



uster
Wohnstadt am Wasser

ALTERSSTRATEGIE DER STADT USTER



	Vorwort von Stadträtin Esther Rickenbacher, Abteilungsvorsteherin Gesundheit	4
	Einleitung	5
1	Demografie und Pflegebedarf	6
1.1	Historische Entwicklung und heutiger Bestand der Bevölkerung	6
1.2	Bevölkerungsprognose bis 2030	6
1.3	Veränderung der Haushaltssituation	7
1.4	Pflegebedürftigkeit und Versorgung	8
1.5	Stationärer Pflegebedarf bis 2030	10
1.6	Ambulanter Pflegebedarf bis 2030	11
1.7	Abschätzung der voraussichtlichen Pflegekosten bis 2030	11
1.8	Kosten Zusatzleistungen für Betagte in Heimen	12
2	Zukünftige Entwicklungen	13
2.1	Dimension A: Wohnen und Leben	13
2.2	Dimension B: Gesundheit (physisch, psychisch, spirituell)	15
2.3	Dimension C: Partizipation/Teilhabe	17
3	Politische Grundsätze	18
4	Strategische Handlungsfelder	19

Die Altersstrategie der Stadt Uster wurde durch den Stadtrat am 28. 5. 2013 mit Beschluss-Nr. 200 und den Gemeinderat am 2. 9. 2013 mit Beschluss-Nr. 174 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Herausgeberin

Stadt Uster

Abteilung Gesundheit

Bahnhofstrasse 17

8610 Uster

www.uster.ch

gesundheit@uster.ch

Titelbild: Kellenberger Kaminski Photographie, Uster

VORWORT VON STADTRÄTIN ESTHER RICKENBACHER, ABTEILUNGSVORSTEHERIN GESUNDHEIT

Liebe Leserin, lieber Leser



Das Alter geht uns alle an. Wir alle werden älter, ob wir wollen oder nicht. Oft wird uns das erst von aussen bewusst, wenn wir beobachten, wie sich Aussehen und Verhalten gleichaltriger Personen im Freundeskreis verändern. Was mich dabei immer wieder erstaunt, ist, wie unterschiedlich Menschen altern. Manche blühen erst nach der Pension so richtig auf, sind unternehmungslustig und wagen Dinge, die sie sich früher nicht getraut hätten. Andere ziehen sich vom aktiven Leben zurück, fühlen sich in ihrer unmittelbaren Umgebung wohl und werden häuslich. Nicht immer liegt es in den eigenen Händen, wie sich der Alltag gestaltet. Wer gesundheitliche Probleme bekommt, verfügt nicht mehr über den gleichen Aktionsradius, ist zunehmend auf Unterstützung und Pflege Dritter angewiesen. Das sind bittere Momente, die eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal erfordern. Daneben gibt es Glückspilze, die sich zeitlebens einer guten körperlichen Gesundheit erfreuen, die auch im hohen Alter fit im Kopf sind und am gesellschaftlichen Leben partizipieren.

Ich halte es für eine der vornehmsten Aufgaben von Politik und Staat, sich wo nötig um diejenigen unter uns zu kümmern, die nicht mehr im Vollbesitz ihrer physischen und/oder psychischen Kräfte sind. Wir tragen eine soziale Verantwortung gegenüber älteren Menschen, die sich über Jahrzehnte im Beruf, in der Familie und im Gemeinwesen nach ihren Möglichkeiten engagiert und unsere Gesellschaft zu dem gemacht haben, was sie heute ist. Hauptziel aller Bemühungen soll dabei die möglichst lang andauernde individuelle Autonomie und Selbstbestimmung des Einzelnen sein.

Wir verfügen in der Stadt Uster mit der Spitex, den Heimen, dem Spital, dem Wagerenhof und vielen weiteren Angeboten über ein umfassendes, breites und qualitativ hervorragendes Angebot im pflegerischen und medizinischen Bereich. Wir haben zahlreiche Vereine und Gruppierungen, die sich für Altersanliegen einsetzen und die miteinander vernetzt sind. Wir verfügen über eine Trägerkonferenz Alter, die dazu beiträgt, dass sich die Akteure im Altersbereich fachlich austauschen und über ihre Aktivitäten orientieren. Die Zusatzleistungen zur AHV und IV gewährleisten auch Personen, die finanziell knapp dastehen und/oder mit sozialen Schwierigkeiten kämpfen, ein menschenwürdiges Dasein und die Möglichkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Wenn ich den Anstoss für die Entwicklung einer neuen Altersstrategie gegeben habe, dann habe ich dies im Bewusstsein getan, dass das bisher Erreichte nicht selbstverständlich ist, dass wir es bewahren sollen, dass wir gleichzeitig aber auch dafür sorgen müssen, die Herausforderungen der Zukunft zu meistern. Wenn ich die demografische Entwicklung anschau und gleichzeitig sehe, dass unser Staat immer grössere finanzielle Verpflichtungen eingehen muss, erfüllt mich dies mit Sorge. Als politische Vorsteherin der Abteilung Gesundheit erachte ich es deshalb als meine Pflicht, Vorbereitungen zu treffen, um auch unseren nächsten Generationen ein bedarfsgerechtes, modernes und an der Selbsthilfe ausgerichtetes Altersangebot zur Verfügung stellen zu können. Lassen Sie uns gemeinsam die Weichen für die Zukunft stellen! Die Altersstrategie der Stadt Uster soll dazu den Weg aufzeigen.

Esther Rickenbacher

EINLEITUNG

Die vorliegende Altersstrategie zeigt, wie das städtische Angebot für Menschen im Alter künftig aussehen und mit welchen Massnahmen dieses Ziel erreicht werden soll.

