

**euPrevent Senior Friendly Communities Project**

# **Assessment Bericht**

## **Euregio Maas-Rhein (EMR)**

**Live safely, Enjoy life, Stay involved.**

**Crossing borders  
in health**



# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>Einleitung</u></b>   | <b>5</b>  |
| <u>Das Projekt “Seniorenfreundliche Gemeinde in der EMR (SFC-Projekt)”</u> |           |
| <u>Der demografische Wandel</u>  |           |
| <u>Lesehinweise</u>  |           |
| <u>Kontakt</u>   |           |
| <b><u>Kapitel 1 WHO: Aktives Altern</u></b>                                | <b>6</b>  |
| <u>Das Konzept “Aktives Altern”</u>  |           |
| <u>Die drei Säulen des Aktiven Alterns</u>                                 |           |
| <u>Gesundheit</u>  |           |
| <u>Teilnahme</u>   |           |
| <u>Sicherheit</u>  |           |
| <b><u>Kapitel 2 Demografische Daten</u></b>                                | <b>7</b>  |
| <u>Demenz</u>  |           |
| <u>Depression</u>  |           |
| <u>Pflege</u>  |           |
| <b><u>Kapitel 3 Ergebnisse</u></b>   | <b>8</b>  |
| <u>Einleitung</u>  |           |
| <u>Methode</u>   |           |
| <u>Ergebnisse Belgien</u>  | 9         |
| <u>Ergebnisse Deutschland</u>  | 11        |
| <u>Ergebnisse Niederlande</u>  | 13        |
| <b><u>Kapitel 4 Die wichtigsten Beobachtungen und Erkenntnisse</u></b>     | <b>16</b> |
| <b><u>Kapitel 5 Partner</u></b>  | <b>17</b> |
| <u>Projektpartner</u>  |           |
| <u>Teilnehmende Kommunen</u>   |           |
| <b><u>Quellen</u></b>  | <b>18</b> |

Das Projekt „Seniorenfreundliche Gemeinde“ wird im Rahmen des Interreg V-A Förderprogramms der Euregio Maas-Rhein umgesetzt und mit 983.167,50 Euro durch die Europäische Union und dem Europäischen Fonds für die Entwicklung der Regionale Managing Authority Interreg V-A Euregio Meuse-Rhine unterstützt. Daneben erhält das Projekt eine Co-Finanzierung und die Projektpartner entrichten eigene Beiträge.

© The euPrevent | EMR Foundation and the SFC project team, November 2017



## EINLEITUNG

### Das Projekt „Seniorenfreundliche Gemeinde in der EMR (SFC-Projekt)“

„Gemeinsam realisieren wir grenzüberschreitend altersgerechte Gemeinden, so dass alle Senioren der Euregio Maas-Rhein sich mit Freude im Alltag einbringen können!“

Im September 2016 startete euPrevent mit dem dreijährigen Projekt „Seniorenfreundliche Gemeinden (SFC)“. Ziel des Projekts ist die Realisierung von seniorenfreundlichen Gemeinden, in denen eine gute Versorgung und Pflege sowie die Umsetzung des Inklusionsgedankens für ältere Menschen mit beginnender Demenz und/oder Altersdepression und deren versorgende Angehörige eine Selbstverständlichkeit sind.

An diesem Projekt arbeiten neun euregionale Partner mit 32 Kommunen innerhalb der Euregio Maas-Rhein zusammen (Regio Aachen, niederländisches Limburg, belgisches Limburg, Provinz Lüttich und die deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens). Auch Ihre Kommune ist an diesem Projekt beteiligt. Projektmitarbeiter haben ein Assessment durchgeführt, um den aktuellen Grad der Seniorenfreundlichkeit zu erfassen. Die Ergebnisse aller Beurteilungen werden in diesem Bericht beschrieben.

### Der demografische Wandel

Durch die stetig wachsende Zahl älterer Menschen steigt der Bedarf an Pflege, stationären Einrichtungen und dem Verständnis für die Bedürfnisse der Senioren. Wird das Umfeld dieser Menschen jedoch seniorengerecht gestaltet, können ältere Menschen in dieser Gesellschaft gesund und sicher alt werden und sich am alltäglichen Leben beteiligen.

Die Kommunen der Euregio haben eine vergleichbare demografische Zusammensetzung und stehen daher vor der gleichen Herausforderung: die alternde Gesellschaft. Wenn man die Erfahrungen, die sich aufgrund der Unterschiede in den Gesetzen und Verordnungen ergeben, im grenzüberschreitenden Kontext austauscht, kann das gewinnbringend für alle Beteiligten sein. Die neun Partner des euPrevent-Projektes „Seniorenfreundliche Gemeinden“ stellen sich zusammen mit 32 teilnehmenden Kommunen dieser Herausforderung. Zu Beginn des Projektes wurde untersucht, wie die euregionalen Kommunen momentan ältere Menschen mit beginnender Demenz und/oder Altersdepressionen sowie deren versorgende Angehörigen unterstützen. Dabei lag der Schwerpunkt auf politischen Entscheidungen und dem Angebot von Einrichtungen und Aktivitäten. Das Projekt lässt sich in folgende Teilschritte unterteilen:

1. Kommunen mit den bestehenden Aktivitäten innerhalb der Euregio (das sogenannte Aktivitätenbuffet) verbinden.
2. Vernetzung der Kommunen untereinander
3. Betreuung der Kommunen bei ihrer Auswahl von Aktivitäten und der anschließenden Implementierung.

### Lesehinweise

Dieser Bericht setzt sich aus folgenden Kapiteln zusammen. In Kapitel 1 wird das Konzept ‚Aktives Altern‘ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben, deren drei Säulen „Gesundheit, Teilnahme am sozialen Leben und Sicherheit“ die Grundlage für das vorliegende Projekt bilden. Kapitel 2 bietet einen Überblick über die demografischen Daten in den drei Ländern sowie eine Schätzung der Anzahl an Personen mit Demenz und (Alters-)Depression. In Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Untersuchungen für jedes Land einzeln vorgestellt. Das Assessment wurde mit Hilfe eines Fragebogens und den Beobachtungen mehrerer sogenannter Mystery Guests erstellt. Der Mystery Guest hat sich auf der Grundlage von zwei Fällen in die Lage der Bürger versetzt und untersucht, inwieweit hilfsbedürftige Menschen in ihren Kommunen Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen haben. In Kapitel 4 schließlich werden die Ergebnisse und wichtigsten Beobachtungen zusammengefasst.

