere Listen mit Fragestellungen und Problembereichen für die darauf folgende Sitzung vorbereitet.

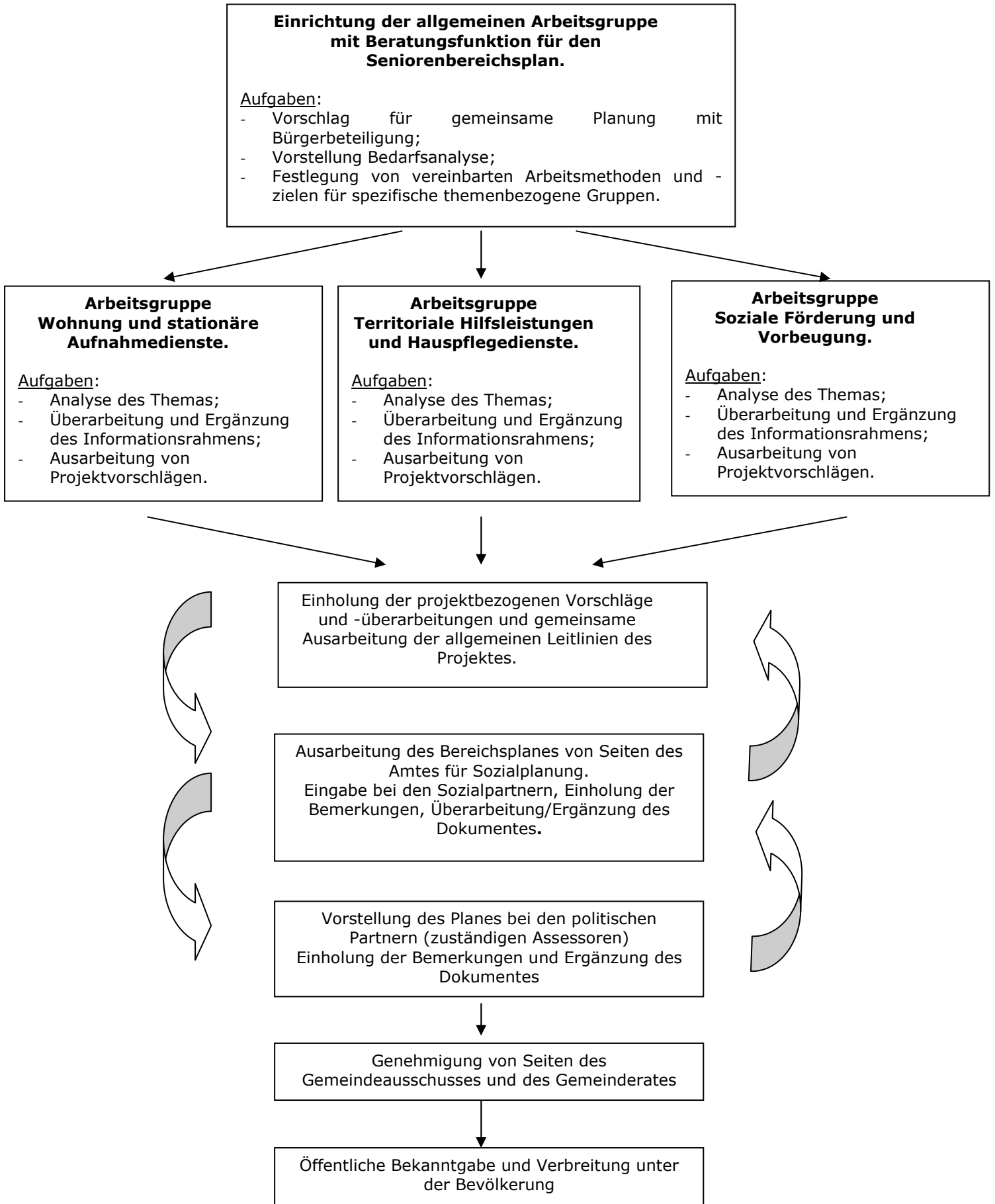
Diese Arbeitsphase erstreckte sich über die Monate Juni und Juli 2005. Es fanden mindestens zwei Sitzungen pro Arbeitsgruppe statt. Für die Gruppe, die sich mit dem Bereich „Soziale Förderung und Vorbeugung“ befasste, waren 3 Treffen notwendig, bis sich alle Mitglieder auf eine erschöpfende und gemeinsam getragene programmatische Thesenliste einigten.

Das Amt für Sozialplanung hat im Anschluss an diese Arbeitsphase die hervorgegangenen Thesen in eine Planskizze eingebracht, die dann wieder den Arbeitsgruppen zur Besprechung unterbreitet wurde, um weitere Feedbacks einzuholen. Die Planskizze wurde in drei Abschnitte gegliedert:

1. „Der gegebene Kontext“, mit dem ersten Informationsinput, den das Amt den Teilnehmern geliefert hatte;
2. „Die Projektausrichtungen“ mit den Wertentscheidungen und strategischen Prioritäten, die aus der Analyse und der zwischenpersönlichen Debatte hervorgegangen waren;
3. „Die operativen Datenblätter“, die eine synthetische Übersicht der Maßnahmen liefern, die die o.g. soziodemographischen Analysen und die nachfolgenden projektbezogenen Überarbeitungen als Ausgangspunkt für die Umsetzung nehmen.

Für die Überarbeitung und Ergänzung der genannten Datenblätter, die nach Problembereichen gegliedert sind und somit eine zielgerichtete und vergleichende Einsicht ermöglichen, waren zwei weitere Treffen notwendig, die zwischen November und Dezember 2005 stattgefunden haben. Im Laufe dieser Treffen hat die Methodengruppe des Amtes Sozialplanung die Planskizze auf der Grundlage der eingegangenen Anmerkungen nochmals überarbeitet und eine Endversion erstellt, die von allen gemeinsam gutgeheißen wurde.

Schema 2 - Die Phasen der gemeinsamen Ausarbeitung des Planes





## **DIE TEILNEHMERINNEN AN DEN ARBEITSGRUPPEN FÜR SOZIALPLANUNG**

### ***Gruppe 1 – Wohnung und stationäre Aufnahmestrukturen***

BSB – Direktor Abteilung Altersheime  
Altersheim Pro Senectute  
Altersheim Rauschertorgasse  
Blindenzentrum St. Raphael  
Club La Ruga  
KCS Caregiver  
KVW  
APB – Amt für SeniorInnen und Sozialsprengel  
Südtiroler Vinzenzgemeinschaft

### ***Gruppe 2 – Territoriale Hilfsleistungen und Hauspflegedienste***

Apollis  
Arca della Solidarietà  
BSB – Sozialbetreuer Bereich Erwachsene/Senioren Sozialsprengel Europa – Neustift  
BSB – Direktor Sozialsprengel Gries – Quirein  
BSB – Sozialsprengel Europa Neustift – HPD  
AUSER  
AVULSS  
Club La Ruga  
Donne Nissà  
Legacoopbund  
Nissà care

### ***Gruppe 3 – Soziale Förderung und Vorbeugung***

Antea  
ARCI  
ARCI UISP CAMP  
BSB – Erzieherin Sprengel Gries – Quirein  
BSB - Notfall Senioren - Sprengel Gries – Quirein  
AUSER  
AVULSS  
CLS  
CLS Senior  
Club La Ruga  
Dachverband der Sozialverbände Südtirols  
Südtiroler Vinzenzgemeinschaft  
UPAD