In **Kapitel 1** wird anhand statistischer Bevölkerungsdaten und Daten aus dem aktuellen Versorgungskonzept die heutige Situation in Uster dargestellt. Anhand der zu erwartenden demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 und mittels zweier Szenarien wird der zu erwartende Pflegebedarf der nächsten 20 Jahre und die daraus entstehenden Kosten errechnet. Dieses Kapitel fokussiert stark auf die Pflege und ihre **quantitativen Aspekte**.

In **Kapitel 2** werden die zukünftigen Entwicklungen aus einer inhaltlichen Perspektive heraus ermittelt. Sie beziehen sich nicht alleine auf die Pflege, sondern werden im Rahmen dreier umfassender Dimensionen verortet: Wohnen und Leben, Gesundheit (physisch, psychisch, spirituell) und Partizipation/Teilhabe. Grundlage dafür bilden die Überlegungen der Fachkommission Betreutes Wohnen, die im Rahmen der Alterskonferenz vom April 2012 erarbeiteten Zukunftsbilder sowie die im internen Strategie-Workshop vom Juli 2012 identifizierten Trends. Dieses Kapitel legt sein Hauptaugenmerk auf die **qualitativen Aspekte** des künftigen Angebotes.

Kapitel 3 beschreibt die **politischen Grundsätze** der städtischen Alterspolitik. Sie bilden den Orientierungsrahmen und setzen Leitplanken, an denen sich das städtische Angebot zu orientieren hat.

Kapitel 4 setzt die **strategischen Handlungsfelder** fest. Pro Handlungsfeld werden konkrete **Massnahmen** beschrieben, welche angegangen werden sollen. Die Massnahmen leiten sich aus den Resultaten der Fachkommission Betreutes Wohnen, der Alterskonferenz, des Strategie-Workshops sowie der Ergebniskonferenz vom November 2012 ab.

Auch wenn Strategien längerfristige Ziele beschreiben, sind sie nicht vor Veränderungen gefeit. In einer Gesellschaft, die sich rasch entwickelt und die sich dauernd neuen Herausforderungen gegenüberübersieht, sind Strategien regelmässig auf ihre Brauchbarkeit zu überprüfen. Das vorliegende Papier ist somit eine **Momentaufnahme** und Ausdruck seiner Zeit, in der es entstanden ist.

1 DEMOGRAFIE UND PFLEGEBEDARF

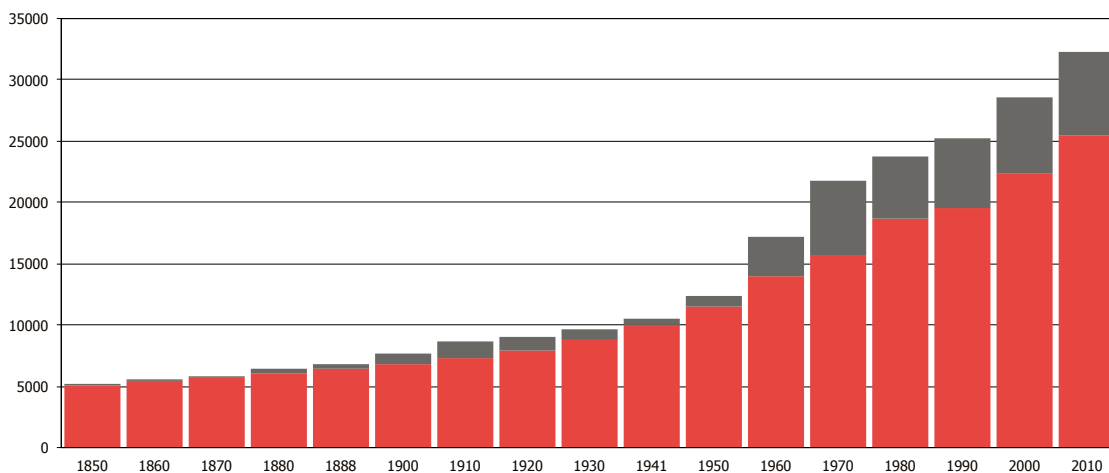
1.1 Historische Entwicklung und heutiger Bestand der Bevölkerung

Die Stadt Uster zählte Ende 2011 32'547 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Stadt hat sich seit Mitte des vorletzten Jahrhunderts, als sie rund 5'100 Einwohnerinnen und Einwohner «gross» war, bevölkerungsmässig stark entwickelt. Anfang der 1940er-Jahre wurde die Gemeinde definitiv zur Stadt, als sie die 10'000er-Marke dauerhaft überschritt. Am kräftigsten entwickelte sich der Bevölkerungsbestand in den 1950er- und 1960er-Jahren sowie in den Jahren zwischen 2000 und 2010, als die Bevölkerung innerhalb einer Dekade um rund 4'900 bzw. 4'500 Personen wuchs.

Die Entwicklung des Ausländeranteils verlief in Uster parallel zur Entwicklung in der ganzen Schweiz. Der Anteil war lange Zeit vergleichsweise klein. Lediglich in den Jahren 1900–1930 lag er bei über 10%. Am stärksten wuchs er in den 1950er- und 1960er-Jahren, als Uster rasch grösser wurde, und erreichte 1970 mit einem Anteil von 28% seinen Höhepunkt. Seit 1980 liegt er stabil zwischen 21% und 22%.

Der Anteil der verschiedenen Alterskategorien hat sich alleine seit Ende der 1990er-Jahre merklich verändert. Die Entwicklung zeigt, dass die Bevölkerung immer älter wird. Der Anteil der bis 19-Jährigen nahm innerhalb von zwölf Jahren um 2,3% ab, derjenige der 20–39-Jährigen um 2,8%. Im Gegenzug erhöhte sich der Anteil der 40–64-Jährigen um 2,1% und derjenige der über 65-Jährigen um 3,0%. Drei Prozent der Bevölkerung entsprechen in Uster rund 1'000 Personen.