### Kontakt

Dieser Bericht wurde von den Koordinatoren des Projekts verfasst: Frau Dr. Marja Veenstra (Koordinator niederländische Kommunen), Herr Karl-Heinz Grimm (Dipl. Pflegewissenschaftler), Frau Isabelle Lazarus (Koordinator der deutschsprachigen Kommunen in Belgien), Frau Caroline Glaude und Frau Marie Geurten (Koordinatorinnen wallonische Kommunen Belgien), Herr Frank Willems (Koordinator flämische Kommunen Belgien), und der Projektmitarbeiterin Frau Mignon Schichel, unter der Leitung des Management Boards euPrevent ‚Seniorenfreundliche Gemeinde‘. Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie uns gerne über die E-Mail [info@euprevent.eu](mailto:info@euprevent.eu) kontaktieren.

## KAPITEL 1 WHO: AKTIVES ALTERN

Das Projekt ‚Seniorenfreundliche Gemeinde‘ wendet sich der psychischen Gesundheit älterer Menschen zu. Das Projekt befasst sich mit allen Maßnahmen und Aktivitäten für ältere Menschen mit Demenz und/oder Altersdepressionen und deren versorgenden Angehörigen. Das Thema ‚seniorenfreundlich‘ basiert auf der Idee des aktiven Alterns, von der Weltgesundheitsorganisation WHO auch als ‚Aktives Altern‘ definiert (WHO, 2002). Die WHO ist die Koordinationsbehörde der Vereinten Nationen für das internationale öffentliche Gesundheitswesen, der zufolge als „ältere“ Menschen jene anzusehen sind, die sechzig Jahre oder älter sind (WHO, 2002, S. 4). Das Projekt SFC handhabt zwar eine Altersgrenze von 65+ Jahren, den Gemeinden wird es jedoch überlassen, die Altersgrenzen ganz nach ihren eigenen Vorstellungen festzulegen.

### Das Konzept „Aktives Altern“

Die WHO sieht den Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung als eine große Herausforderung. Die Organisation ist der Ansicht, dass man dieser Problematik mit dem Konzept ‚Aktives Altern‘ begegnen kann. Für die WHO beruht aktives Altern auf drei grundlegenden Säulen: Verbesserung der Gesundheit, Teilnahme und Einbindung sowie Sicherheit älterer Menschen. Das gemeinsame Ziel dieser Ansätze ist eine verbesserte Lebensqualität unserer älteren Bürger.

Die Maßnahmen und Aktivitäten des Konzepts ‚Aktiven Alterns‘ sollten sich gemäß der WHO an den Rechten, Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten älterer Bürger orientieren. Außerdem müssen verschiedene Arten des Älterwerdens berücksichtigt werden. Aktiv bezieht sich nicht nur auf die körperliche Aktivität, sondern auch auf die kontinuierliche Teilnahme am sozialen Leben. Senioren sollten nach Möglichkeit in bester körperlicher, geistiger und sozialer Gesundheit weiterhin am sozialen Leben teilnehmen können. In diesem Projekt wird untersucht, in welchem Maße Gemeinden die Gesundheit, die Teilnahme am sozialen Leben und die Sicherheit von älteren Menschen fördern. Nachfolgend werden die drei Säulen des Konzepts ‚Aktives Altern‘ näher erläutert, wobei es sich um eine freie Übersetzung des ursprünglichen Dokuments handelt (WHO, 2002, S. 45-46).

### Die drei Säulen des Aktiven Alterns

**Gesundheit:** Durch eine verbesserte Lebensqualität bleiben ältere Menschen länger gesund und fähig, ihr eigenes Leben zu gestalten. Hierdurch müssen weniger alte Menschen teure medizinische Behandlung und Pflege in Anspruch nehmen. Der Schwerpunkt liegt auf der Reduzierung von Risikofaktoren für chronische Krankheiten und nachlassender Funktionalität. Die Hilfsbedürftigen müssen Zugang zur gesamten Palette der Dienstleistungen des Gesundheitswesens und des Sozialsystems haben, die auf die Probleme älterer Menschen abgestimmt sind.

**Teilnahme:** Die Menschen werden dann weiter einen produktiven Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung in bezahlten wie in unbezahlten Arbeitsverhältnissen leisten, wenn der Arbeitsmarkt, das Erziehungs-, das Gesundheits- und das Sozialwesen sie zur vollen Teilnahme an den sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und geistigen Aktivitäten im Rahmen ihrer menschlichen Grundrechte motiviert.

**Sicherheit:** Wenn die Politik die Bedürfnisse älterer Menschen nach sozialer, finanzieller und körperlicher Sicherheit berücksichtigt, können sich die Menschen darauf verlassen, dass sie – sollten sie einmal nicht mehr in der Lage sein, ihre Interessen wahrzunehmen und sich zu ernähren – auf Schutz, Würde und Pflege zählen können. Familien und Gemeinschaften brauchen Unterstützung bei der Altenpflege.

## KAPITEL 2 DEMOGRAFISCHE DATEN

### Demenz

Schätzungen zufolge litten 2013 1,77 % der belgischen Bevölkerung an Demenz. Die Zahl der Menschen mit Demenz beträgt in Belgien 191.281 (davon 62.972 Männern und 120.309 Frauen). In den Niederlanden geht man von einem Prozentsatz von 1,47 % an Demenzkranken aus; das sind 245.561 Personen (83.247 Männer und 162.314 Frauen). In Deutschland leiden schätzungsweise 1,92 % der Bevölkerung an Demenz: 1.572.104 Personen (517.136 Männer und 1.054.968 Frauen) (Alzheimer Europe, 2013).

### Depression

Das Planungsbüro für Soziales und Kultur (Social Cultural Plan Bureau, SCP) der Niederlande hat die Situation der Pflege und Unterstützung für Menschen über 50 in 14 europäischen Ländern verglichen. Im Zusammenhang mit depressiven Beschwerden wurde festgestellt, dass in Belgien von den Menschen, die über 50 sind und zu Hause leben, 12 % an einer leichten Depression leiden, 9 % an einer mittelschweren und etwa 6 % an einer schweren Depression. In den Niederlanden sind etwa 10 % an einer leichten Depression erkrankt, 6 % an einer mittelschweren und 3 % an einer schweren Depression. In Deutschland beträgt der Anteil der Menschen mit einer leichten Depression 13 %, mit einer mittelschweren Depression 7 % und mit einer schweren Depression 3 % (Verbeek-Oudijk, 2016).

### Pflege

Der Bericht des SCP verglich außerdem den Pflegeumfang von Menschen über 50, die sich noch allein versorgen können. In Belgien nehmen etwa 27 % Pflegeangebote in Anspruch, davon 11 % unbezahlte Angebote, 7 % eine Kombination aus bezahlter und unbezahlter Pflege und 9 % nutzen ausschließlich bezahlte Pflegeangebote. In den Niederlanden sind etwa 21 % der Betroffenen in Behandlung, davon erhalten 9 % unbezahlte Behandlung, 5 % eine Kombination aus bezahlter und unbezahlter Behandlung und 7 % erhalten nur bezahlte Behandlung. In Deutschland sind ca. 23 % in Behandlung, davon erhalten 13 % unbezahlte Behandlung, 5 % eine Kombination aus bezahlter und unbezahlter Behandlung und 5 % erhalten rein bezahlte Behandlung (Verbeek-Oudijk, 2016).