Grafik 1: Entwicklung der Ustermer Bevölkerung 1850–2010 nach
 ■ Schweizerinnen und Schweizern ■ Ausländerinnen und Ausländern



1.2 Bevölkerungsprognose bis 2030

Auf Basis provisorischer Berechnungen des Statistischen Amtes des Kantons Zürich ist davon auszugehen, dass sich die Ustermer Bevölkerung bis zum Jahr 2030 auf rund etwa 38'900 Einwohnerinnen und Einwohner erhöhen wird. Das entspricht einer Zunahme von 20,5% gegenüber dem Stand 2010.

Tabelle 1: Entwicklung der Ustermer Bevölkerung 2010–2030

	Jahr 2010	Jahr 2015	Jahr 2020	Jahr 2025	Jahr 2030
Gesamtbevölkerung	32'285	34'553	36'352	37'785	38'908
Anteil über 65-Jährige	15,3 %	16,8 %	17,8 %	19,0 %	21,0 %
Anzahl über 65-Jährige	4'941	5'792	6'468	7'193	8'152
Anteil über 80-Jährige	3,6 %	4,1 %	4,8 %	5,7 %	6,7 %
Anzahl über 80-Jährige	1'158	1'430	1'722	2'230	2'642
Anteil über 85-Jährige	1,6 %	2,0 %	2,4 %	2,8 %	3,6 %
Anzahl über 85-Jährige	517	697	866	1'053	1'408

Der Trend zur immer älter werdenden Bevölkerung wird sich in den nächsten 20 Jahren noch stärker akzentuieren. Demnach ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl der über 80-Jährigen um 130 %, die Anzahl der über 85-Jährigen sogar um 170 % erhöhen wird.

Auch der Anteil der 65–79-jährigen Bevölkerung wird sich bis 2030 vergrössern, wenngleich etwas weniger stark als das noch ältere Segment. Das Modell geht davon aus, dass in zwanzig Jahren rund 5'500 Personen gezählt werden, gegenüber 3'900 im Jahr 2010 (+ 40%). Im Gegenzug wird der Anteil der 20–64-Jährigen um 4,5 % und derjenige der bis 19-Jährigen um 0,8 % abnehmen.

Wenig verändern wird sich der Anteil der ausländischen Bevölkerung innerhalb der Gruppe der über 85-Jährigen. Er wird zwar bis ins Jahr 2025 von etwa 6 % auf 8 % steigen, bis ins Jahr 2030 aber wieder auf das Ausgangsniveau zurückfallen. Anzahlmässig jedoch bedeutet dies eine Verdreifachung des Bestandes: Er wird von derzeit rund 30 auf etwa 90 Personen anwachsen.

1.3 Veränderung der Haushaltssituation

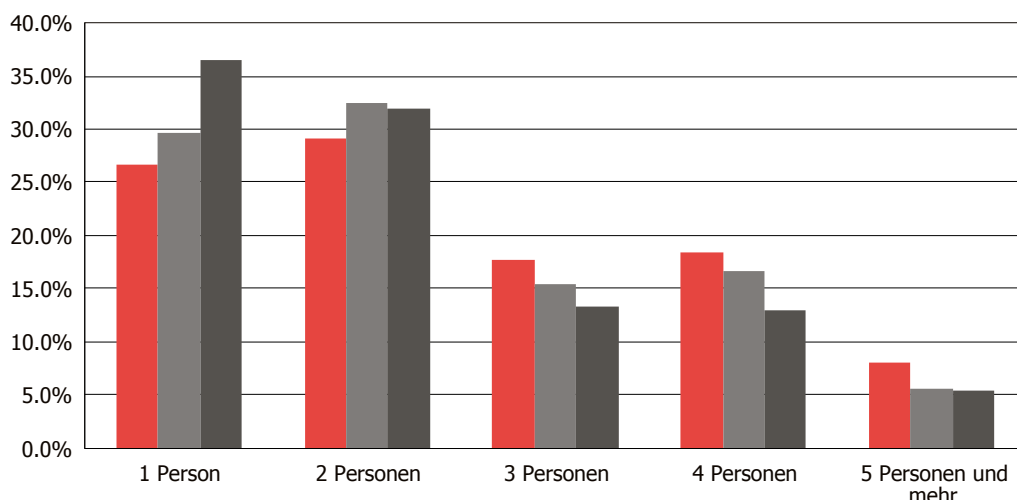
Parallel zur dynamischen Entwicklung des Wohnungsbestands, der in Uster in den letzten 20 Jahren um rund 44 % zugenommen hat, verlief in den letzten Dekaden die Entwicklung der Haushalte. Ihre Anzahl wuchs von 1950 (3'302) bis ins Jahr 2000 (12'605) um beinahe das Vierfache. 98 % davon (12'356) sind Privathaushalte. Davon entfällt ein gutes Drittel (36,4 %) auf Einpersonenhaushalte und knapp zwei Drittel (61,7 %) auf Familienhaushalte.

In den insgesamt 7'618 Familienhaushalten leben 22'218 Personen (Stand 2000). Das entspricht durchschnittlich 2,92 Personen pro Familienhaushalt, was dem schweizweiten Durchschnittswert von 2,97 sehr nahe kommt. 1980 waren es in Uster im Schnitt noch 3,17 Personen gewesen.

Die Bedeutung der Einpersonenhaushalte hat zwischen 1980 und 2000 deutlich zugenommen. Lag der Anteil zunächst noch bei 26,7 %, kletterte er binnen 20 Jahren auf 36,4 % und wurde damit zur verbreitetsten Wohnform. In der gleichen Zeit sank der Anteil der Familienhaushalte mit mindestens 3 Personen von 44,2 % auf 31,6 %. Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 2010 sind vom Bundesamt für Statistik noch keine erhältlich, dürften den Trend aber erhärten.

Grafik 2: Entwicklung der Privathaushaltsanteile nach Anzahl Personen im Haushalt 1980–2000

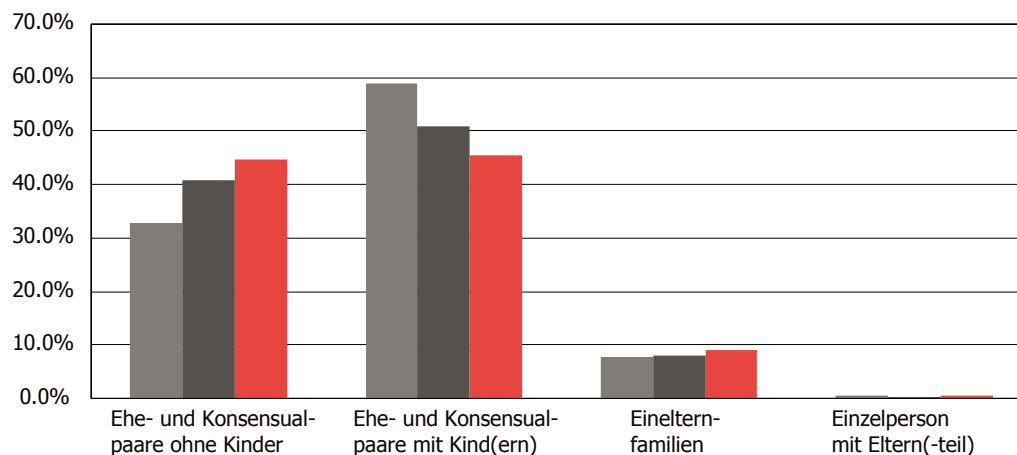
■ 1980 ■ 1990 ■ 2000



Die Entwicklung zu immer weniger im gleichen Haushalt lebenden Personen wird durch die schwindende Bedeutung der «klassischen» Familie mit zwei Elternteilen und einem oder mehreren Kindern unterstrichen. 1980 waren in Uster 59% der Familienhaushalte Ehe- und Konsensualpaare mit Kindern. Im Jahr 2000 waren es noch 45,5%. Zeitgleich stieg der Anteil der Ehe- und Konsensualpaare ohne Kinder von 32,9% auf 44,8%. Dieser Trend ist schweizweit zu beobachten, verläuft in Uster aber noch etwas akzentuierter.

Grafik 3: Entwicklung der Familienhaushalte nach Haushaltstyp 1980–2000

■ 1980 ■ 1990 ■ 2000



1.4 Pflegebedürftigkeit und Versorgung

Die Stadt Uster zählte Ende 2011 insgesamt 631 pflegebedürftige Ustermerinnen und Ustermer. Das entspricht knapp 2 % der Bevölkerung. 56% von ihnen wurden ambulant, 44% stationär versorgt. Der weitaus grösste Teil (85%) nahm Pflegedienstleistungen der städtischen Spitex und der Heime in Anspruch. Knapp jede zehnte Person wurde von einer Institution ausserhalb Usters betreut.

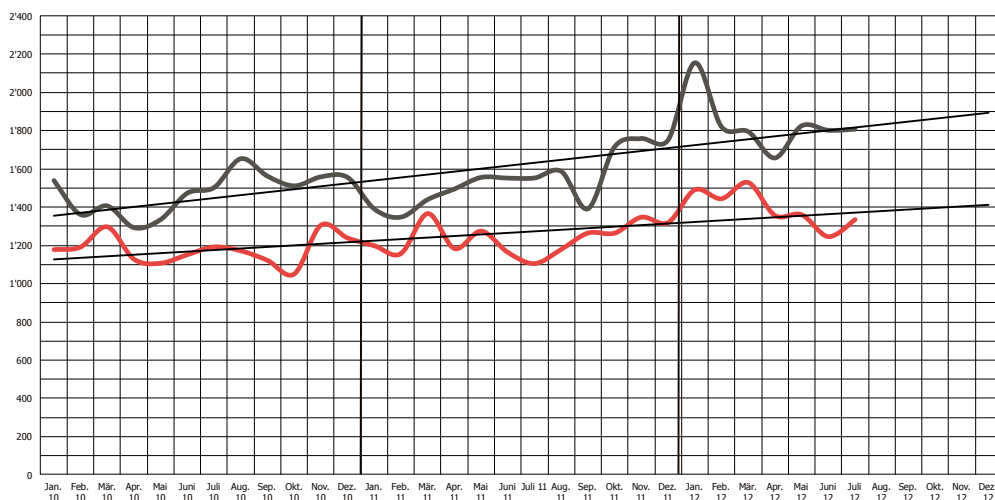
Tabelle 2: Ustermerinnen und Ustermer, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen (Stand Ende 2011)

Institution	Anzahl	in %
Ambulante Versorgung	353	55,9 %
– Städtische Spitex Uster	342	54,2 %
– Privates Spitexangebot in Uster	3	0,5 %
– Spitexangebote ausserhalb von Uster	8	1,3 %
Stationäre Versorgung	278	44,1 %
– Städtische Heime Uster	191	30,3 %
– Private Heime/Pflegezentren in Uster	37	5,9 %
– Heime Pflegezentren ausserhalb von Uster	50	7,9 %
TOTAL	631	100,0 %

Die Nachfrage nach ambulanten pflegerischen und nichtpflegerischen Leistungen ist in den letzten zweieinhalb Jahren stark gestiegen: In der Pflege um 30 %, im Hauswirtschaftsbereich um etwa 20 %. Seit Herbst 2012 werden erstmals auch Nachteinsätze auf Abruf geleistet. Mittelfristig ist absehbar, dass die Spitex Uster diesem Bedarf nur mit einem 24-Stunden-Angebot entsprechen kann. Die Spitex Uster stösst immer wieder an Kapazitätsgrenzen und vergrössert ihren Stellenetat parallel zur steigenden Nachfrage.