## KAPITEL 3      ERGEBNISSE

### **Einleitung**

Dieses Kapitel gibt einen Einblick in die Bewertungsergebnisse aller teilnehmenden Kommunen. Die Bewertung erfolgte anhand eines Fragebogens sowie der Erfahrungen des Mystery Guest. Die Antworten auf die Fragen der Teilnehmer im Rahmen des Assessments stellen eine Art Selbsteinschätzung dar, welches durch die Informationen und Erfahrungen des Mystery Guests ergänzt wird. Der Mystery Guest untersucht, ob und wenn ja welche Unterstützung ratsuchende Bürger von ihren Kommunen erhalten. Das Ziel bestand nicht darin, Vergleiche zwischen den einzelnen Gemeinden anzustellen (Benchmarking) oder die seniorenfreundlichste Kommune auszuzeichnen. Wir untersuchten den Status quo und lieferten den Gemeinden Ansatzpunkte. Ziel sollte es sein, dass jede Kommune ihren Beitrag dazu leistet, dass die drei WHO-Säulen umgesetzt werden können. Dieses Kapitel beschreibt die wichtigsten Ergebnisse und bietet eine Zusammenfassung dessen, welche Strategien und Aktivitäten im Zusammenhang mit der Prävention von Demenz und/oder Depression und/oder der Unterstützung von Menschen mit Demenz, Depression oder von informellen Versorgern in den Kommunen bereits vorhanden sind, um Vergleiche zwischen den Ländern ziehen zu können.

### **Methode**

Die Bewertungsfragen wurden dem jeweiligen Ansprechpartner in der am Projekt „Seniorenfreundliche Kommunen“ teilnehmenden Gemeinde geschickt. Aufgrund dieser Fragen hat die Kommune eine Anzahl von Personen eingeladen, die den heutigen Zustand hinsichtlich verfügbarer Maßnahmen und Aktivitäten am besten beurteilen können. An der Bewertung nahmen Vertreter der jeweiligen Gemeinde sowie Pflege- und Seniorendienste teil, die eine entsprechende Fachexpertise haben und somit einen wichtigen Beitrag leisten konnten. Der Mystery Guest hat dazu nicht nur die Kommune allgemein bewertet, sondern auch beurteilt, wie hilfsbereit und bürgernah sich die Kommunen präsentieren. Anhand eines realen Falles mit dazugehörigen Fragen hat der Mystery Guest Kontakt mit den Kommunen aufgenommen und hat untersucht, welche Hilfe und Unterstützung eine hilfebedürftige Person in der Gemeinde erhält und wie dieser Prozess aus der Sicht des Bürgers abläuft. Die Aufgabe bestand im Wesentlichen darin, sich auf die Angebote zu konzentrieren und beharrlich nachzufragen und zu recherchieren, um ein eindeutiges Bild zu erhalten. Ein vollständiges Bild lässt sich immerhin nur mit Hilfe vieler Fragen zusammensetzen. In jeder Gemeinde waren zwei Mystery Guests aktiv unterwegs. Die Mystery Guests agierten dabei auf der Grundlage jeweils eines realen Falls, in dem bei einer Person eine beginnende Demenz und bei einer anderen Person Altersdepressionen diagnostiziert wurden. Nachdem die wichtigsten Ergebnisse zusammengetragen und Vorschläge dahingehend gemacht wurden, welche Aspekte in der jeweiligen Gemeinde verbessert werden könnten, wurde dieser Bericht verfasst. Er fasst die Ergebnisse aus der gesamten Euregio Maas-Rhein zusammen.



## Ergebnisse Belgien

### Politisches System und Pflege

Die Gemeinden in Belgien gaben an, dass sie nicht zwingenderweise für die Bereitstellung von Pflegedienstleistungen und damit verbundenen Informationen zuständig seien. Sie arbeiteten hierbei aber eng mit anderen Organisationen und Gesundheitsdienstleistern zusammen. Die Zuständigkeiten der Gemeinden sind sehr weit gefasst und betreffen praktisch alles, was das „kommunale Interesse“ anbelangt, also die gemeinsamen Bedürfnisse der Einwohner. Theoretisch kann eine Gemeinde deshalb alles tun, was nicht verboten ist, zum Beispiel eine Sporthalle, eine Straße oder ein Seniorenheim bauen. Kontrolliert wird die Gemeinde von den Aufsichtsbehörden, also dem Staat, den Gemeinschaften, den Regionen und Provinzen. Die Gemeinden sind zudem dazu verpflichtet, die Aufgaben auszuführen, die ihnen von höherer Stelle erteilt werden (Belgium.be, 2017). Jede Gemeinde hat ihre eigene Organisation bzw. ihr eigenes Zentrum für öffentliches Wohlergehen und organisiert dessen Dienstleistungen. Das OCMW (Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn in den flämischsprachigen Gemeinden)/CPAS (Centre Public d'Action Sociale, in den französischsprachigen Gemeinden)/ÖSHZ (Öffentliches Sozialhilfzentrum, in den deutschsprachigen Gemeinden) ist für die Bereitstellung sozialer Dienste und das Wohlergehen aller Gemeindemitglieder, vor allem Menschen mit Unterstützungsbedarf, zuständig. Dazu gehören die Pflege von Senioren sowie die psychische Gesundheitsfürsorge.

Der belgische Staat ist für die Organisation und die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig. Die Gemeinden dagegen können Gesundheitsprävention anbieten (gemeinsam mit anderen Verwaltungsebenen in Belgien). In der Praxis der Gemeinden gibt es grundsätzlich keine spezifischen Zielgruppen; diese sind eher breit gefasst, um alle Einwohner der Gemeinde einzuschließen. Die Gemeinden sind grundsätzlich nicht zuständig für Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Stattdessen verweisen sie Betroffene an den Hausarzt und/oder das oben genannte Öffentliche Sozialhilfzentrum. Für die Bereitstellung von Informationen über psychische Krankheiten sind grundsätzlich nicht die Gemeinden zuständig. Dies wird von den zuvor erwähnten Akteuren oder etwa einer Gemeinschaft übernommen. Die Gemeinschaften Belgiens sind föderale Teilstaaten und sind auch für das Formulieren der Strategie und die Finanzierung der Aktivitäten zuständig, die nicht nur in einer, sondern in mehreren Gemeinden angeboten werden. Besonders in kleinen Gemeinden ist das soziale Netz häufig sehr stark und die Menschen kümmern sich umeinander. Für ehrenamtlich Tätige und ehrenamtliche Organisationen, die präventive Maßnahmen gegen Demenz/Depressionen anbieten und/oder Menschen mit Demenz/Depressionen bzw. deren Angehörige unterstützen, kann die Gemeinde Fördermittel bereitstellen. Diese Aktivitäten können an verschiedene Zielgruppen gleichzeitig gerichtet sein und müssen sich nicht zwangsläufig auf die Prävention konzentrieren, sondern können auch auf die Unterstützung nach der Diagnose ausgerichtet sein.