Grafik 4: Verrechnete Stunden der Spitex Uster, 2010–2012

■ Pflege KLV ■ Hauswirtschaft u.a.L.



Die stadt eigenen Heime umfassen fünf Betriebe mit insgesamt 259 Plätzen. Ende 2011 wurden 237 (92 %) als KVG-Plätze benutzt, die restlichen Plätze wurden von Personen ohne Pflegebedürftigkeit besetzt (BESA Stufe 0). In der Stadt Uster bieten drei weitere Heime 66 Pflegeplätze an. Diese Zahl kann aufgrund der Pflegesituation schwanken und ist eher als Untergrenze zu betrachten. Alle Heime in der Stadt Uster bieten somit zusammen insgesamt 325 Plätze an, die potenziell KVG-Plätze sind. Effektiv mit Pflegebedürftigen belegt sind Ende 2011 303 Plätze.

Vergleicht man die effektiv für stationäre Pflege benutzten Plätze (303) mit der Anzahl Pflegebedürftiger Ustermerinnen und Ustermer (278), ergibt sich Ende 2011 ein «Überhang» von 25 Pflegeplätzen. Gemessen am Total der potenziellen KVG-Plätze (Kapazitätsobergrenze) gibt es 47 Plätze mehr, als Ustermer Pflegebedürftige existieren. Dies ergibt einen Versorgungsgrad von 117 %.

Wie in Tabelle 1 oben gezeigt, leben 50 der insgesamt 278 stationär pflegebedürftigen Ustermerinnen und Ustermer in Heimen ausserhalb der Stadt Uster. Auf die verbleibenden 228 Personen, welche in einem Heim in Uster leben, entfallen insgesamt 303 KVG-Plätze. Die Differenz entspricht den 75 auswärtigen Pflegebedürftigen, die in der Stadt Uster wohnen, was ziemlich genau einem Viertel der besetzten KVG-Plätze entspricht.

Tabelle 3: Ustermerinnen und Ustermer sowie auswärtige in Uster wohnende stationär Pflegebedürftige (Stand Ende 2011)

Institution	KVG-belegt	Ustermer/innen	Auswärtige
Städtische Heime Uster	237	191	46
Alters- und Pflegezentrum Neuwies	23	15	8
Residenz Brunnehof Tertianum AG	13	12	1
Rosengarten, Stadt Zürich	30	10	20
TOTAL	303	228	75

In Bezug auf die Versorgungssituation lässt sich festhalten, dass die städtischen Heime Uster alleine (d. h. ohne die anderen Stationärangebote in Uster) etwa so vielen Auswärtigen einen stationären Pflegeplatz anbieten, wie pflegebedürftige Ustermerinnen und Ustermer Heimen ausserhalb der Stadt Uster wohnen. Die Stadt Uster verfügt somit – zumindest für den Moment – über genügend Flexibilität, einer theoretisch angenommenen stärkeren Nachfrage von Ustermerinnen und Ustermer nach stadteigenen stationären Leistungen entsprechen zu können. Sie müsste dazu freilich den Bestand an Auswärtigen reduzieren.

1.5 Stationärer Pflegebedarf bis 2030

Die Prognose der Abteilung Gesundheit zum künftigen stationären Pflegeplatzbedarf stützt sich auf zwei Elemente: eine Schätzung der Pflegebedürftigkeit insgesamt und eine Schätzung der Verlagerung der Nachfrage von stationären zu ambulanten Pflegeleistungen. Für die Berechnung des ersten Elements wird das optimistischste (Zunahme 41,0%) und das pessimistischste Szenario (Zunahme 85,6%) von Höpflinger et al. (2011)¹ verwendet, um Unter- und Obergrenze zu berechnen und die mögliche Bandbreite aufzuzeigen.

	Anzahl Pflegebedürftige stationär, Stand 2011	Zunahme bis 2030	Anzahl Pflegebedürftige stationär, 2030
Szenario A (optimistisch)	278	41,0 %	392
Szenario B (pessimistisch)	278	85,6 %	516

Für die Berechnung des zweiten Elements wird von zwei alternativen Szenarien ausgegangen, welche die mögliche Verschiebung der Nachfrage von der stationären zur ambulanten Nachfrage abbilden. In Szenario 1 erfolgt eine Verlagerung von zusätzlich 5% und in Szenario 2 eine von zusätzlich 10% der per 2030 angenommenen Pflegebedürftigen. Das heisst, dass sich die errechnete Anzahl stationär Pflegebedürftiger in diesen Umfängen reduziert.

	Anzahl Pflegebedürftige stationär, 2030	Szenario 1 (-5%)	Szenario 2 (-10%)
Szenario A (optimistisch)	392	372	353
Szenario B (pessimistisch)	516	490	464

¹ François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Hrsg.). Verlag Hans Huber, Bern.

Die Berechnungen zeigen, dass im Jahr 2030 im Minimum 75 und im Maximum 210 zusätzliche Ustermerinnen und Ustermer stationäre Pflegeleistungen beanspruchen werden. Für die Planung erscheint der Mittelwert der beiden Pole am zweckmässigsten, weshalb von 140 zusätzlichen pflegebedürftigen Personen (zusätzlich 50 % zum aktuellen Stand) ausgegangen wird.