### Demenz

Mit dem Thema Demenz kennen sich die Gemeinden besser aus als mit dem Thema Depression. Anstatt sich auf Demenz an sich zu konzentrieren, legen sie den Fokus eher auf Aspekte wie Selbstständigkeit und den Wunsch, so lange wie möglich zu Hause leben zu können. Wie die Gemeinden häufig angaben, sollte dies für alle älteren Menschen gegeben sein, und nicht nur für Demenzkranke. Servicezentren, Gedächtniskliniken, ambulante Maßnahmen von psychiatrischen Einrichtungen oder Alzheimer-Cafés bieten Informationen und Aufklärung über Demenz. Die Demenz kann von Hausärzten oder Fachärzten festgestellt werden. Dies ist nicht Aufgabe der (Mitarbeiter der) Kommune.

Einige Gemeinden führen gemeinsam mit der Polizei Projekte durch, in denen verwirrte Personen wieder sicher nach Hause geleitet werden, um gefährliche Situationen zu vermeiden. Demenzkranke Personen finden Hilfe bei den oben erwähnten Organisationen. Menschen in einem Frühstadium von Demenz können sich bei Unterstützungsbedarf an Verbände wenden (z. B. Freizeit- und Sportvereine). Auch Ehrenamtliche können Unterstützung leisten, indem sie versorgenden Angehörigen die Möglichkeit geben, die erkrankte Person für kurze Zeit zu verlassen, um sich etwas zu erholen. Es gibt verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit von Demenzkranken. Auf Ebene der übergreifenden Maßnahmen, etwa auf Ebene der Gemeinschaften, gibt es Demenzberater. Auch die Belgische Alzheimer-Gesellschaft bietet jährliche Schulungen für Mitarbeiter der Kommunen sowie ein Konzept der „demenzfreundlichen Gemeinde“ an.

### **Depression**

Mit dem Thema Depression sind die Gemeinden weniger vertraut als mit dem Thema Demenz. Zahlreiche Gemeinden gaben an, dass sie sich bislang wenig mit dem Thema auskennen würden und dass es ein Tabuthema sei. Dadurch sei es schwierig, an Depressionen leidende Menschen überhaupt zu erkennen. Mehr als mit dem Thema Depression als Ganzes haben die Gemeinden Erfahrung mit sozialer Isolation und Vereinsamung (und deren Prävention) sowie mit der Bildung starker sozialer Netzwerke im Allgemeinen. Hierzu finden diverse Maßnahmen statt. Generell wird es nicht als Aufgabe der Gemeinde betrachtet, Informationen über das Thema Depression zur Verfügung zu stellen und Betroffene auf eine mögliche Depression hinzuweisen. Dies übernehmen Einrichtungen der Nachbarschaftshilfe. Zur Überwindung von Einsamkeit finden zahlreiche Aktivitäten statt, bei denen Menschen zusammenkommen. Diese werden ebenfalls nicht von der Gemeinde organisiert, sondern von Vereinen oder Verbänden. Manchmal werden Witwen/Witwer als spezifische Zielgruppe behandelt, oft jedoch in die allgemeinen Angebote zur Prävention von Einsamkeit oder depressiven Symptomen einbezogen. Die Gemeinden sind sich oft der Tatsache nicht bewusst, dass viele Maßnahmen zur Prävention von Einsamkeit oder sozialer Isolation auch Depressionen bekämpfen können. Dadurch übersehen sie, dass sie auch ein geeignetes Angebot zur Prävention von Depressionen haben. Die Gemeinden sind der Auffassung, dass das Thema Depression negativer und tabubehafteter ist als das Thema Demenz.

### **Informelle Pflege**

Die Gemeinden haben die Bedeutung der informellen Pflege erkannt und bieten Unterstützung sowohl für versorgende Angehörige (Familienangehörige oder Freunde der Person mit einer psychischen Erkrankung) als auch für ehrenamtliche Pfleger. So erhalten versorgende Angehörige und ehrenamtliche Organisationen beispielsweise finanzielle Unterstützung. Zudem werden Tagespflege und zubereitete Mahlzeiten angeboten, um den versorgenden Angehörigen und Freunden eine Verhinderungspflege (die es jedoch noch nicht in allen Gemeinden gibt) zu ermöglichen. In einigen Gemeinden findet ein Tag der versorgenden Angehörigen statt, um deren Engagement zu würdigen. Des Weiteren gibt es Cafés und andere Angebote zur Unterstützung dieser versorgenden Angehörigen. Darüber hinaus können versorgende Angehörige Schulungen in Anspruch nehmen, in denen sie lernen, mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu kommunizieren oder mit der eigenen Rolle als versorgender Angehöriger umzugehen. Diese Schulungen sind jedoch meist nicht für versorgende Angehörige konzipiert, sondern speziell auf das Thema Demenz zugeschnitten. Auch ehrenamtliche Pfleger erhalten Unterstützung. Jedoch ist es nach wie vor schwierig, versorgende Angehörige überhaupt zu identifizieren. So gehen die Kommunen davon aus, dass sie niemals alle versorgende Angehörige erreichen werden, und es besteht Unklarheit darüber, ob die versorgenden Angehörige die bestehenden Angebote und Maßnahmen überhaupt in Anspruch nehmen.

### **WHO-Säule Gesundheit**

Die Gemeinden kooperieren mit anderen Einrichtungen oder verweisen Menschen auf deren Gesundheitsangebote, da die Gesundheitsversorgung nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fällt, sondern eher in den von Ärzten. Die

Gesundheitspolitik der Gemeinden konzentriert sich auf die allgemeine Öffentlichkeit, nicht auf spezielle Zielgruppen. Sozialhilfe, Versicherungen und finanzielle Unterstützung liegen nicht im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden, genauso wenig wie die Qualitätskontrolle der Pflegeangebote. Generell besteht finanzieller Zugang zur Gesundheitsversorgung, da es beispielsweise Unterstützung für Personen mit geringem Einkommen gibt. Dennoch kann es in Einzelfällen zu Problemen kommen, etwa wenn die Person in Deutschland oder in den Niederlanden versichert ist, die Gesundheitsvorsorge aber lieber in einer Gemeinde in Belgien in Anspruch nehmen möchte und dies durch die Versicherung nicht abgedeckt ist. Die Gemeinden stehen in Kontakt mit Hausärzten, Gedächtniskliniken, Einrichtungen mit ambulanten Angeboten usw. Generell sind die Wartezeiten kurz, dies hängt letztlich jedoch stark davon ab, welche Art der Pflege im Einzelfall benötigt wird.