Wenn vereinfachend angenommen wird, dass der künftige Bedarf linear wächst, bedeutet dies für die Planung eine Zunahme von 35 in Heimen gepflegten Ustermerinnen und Ustermer alle fünf Jahre.

1.6 Ambulanter Pflegebedarf bis 2030

Die Prognose der Abteilung Gesundheit zum künftigen ambulanten Pflegeplatzbedarf wird analog berechnet wie der Bedarf an stationären Plätzen.

	Anzahl Pflegebedürftige ambulant, Stand 2011	Zunahme bis 2030	Anzahl Pflegebedürftige ambulant, 2030
Szenario A (optimistisch)	353	41,0 %	498
Szenario B (pessimistisch)	353	85,6 %	655

Für die Berechnung des zweiten Elementes wird von den gleichen zwei Szenarien ausgegangen. Die mögliche Verschiebung der Nachfrage von der stationären zur ambulanten Nachfrage bedeutet eine zusätzliche Zunahme von 5 % (Szenario 1) bzw. 10 % (Szenario 2).

	Anzahl Pflegebedürftige ambulant, 2030	Szenario 1 (+ 5 %)	Szenario 2 (+ 10 %)
Szenario A (optimistisch)	498	523	548
Szenario B (pessimistisch)	655	689	721

Die Berechnungen zeigen, dass im Jahr 2030 im Minimum 195 und im Maximum 368 zusätzliche Ustermerinnen und Ustermer ambulante Pflegeleistungen beanspruchen werden. Für die Planung empfiehlt sich auch in diesem Fall die Verwendung des Mittelwerts der beiden Pole. Das bedeutet, dass von 282 zusätzlichen pflegebedürftigen Personen (zusätzlich 80 % zum aktuellen Stand) ausgegangen wird.

Wenn vereinfachend angenommen wird, dass der künftige Bedarf linear wächst, bedeutet dies für die Planung eine Zunahme von 70 ambulanten Pflegefällen alle fünf Jahre. Das ist anzahlmässig das Doppelte von der Zunahme der stationären Fälle.

1.7 Abschätzung der voraussichtlichen Pflegekosten bis 2030

Die Erstellung einer Prognose zu den Pflegekosten ist mit grossen Unsicherheiten behaftet. Sie ist nicht nur von der angenommenen zusätzlichen Anzahl Pflegefälle abhängig, sondern auch vom Umfang ihres Pflegebedarfs. Generell ist zu erwarten, dass die Pflegeintensität der stationären Fälle zunehmen wird, weil die Bewohnenden immer später ins Pflegezentrum eintreten, wenn es wirklich nicht mehr anders geht. Das bedeutet auch für die ambulante Pflege eine Zunahme der Pflegeintensität, weil mehr Menschen mit zunehmendem Pflegebedarf länger daheim bleiben. Dieser Trend, welchem auch die Strategie «ambulant vor stationär» folgt, ist jedoch schwer zu kalkulieren. Die Erfahrung zeigt auch, dass sich der ambulante Pflegebedarf nicht linear verändert, sondern schwankt. Vereinfachend wird deshalb vom

aktuellen Stand ausgegangen. Dies im Bewusstsein, dass die errechneten Kosten eher das zu erwartende Minimum abbilden.

Die Berechnung der Pflegekosten erfolgt stark vereinfachend linear anhand der gepflegten Personen und vernachlässigt zahlreiche Einflussfaktoren wie etwa Inhalt der Pflegeleistung, die Pflegeintensität, Pflegestandards oder die Lohnentwicklung. Es geht in diesem Zusammenhang weniger darum, eine exakte Zahl zu berechnen, sondern die Grössenordnung grob abschätzen zu können. Unter diesen Rahmenbedingungen ist in den nächsten 20 Jahren schätzungsweise mit einer Zunahme der Pflegekosten von rund 5 Mio. Franken (+58 %) zu rechnen.

Der Zuwachs kann mittels folgender Tabelle nachvollzogen werden.

Tabelle 4: Prognose der Pflegekosten 2030²

Institution	Aktuell	Kosten	Prognose	Progn. Kosten
Ambulante Versorgung	353 Pers.	2,129 Mio.	635 Pers.	3,830 Mio.
– Städtische Spitex Uster	342 Pers.	2,105 Mio.		
– Nichtstädtische Spitex	11 Pers.	0,024 Mio.		
Stationäre Versorgung	278 Pers.	6,629 Mio.	418 Pers.	9,967 Mio.
– Städtische Heime Uster	191 Pers.	4,825 Mio.		
– Nichtstädtische Heime/Pflegezentren	87 Pers.	1,804 Mio.		
TOTAL	631 Pers.	8,758 Mio.	1'053 Pers.	13,797 Mio.

1.8 Kosten Zusatzleistungen für Betagte in Heimen

Ende 1991 wurden 100 Betagten, die in einem Heim wohnten, Zusatzleistungen zur AHV ausgerichtet, per Ende 2012 waren es 136. Ende 2012 erhielten ziemlich genau die Hälfte aller stationär gepflegten betagten Ustermerinnen und Ustermer Zusatzleistungen. In 20 Jahren wird voraussichtlich auf Grund der höheren Lebenserwartung und der Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung die Anzahl der Personen, die auf Zusatzleistungen angewiesen sind, stärker zunehmen als in den vergangenen 20 Jahren. Wahrscheinlich nicht verändern wird sich der Anteil der stationär gepflegten Personen, die Zusatzleistungen für die Finanzierung ihrer Lebenskosten benötigen.