### **WHO-Säule Teilnahme**

Partizipation wird weithin als wichtig für die gesamte Gemeinde angesehen, ohne dass es spezifische Zielgruppen gibt. Besondere Anstrengungen gibt es dahingehend, sowohl einen privaten als auch einen öffentlichen Raum zu schaffen, der Partizipation fördert. Die Gemeinden folgen fest dem Grundsatz, dass Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause wohnen bleiben sollten. Um dies zu ermöglichen und die Wohnsituation anzupassen, arbeiten die Gemeinden mit entsprechenden Einrichtungen und Ansprechpartnern, etwa Ergotherapeuten und Wohnungsbauorganisationen. Des Weiteren arbeiten die Gemeinden daran, Hindernisse beim Zugang zu Pflege abzubauen sowie bestehende und neue Gebäude barrierefrei zu gestalten. Auch durch die Schaffung starker sozialer Netze versuchen sie, der sozialen Isolation vorzubeugen. In einigen Kommunen gibt es Unterstützungsangebote, die Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt das Wiederankommen im Alltag erleichtern. In einigen Fällen konzentrieren sich die Aktivitäten rund um Partizipation besonders auf die Arbeit von Alzheimer-Gruppen.

### **WHO-Säule Sicherheit**

Die Sicherheit aller Gemeindemitglieder stellt eine Priorität dar. In den Gemeinden gibt es für diese Säule jedoch keine spezifischen Zielgruppen. Auf diesem Gebiet arbeiten die Gemeinden mit entsprechenden Organisationen zusammen, etwa mit der Polizei, um Demenzkranke, die sich verirrt haben, wieder zurückzubringen, oder um Projekte zur Sammlung von Kontaktdaten von Demenzkranken ins Leben zu rufen. Zudem werden Notrufgeräte oder Selbstverteidigungskurse für die Betroffenen angeboten. Zusammenarbeit besteht auch mit Wohnungsbauorganisationen mit dem Ziel, die Wohnungen sicherer zu machen. Die Gemeinden sind für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung in ihrem Gebiet zuständig, konzentrieren sich jedoch nicht im Speziellen auf die Sicherheit dieser Zielgruppe. In Bezug auf die soziale Sicherheit sind die Gemeinden der Auffassung, dass die Themen Demenz und Depression nach wie vor Tabuthemen in den Gemeinden sind und weiterhin großer Bedarf besteht, die Hemmschwelle, über diese Themen zu sprechen, zu senken. Sie haben jedoch den Eindruck, dass die Themen in der allgemeinen Öffentlichkeit, die nicht direkt betroffen ist, nicht ganz so stark tabuisiert werden.

## **Ergebnisse Deutschland**

### **Politisches System und Pflege**

Ähnlich wie im belgischen System sind auch die Kommunen im deutschen Teil der Euregio Maas-Rhein nicht direkt für Pflegeangebote für Senioren und im Bereich psychische Gesundheit verantwortlich. Die medizinische Versorgung bezüglich Pflege und weitere Aktivitäten obliegen einem übergreifenden Netzwerk aus mehreren Gemeinden, dem Kreis. Die Angebote erfolgen in der Regel nicht durch die Gemeinden selbst, sondern durch Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Diakonie Deutschland sowie private Initiativen). Sie decken ein breites Spektrum ab und konzentrieren sich nicht auf spezifische Zielgruppen. Gesundheit,

Partizipation und Sicherheit werden nicht als Zuständigkeiten der Kommunen betrachtet, sondern obliegen dem Kreis. Wenn die Gemeinden über die bestehenden Angebote hinaus weitere Maßnahmen anbieten möchten, gilt das als freiwillige Aufgabe, die außerhalb der Verantwortlichkeiten der Gemeinde und damit auch außerhalb ihres Budgets liegt. Insofern sind die Kommunen hier in ihrem Angebot eingeschränkt. In gewissem Maße haben sie jedoch Spielraum, welche Fördermittel sie Einrichtungen zur Verfügung stellen.

### **Demenz**

Die Bereitstellung von (präventiven) Angeboten im Bereich Demenz liegt nicht im Zuständigkeitsbereich der Kommunen, sondern in dem des Kreises. Deshalb verfügen die meisten Kommunen nicht über das nötige Personal oder die finanziellen Mittel, um auf diesem Gebiet aktiv zu werden, obwohl die Mehrheit die Notwendigkeit zum Handeln erkannt hat. Auf Kreisebene gibt es Informationsveranstaltungen zum Thema Altern und Pflege sowie verschiedene Unterstützungsangebote wie Information und Aufklärung über Demenz, Demenzberatung für Betroffene und Angehörige sowie Tagespflege und Haushaltshilfe. Die Kommunen betonen die Wichtigkeit sozialer Netzwerke in den Gemeinden sowie der Unterstützung durch Vereine oder Verbände (z. B. Chöre oder Freizeit- und Sportvereine) zur Förderung der Selbstständigkeit von Personen mit (beginnender) Demenz. In einigen Fällen sind auch Ladenbesitzer in den Kommunen in der Kommunikation mit Demenzkranken geschult. Demenzberatung und -früherkennung erfolgen beispielsweise durch Hausärzte, Apotheken, Gerontologen, Neurologen, Gedächtniskliniken oder Pflegedienste. In seltenen Fällen bieten auch Mitarbeiter der Gemeinde Beratung zum Thema Demenz an. Dies schließt jedoch nicht die Früherkennung von Demenzsymptomen ein.

### **Depression**

Die Zuständigkeiten bezüglich Depression und sozialer Isolation sowie deren Prävention und Früherkennung liegen nicht bei den Kommunen, sondern beim Kreis. Zudem ist das Problem der Altersdepression (noch) nicht ausreichend erkannt und spielt deshalb auf politischer Ebene keine Rolle. Viele Angebote beziehen sich nicht direkt auf die Prävention von Altersdepression, sondern auf die Vermeidung von sozialer Isolation, die eine Vorstufe von Altersdepression bedeuten kann. Die Erkennung und Behandlung von Depressionen erfolgt durch Hausärzte oder Psychotherapeuten. Einige Einrichtungen wie beispielsweise die Sozialämter einiger Gemeinden stellen Informationen zum Umgang mit Depressionen zur Verfügung. Des Weiteren gibt es Angebote zur Tagespflege sowie Beratung und Unterstützung für informelle Pfleger oder auch Haushaltshilfen für Patienten und Angehörige. Für die Kommunen stellen die Erkennung von Depressionssymptomen und die Identifizierung von depressiven, älteren Personen eine Schwierigkeit dar, was wiederum das Erreichen dieser Zielgruppe erschwert.