Im Jahr 2012 wurden für Heimbewohnende insgesamt rund 5'400'000 Franken an Zusatzleistungen aufgewendet. Von diesem Betrag wurden der Gemeinde 44 Prozent in Form von Subventionen durch den Kanton rückerstattet; netto musste die Stadt Uster rund 3'000'000 Franken selber tragen. Die Kosten pro Bezügerin und Bezüger betragen im Jahr 2012 rund 22'000 Franken. Diese Kosten sind in den vergangenen fünf Jahren um rund 5 % jährlich angestiegen.

Es wird davon ausgegangen, dass der Anstieg der Kosten auch in den kommenden Jahren in etwa demselben Rahmen ausfällt. Bis ins Jahr 2030 ergibt dies eine geschätzte Steigerung der Fallkosten um 90 %. Die durchschnittlichen Kosten pro Bezügerin und Bezüger werden dann ca. 42'500 Franken betragen.

Mit einem Kostenanstieg ist auch bei Personen zu rechnen, die zu Hause leben und Zusatzleistungen zur AHV beziehen. Da der Zuwachs von verschiedenen Faktoren wie wirtschaftliche Entwicklung,

² Die Prognosezahlen beruhen auf den Daten von Ende 2011. Sie werden künftig in regelmässigen Abständen aktualisiert.

künftige Einkommensverhältnisse und Anzahl Leistungsbeziehende abhängt, ist eine Prognose der effektiv anfallenden Kosten zu unsicher. Deshalb wird auf diese verzichtet. Der Anstieg des Gemeindeanteiles an den Zusatzleistungen für Betagte in Heimen kann folgender Tabelle entnommen werden:

Tabelle 5: Prognose des Gemeindeanteiles an den Zusatzleistungen für stationär gepflegte Betagte im Jahr 2030

	Anzahl Pflegebedürftige stationär, Stand 2030	davon mit Zusatzleistungen	Total Gemeindeanteil an Zusatzleistungen, 2030
Szenario A (optimistisch)	392	196	Fr. 8'300'000
Szenario B (pessimistisch)	516	258	Fr. 11'000'000
Mittelwert gem. Kapitel 1.5	418	209	Fr. 9'000'000

2 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

Die folgenden Ausführungen beschreiben Trends in der Altersarbeit, die bereits heute absehbar sind. Sie sind in aufzählender Weise anhand dreier Dimensionen dargestellt und nicht priorisiert. Sie sollen das Thema in seiner ganzen Breite ausleuchten und qualitativ beschreiben. Sie bilden die Basis für die darauffolgenden strategischen Handlungsfelder.

2.1 Dimension A: Wohnen und Leben

Im Segment der pflegebedürftigen Personen (von leicht bis schwer)

- Wie in Kapitel 1 ausführlich dargelegt, erfordert die **starke Zunahme der älteren Bevölkerung** in den nächsten 20 Jahren einen deutlichen Ausbau im ambulanten und stationären Pflegebereich. Im Rahmen der Strategie «ambulant vor stationär» gehen die Bemühungen dahin, möglichst lang in den eigenen vier Wänden leben zu können. In Bezug auf die stationäre Pflege hat dies zur Konsequenz, dass immer mehr Pflegebedürftige im letzten Moment, wenn es wirklich nicht mehr anders geht, in ein Pflegeheim eintreten.
- Aufgrund der unterschiedlichen Lebensläufe werden **individuelle Wünsche** in der Pflege eine immer grössere Rolle spielen. Das Selbstverständnis einer neuen Generation von Pflegebedürftigen, die autonomes Entscheiden und das Stellen von Ansprüchen an sich und ihre Umgebung gewohnt ist, wird die Pflege vor neue Herausforderungen stellen. In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob die Einführung sogenannter **Komfortleistungen** Sinn macht, die bezüglich Qualität und Umfang über das übliche Mass hinausgehen, aber von den Empfängerinnen und Empfängern auch entsprechend finanziell entschädigt werden.
- Mit der demografischen Veränderung nimmt gleichzeitig die Bedeutung der **privaten Pflege** durch Angehörige und Bekannte zu. Aufgrund der damit einhergehenden körperlichen, psychischen und sozialen Probleme stellt sich verstärkt die Frage nach Unterstützungs- und Entlastungsangeboten. Besonderes Augenmerk ist auf die Entlastungshilfe in Notfällen zu richten.
- Der Anteil der Angehörigen in der privaten Pflege wird in einer mobilen Gesellschaft zunehmend kleiner, da die Verwandtschaft oft weit weg lebt oder gar nicht vorhanden ist. Der **Freundes- und Bekanntenkreis** sowie nachbarschaftliche Strukturen werden deshalb immer wichtiger. Um die private Pflege verbindlich und verlässlich zu gestalten, ist die Möglichkeit finanzieller Vergütungen zu prüfen.