### **Informelle Pflege**

Um versorgende Angehörige zumindest teilweise zu entlasten, bieten die Kommunen Verhinderungspflege, Tagespflege, Besuchsdienste, Möglichkeiten zum Kurzeitaufenthalt sowie Schulungen und Selbsthilfegruppen für versorgende Angehörige an. Diese Angebote werden nicht von den Kommunen selbst, sondern von den oben erwähnten Wohlfahrtsverbänden bereitgestellt. Sie werden jedoch von den versorgenden Angehörigen nicht umfänglich genutzt. Zudem ist es schwierig, versorgende Angehörige überhaupt zu erreichen. Eine besondere Bedeutung kommt ehrenamtlich Tätigen zu. Diese erhalten in einigen Gemeinden Unterstützung oder Rabatte als Dankeschön und Anerkennung für ihr Engagement.

### **WHO-Säule Gesundheit**

Die Säule der Gesundheit liegt außerhalb des Verantwortungsbereichs der Gemeinden, weswegen sie in der Kommunalpolitik zum Teil nicht als relevantes Thema angesehen wird. Der Kreis ist u. a. für die Gesundheitsversorgung zuständig. Neben den Gesundheitskonferenzen auf Bundesebene gibt es Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK), die über Fragen zur Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene beraten. An den Konferenzen nehmen Vertreter aller Gesundheitseinrichtungen vor Ort teil. Vor Ort kümmert man sich zum Beispiel um Sucht, Drogen, Gesundheitsfürsorge

für Kinder, Erwachsene und Ältere, Gesundheitsförderung, psychische Gesundheitsfürsorge sowie Patiententransport. Die KGGK macht Vorschläge, einigt sich auf Lösungen und setzt diese um. Durch Stellungnahmen und Vorschläge leisten die Kommunalen Gesundheitskonferenzen auch einen Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitliche Prävention erfolgt meist durch die Bereitstellung von Informationen über (psychische) Gesundheitsprobleme. Die Wartezeiten für die Behandlung variieren sehr stark: von 24 Stunden in akuten Fällen bis zu sechs Monaten für einige Maßnahmen. Die Qualitätssicherung der Pflegeangebote erfolgt im Falle der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) und bei privaten Krankenkassen durch MEDICPROOF, nicht durch die Kommunen selbst.

### **WHO-Säule Teilnahme**

Die Gemeinden unterstützen zwar den Grundsatz, dass Menschen so lange wie möglich zu Hause leben sollten. Dennoch liegt weder dieses Thema noch die Säule der Partizipation im Zuständigkeitsbereich der Kommunen. Bislang existieren in den Kommunen keine konkreten Maßnahmen zur Förderung von Partizipation. Wie bereits erwähnt, unterstützen Vereine oder Verbände Menschen mit (beginnender) Demenz dabei, weiterhin an ihnen teilzuhaben. Was die physische Zugänglichkeit für alle betrifft, sind bislang nicht alle öffentlichen Gebäude und Aktivitäten barrierefrei. In zahlreichen Kommunen besteht in diesem Punkt weiterhin Verbesserungsbedarf.

### **WHO-Säule Sicherheit**

Bei den Kommunen besteht Unsicherheit darüber, ob und inwieweit sie für die Sicherheit zuständig sind. Im öffentlichen Bereich, besonders im Verkehr, kümmert sich der Verkehrsausschuss (im Allgemeinen) um ältere Menschen. Zudem gibt es Transportangebote für sie. Was die Bereitschaft der Bevölkerung, über psychische Gesundheitsprobleme zu sprechen, betrifft, sind die Kommunen generell der Auffassung, dass das Thema Depression stärker tabuisiert wird als das Thema Demenz.

## **Ergebnisse Niederlande**

### **Politisches System und Pflege**

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur gesellschaftlichen Förderung (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) 2015 ist ein Teil der Verantwortung für den Aufbau einer inklusiven Gesellschaft vom niederländischen Staat auf die Gemeinden übergegangen. Laut einiger Kommunen des Projekts sind die Gemeinden vor allem für die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe zuständig. Insofern liegt der Fokus mehr auf dem Wohlergehen der Allgemeinheit als speziell auf der Pflege. Sie arbeiten in bestimmten Bereichen mit zahlreichen anderen Organisationen zusammen wie beispielsweise der GGD, dem kommunalen Gesundheitsdienst und weiteren Einrichtungen. Die Kommunen sind für die Partizipation und Sicherheit der Menschen in der Gemeinde zuständig. Die Maßnahmen sind jedoch inklusiv gestaltet und eher breit ausgerichtet, d. h., sie richten sich nicht an spezielle Zielgruppen. Die Gestaltung bestimmter Pflegeangebote fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kommunen, wodurch diese entscheiden können, welche Angebote sie einkaufen und welche nicht. Zudem können die Gemeinden lokalen Initiativen oder Organisationen, die Pflege oder andere Formen der Unterstützung anbieten, Fördermittel bereitstellen. Das Gesetz zur gesellschaftlichen Förderung (Wmo) sieht feste Regelungen und Kontrollen für die Qualität der Pflegeangebote sowie Standardwartezeiten für Pflege- oder Unterstützungsangebote vor.

### **Demenz**

Einige niederländische Kommunen in der Euregio Maas-Rhein haben sich zum Ziel gesetzt, „demenzfreundlich“ zu werden. Oft gibt es dort einen beratenden Ausschuss, der sich auf dieses Ziel konzentriert. Mit anderen Worten:

Das Thema Demenz ist in vielen Fällen bereits in den Maßnahmen und Aktivitäten der Gemeinde verankert. Die Kommunen kooperieren beispielsweise mit Alzheimer Nederland, Hulp bij Dementie (Hilfe bei Demenz), Psychologen und Hausärzten, Nachbarschaftshilfen und Betreuern. Hulp bij Dementie stellt Fallmanager zur Verfügung, die als eine Art Berater für Demenzkranke und deren Angehörige und Freunde fungieren. Viele Kommunen bieten Schulungen für informelle Pfleger zum Umgang mit Demenz sowie soziale Aktivitäten an. Zudem stellt Hulp bij Dementie Fallmanager zur Verfügung. Im Allgemeinen scheint mit Ausnahme von Aufklärung und Schulungen Verbesserungsbedarf bei der Prävention der Krankheit zu bestehen. Das Thema Demenz an sich ist jedoch bereits sehr präsent in den Kommunen.

### **Depression**

Mehr als das Thema Depression insgesamt sind die Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen und die Vermeidung von Einsamkeit ein wichtiges Anliegen für die meisten teilnehmenden Kommunen. Es wurden keine spezifischen Zielgruppen innerhalb der an Depression Erkrankten definiert. Im Allgemeinen sind die Kommunen der Auffassung, dass ihnen beim Thema Depression keine Funktion zukomme oder zukommen müsse, da dies Aufgabe der Hausärzte sei, die auch für die Diagnose von Depressionssymptomen zuständig seien. Die Kommunen sind sich oft nicht darüber im Klaren, was eine Depression alles umfasst und welche Aufgaben sie wahrnehmen könnten. Zudem sehen sie die Verbindung zwischen der Vorbeugung vor Einsamkeit und der Depressionsprävention bislang nicht. In einigen Fällen unterstützten die vorbeugenden Maßnahmen indirekt auch die Depressionsprävention. Jedoch sind sich die Kommunen häufig nicht darüber im Klaren, dass solche Angebote auch bei Depressionen helfen können. Nur selten weisen die Kommunen bei ihren Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz auf die Unterschiede zur Depression hin (welche im Frühstadium der Krankheiten auch nicht eindeutig sind). Zur Vorbeugung von sozialer Isolation/Einsamkeit gibt es zum Beispiel Begegnungsmöglichkeiten wie die „Wohnzimmer“, wo Menschen sich frei und unauffällig bewegen und andere Menschen treffen können, ohne irgendwelche Verpflichtungen eingehen zu müssen. Die Kommunen arbeiten eng mit verschiedenen Einrichtungen zusammen, etwa Seniorenverbänden, Beratern für informelle Pfleger, Gemeindegewerkschaften, Psychologen und Hausärzten.

### **Informelle Pflege**

Für die Zielgruppe der versorgende Angehörige gibt es in den teilnehmenden niederländischen Kommunen meist zahlreiche Maßnahmen und Angebote. Zumeist besteht ein breites Angebot an Unterstützungsmaßnahmen, etwa Schulungen und Aufklärung für versorgende Angehörige und Freunde (auch speziell zum Thema Demenz), Hilfe durch Ehrenamtliche, von der Gemeinde bereitgestellte Haushaltshilfen, Information/Aufklärung durch Seniorenverbände, spezielle Treffen zur Förderung des Austausches unter den versorgende Angehörigen sowie einen „Tag der versorgende Angehörige“ (am 10. November) zur Wertschätzung ihres Engagements. Des Weiteren gibt es Verhinderungspflege sowie individuelle Pflegeangebote. Außerdem kooperieren die Kommunen mit anderen Einrichtungen, die die genannten Maßnahmen anbieten, etwa mit Steunpunt Mantelzorg, einer Organisation, die sich speziell um versorgende Angehörige kümmert. Nach Aussage der Kommunen stellt es für sie jedoch eine Schwierigkeit dar, die Gesamtheit der versorgende Angehörige zu identifizieren. Auch die genauen Zahlen und Namen sind den Gemeinden nicht bekannt. Deshalb ist nicht bekannt, ob die angebotenen Maßnahmen den Bedürfnissen der Angehörigen voll entsprechen. In einigen Fällen werden die Angebote nicht vollständig genutzt. Neben den versorgende Angehörigen erhalten auch ehrenamtlich Tätige Unterstützung von den Kommunen, und zwar in Form von finanziellen Mitteln, Ausstattung und Schulungen.

### **WHO-Säule Gesundheit**

Gesundheit betrachten die Kommunen als einen allgemeinen und integralen Bestandteil, da die Sozialpolitik an sich breit angelegt ist und das Thema Gesundheit alle betrifft, nicht nur bestimmte Zielgruppen. Das Erkennen und die

Prävention von gesundheitlichen Problemen werden als zentral angesehen. Dennoch herrscht in einigen Kommunen Unklarheit darüber, ob diese Säule in ihren Zuständigkeitsbereich fällt. Sie sehen die Verantwortlichkeit eher bei den Hausärzten, Psychologen und Demenzberatern. Einige Gemeinden sind sich nicht darüber bewusst, wie lange die Wartezeiten für bestimmte Betreuungs- und Unterstützungsangebote sein können, es sei denn, die Angebote stammen von den Kommunen selbst. Das Gesetz zur gesellschaftlichen Förderung (Wmo) legt Standardwartezeiten fest, die als Rahmen für die Dauer dienen, die eine betroffene Person warten muss, bis sie Betreuung oder Unterstützung erhält. Die meisten Kommunen halten sich an diese Vorgaben. Die Wartezeiten für die Unterstützung durch Ehrenamtliche sind meist sehr lang. Die Kommunen legen großen Wert auf die Vielfalt der Pflegeangebote. Hin und wieder wird ein vielseitiges Angebot als Kriterium für die Vergabe von Zuschüssen bzw. die Inanspruchnahme von Angeboten durch die Kommune genannt. Das Gesetz zur gesellschaftlichen Förderung (Wmo) sieht auch eine Qualitätskontrolle der Pflegeangebote vor. Einige Gemeinden führen entsprechend regelmäßig Überprüfungen zur „Kundenzufriedenheit“ durch, um bewerten zu können, ob die Angebote den Bedürfnissen der Bürger gerecht werden. Die Erschwinglichkeit der Pflege ist größtenteils dadurch möglich, dass bekannt ist, wie viel die Bürger in Abhängigkeit von ihrem Einkommen für die Pflege zahlen müssen, und durch die Unterstützung für Menschen, die sich eine Versicherung nicht leisten können, seitens der Kommune.

### **WHO-Säule Teilnahme**

Die Vermeidung von Einsamkeit und die Inklusion aller Menschen in die Gemeinschaft sind zentrale Aspekte für die Kommunen. Gerade in kleinen Kommunen besteht oft ein starkes soziales Netzwerk, in dem jeder jeden kennt und man sich umeinander kümmert. Insofern gibt es dort ein informelles Frühwarnsystem, wenn Menschen aufhören, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Die Gemeinden unterstützen vor allem den Grundsatz, dass Menschen so lange wie möglich zu Hause leben sollten. Deshalb sollten die (sozialen) Strukturen in der Nachbarschaft gestärkt werden. In vielen Kommunen gibt es Pläne für die Umgestaltung zu und den Bau von seniorenfreundlichen Gebäuden/ Wohnungen. Zudem ist die Barrierefreiheit von Gebäuden ein wichtiges Anliegen in den Kommunen und ist fast überall gewährleistet. Zukünftige Gebäude werden auf ihre Barrierefreiheit hin überprüft.

### **WHO-Säule Sicherheit**

Das Thema Sicherheit ist den Kommunen wichtig. Dementsprechend gibt es in vielen Fällen Maßnahmen, zur Sturzprophylaxe, zur Sicherheit und zum Erhalt der Beweglichkeit. Auch dies fördert die Partizipation. Des Weiteren bestehen in einigen Kommunen Projekte zum Umgang mit Personen, die sich verirrt haben. Diese finden häufig in Kooperation mit der Polizei statt. Zur Vorbeugung von Missbrauch gibt es u. a. Teams wie „Sichere Nachbarschaft“ und „Sicheres Zuhause“. In Bezug auf die Offenheit, mit der über spezielle Themen gesprochen wird, sind sich die Kommunen weitgehend einig, dass beide Themen nach wie vor tabuisiert würden, wobei das Sprechen über Demenz leichter geworden sei. Hierzu merkten einige an, dass die Zahl der versorgenden Angehörigen für Menschen mit einer Depression auch kleiner sei als bei der Demenz und dass diesbezüglich eine Informationslücke bestehe.

## KAPITEL 4 DIE WICHTIGSTEN BEOBACHTUNGEN UND ERKENNTNISSE

Neben den Informationen über die Zielgruppen und die Säulen des Projekts „Seniorenfreundliche Kommunen“ haben die Auswertungen zu weiteren interessanten Einsichten geführt, welche im Folgenden zusammengefasst werden:

- Die Kommunen aller fünf Regionen wollen mit ihrer Politik eine breite Zielgruppe erreichen, nicht spezielle Teilgruppen.
- In allen drei Ländern verweisen die Gemeinden für genauere Informationen zu den Projektthemen auf viele verschiedene Einrichtungen. Sie selbst haben diese Informationen i.d.R. nicht vor Ort.
- Einige Kommunen überschätzen die Anzahl der Angebote und Maßnahmen, die sie anbietet, wobei viele davon eher allgemeine Themen ansprechen oder eher auf die Unterstützung nach der Diagnose abzielen als auf die Prävention.
- Andere Gemeinden unterschätzen wiederum die Anzahl ihrer Angebote und Maßnahmen und scheinen gerade beim Thema Depression zu vergessen, dass die Verhinderung von sozialer Isolation sich positiv auf die Depressionsprävention auswirken kann.
- Für alle Kommunen schienen das Thema Demenz und der Umgang mit ihr vertrauter zu sein als das Thema Depression.
- Für das Erkennen von möglichen Anzeichen einer Depression werden Hausärzte oder Demenzberater als zuständig betrachtet, nicht die Kommunen.
- Fast alle Kommunen zeigten sich an einer länderübergreifenden Zusammenarbeit mit der Euregio Maas-Rhein interessiert mit dem Ziel, Best Practices auszutauschen.
- Die am häufigsten genannten Hürden beim Austausch innerhalb der Euregio waren (in beliebiger Reihenfolge): Unkenntnis der Mitarbeiter in anderen Kommunen; Unkenntnis über die Arbeitsabläufe ausländischer Kommunen; unterschiedliche Regeln und Gesetze, die die Einschätzung erschweren, ob eine Maßnahme in ähnlicher Form auch in der eigenen Kommune eingeführt werden kann; ein fehlender Überblick über die drei genannten Punkte; Zeitknappheit; keine Priorität des Themas; Budgetzwänge.
- In allen fünf Regionen wurde auf die Schwierigkeit hingewiesen, die informellen Pfleger zu identifizieren und zu erreichen. Deshalb bestehen Zweifel, ob die angebotenen Maßnahmen wirklich den Bedürfnissen der Zielgruppen gerecht werden.
- Alle teilnehmenden Gemeinden betonen die Notwendigkeit eines (starken) sozialen Netzwerkes.
- Die Mystery Guests haben festgestellt, dass es länderunabhängig in vielen Kommunen schwierig war, eine Information einzuholen, ohne mehr über die persönlichen Hintergründe des Patienten preisgeben oder Angaben zur eigenen Person machen zu müssen, also beispielsweise anonym zu bleiben.
- Städte und Gemeinden können generell nicht nur Unterstützung im Bereich der Pflege anbieten, sondern darüber hinaus sowohl den betroffenen Patienten als auch ihren Angehörigen und Freunden Aufmerksamkeit und emotionale Unterstützung zukommen lassen.



## KAPITEL 5 PARTNER

### Projektpartner

- Universiteit Maastricht, NL (Lead Partner)
- Huis voor de Zorg, NL
- Mutualité chrétienne Verviers-Eupen, BE
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège, BE
- Kreis Heinsberg -Gesundheitsamt/Stabsstelle für demografischen Wandel und Sozialplanung, DE
- Limburgs Gezondheidsoverleg (LOGO), BE
- Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben, BE
- GGD Zuid Limburg, NL
- Stichting euPrevent | EMR, NL

### Teilnehmende Kommunen

| Belgien            | Deutschland  | Niederlande                            |
|--------------------|--------------|--|
| Amel               | Aldenhoven   | Beek                                   |
| As                 | Dahlem       | Beesel                                 |
| Hamont-Achel       | Erkelenz     | Eijsden-Margraten                      |
| Hasselt            | Euskirchen   | Kerkrade                               |
| Kelmis             | Herzogenrath | Maastricht                             |
| Liège              | Hückelhoven  | Mook                                   |
| Plombières         | Jülich       | Onderbanken-Nuth-Schinnen (Beekdaelen) |
| Tessenderlo        | Stolberg     | Roermond                               |
| Thimister-Clermont | Wassenberg   | Valkenburg aan de Geul                 |
| Verviers           | Wegberg      | Venlo                                  |
|                    |              | Venray                                 |
|                    |              | Weert                                  |

### Teilnahme am Assessment, aber nicht am ganzen Projekt:

- Sittard-Geleen (Niederlande)

## QUELLEN

Alzheimer Europe. (2013). The prevalence of dementia in Europe. Retrieved 31-10-2017 from <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>

Belgium.be (2017). Die Zuständigkeiten der Gemeinden. Retrieved 10-11-2017 from [https://www.belgium.be/de/ueber\\_belgien/staat/gemeinden/befugnisse](https://www.belgium.be/de/ueber_belgien/staat/gemeinden/befugnisse)

Verbeek-Oudijk, D. Putman, L. (2016). Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013 Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen. Sociaal Cultureel Planbureau. Retrieved 31-10-2017 from [http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2016/Verzorgd\\_in\\_Europa\\_kerncijfers\\_2013](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Verzorgd_in_Europa_kerncijfers_2013)

World Health Organization. (2002). Active Ageing-A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. *Madrid (ES): WHO*.



“

Gemeinsam entwickeln wir grenzüberschreitend seniorenfreundliche Gemeinden, damit alle Senioren/-innen der Euregio Maas Rhein weiterhin mit Freude am alltäglichen Leben teilnehmen können.

”

[WWW.EUPREVENT.EU/SFC/](http://WWW.EUPREVENT.EU/SFC/)