- Nachbarschaftliche Netze könnten durch **Informations- und Vermittlungsstellen** gestärkt werden. Sie hätten die Aufgabe, die Pflege-Einsätze zu organisieren und das für die Pflege notwendige Basiswissen in kompakter Form zur Verfügung zu stellen. Sie müssten auch ein Minimum an Kontrolle gewährleisten, damit die mit der Pflege einhergehenden emotionalen Beziehungen von den Pflegenden nicht instrumentalisiert oder missbraucht werden (Schutz vor Übergriffen, Erbschleicherei etc.).
- Die Zunahme der älteren Bevölkerung bedeutet generell einen verstärkten Bedarf nach **altersgerechtem Wohnraum**. Dies beinhaltet sowohl den Ausbau von hindernisfreien Wohnungen als auch Wohnformen mit Serviceleistungen, welche ein längeres Verbleiben zuhause auch bei starken funktionalen Einschränkungen erlauben.
- Demzufolge werden sich die Ansprüche an den Wohnraum künftig noch stärker diversifizieren: Anstelle der Polarität «stationäre – ambulante Pflege» werden mehr **Misch- und Zwischenformen** entstehen (Seniorenresidenzen, Alterswohnungen etc.).
- **Alternative Wohnformen** spielen dabei ebenfalls eine grosse Rolle. Nebst Wohngemeinschaften alten Stils, in denen verschiedene Personen eine Wohnung teilen, wohnen Personen in Hausgemeinschaften in ihrer eigenen Wohnung, pflegen aber soziale Kontakte zu den Hausmitbewohnerinnen und Hausmitbewohner. Die Übergänge zum Co-Housing, wo die Gemeinschaftseinrichtungen noch eine stärkere Bedeutung haben, sind fließend. Bei Mehrgenerationen-Häusern steht die Generationen übergreifende Wohnform im Vordergrund.
- Der **genossenschaftliche Wohnungsbau** spielt aufgrund seiner gemeinnützigen Zielsetzung eine wichtige Rolle bei der Wohnversorgung. So etwa werden von der öffentlichen Hand bereits heute Pflegewohnungen in Genossenschaftsbauten angemietet, um einen Teil des Raumbedarfs abzudecken.
- Die Nachfrage nach immer grösserem Wohnraum geht in Richtung **2- bis 3-Zimmer-Wohnungen**. 1-Zimmer-Wohnungen werden von der älteren Bevölkerung kaum mehr gesucht.
- Trends zu verstärkten **sozio-ökonomischen Ungleichheiten** im Alter könnten allerdings auch dazu beitragen, dass sich verstärkt eine Zwei-Klassen-Pflege ausdifferenziert. Private Pflege – durch private Dienstleister und Seniorenresidenzen – für die wohlhabenden alten Menschen, öffentlich subventionierte Pflegeleistungen für ärmere Gruppen.
- **Sozio-medizinische Entwicklungen** (z. B. Telemedizin, Biosensoren, Robotik) werden ebenfalls dazu beitragen, dass ältere Menschen länger daheim leben können. Dazu muss die digitale Vernetzung zwischen Patient/Bewohner, Arzt und Spitex verstärkt werden.
- Bei der Ausgestaltung des Wohnraumes ist darauf zu achten, dass er für **verschiedene Generationen** nutzbar bleibt. Wenn z. B. das Bevölkerungswachstum zurückgeht, können Jugendliche in Wohnraum einziehen, die früher von Älteren bewohnt wurden.
- In Uster bestehen noch Baulandreserven, die aber sehr teuer sind. Es ist zu prüfen, ob Grundeigentümerinnen und Grundeigentümer existieren, welche der Stadt ihr **Bauland** günstig zur Verfügung stellen.
- Die Stadt Uster sollte umgekehrt verstärkt darauf achten, Investoren mit einer Wohnbauförderung oder mit einer günstigen Abgabe von Land im **Baurecht** zu unterstützen.
- Im **höheren Preissegment** gibt es in Uster relativ wenig Angebote, obwohl die Nachfrage vorhanden wäre.

- Bei weiteren Problemstellungen zum Thema und zur Vertiefung einzelner Fragestellungen sind Forschungsaufträge an **Fachhochschulen** eine gute Möglichkeit, mit vertretbarem Aufwand bedarfsgerechte und praxisbezogene Antworten sowie Vorschläge für das weitere Vorgehen zu erhalten.

Im Segment der «gesunden» (nichtpflegebedürftigen) älteren Bevölkerung

- In Uster sind relativ viele Organisationen, oft auf freiwilliger Basis, in der Altersarbeit tätig. Die Arbeit verläuft jedoch unkoordiniert; es besteht die Gefahr von Überschneidungen der Angebote und damit letztlich eines Effizienzverlusts. Die **Altersarbeit** ist durch die Stadt Uster stärker **zu koordinieren**.
- Gleichzeitig sind die verschiedenen **Angebote** in der Altersarbeit in der Bevölkerung zu wenig bekannt. Die Stadt Uster hat dafür zu sorgen, dass öffentliche und private Angebote in der Gemeinde und in der Region **bekannt sind**.
- Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand bedarf einer Reihe von Anpassungsleistungen, zum Beispiel in Bezug auf die Tagesstruktur, die Partnerschaft, die ökonomische Situation, die Gewohnheiten. Um den Übergang optimal zu gestalten, ist eine **Vorbereitungszeit** sinnvoll. Dazu gehören auch Informationen der Stadt Uster zu möglichen finanziellen Engpässen und zu den Anspruchsvoraussetzungen für Sozialversicherungsleistungen.
- Im Verlauf des Älterwerdens wird der Zugang zum **öffentlichen Verkehr** immer wichtiger, da er Gewähr dafür bietet, möglichst lange ein autonomes Leben führen zu können. Dazu müssen die Quartiere, insbesondere auch die peripheren, mit öffentlichem Verkehr erschlossen sein. Besondere Beachtung ist den Bedürfnissen mobilitätseingeschränkter Personen zu schenken (Infrastruktur, Linienführung, Fahrplan, Fahrkartenbeschaffung, technische Ausrüstung, Kundeninformation und Kommunikation, Sicherheit).

Bei allen Veränderungen und künftigen Herausforderungen ist stets darauf zu achten, dass die damit einhergehenden Investitionen und die laufend zunehmenden Kosten für die Zusatzleistungen zur AHV von der Stadt Uster **finanziert** werden können. Uster ist auch in anderen Bereichen, beispielsweise im Sozialen oder in der Bildung, mit steigenden Ausgaben konfrontiert. Die Planung hat diese Aspekte zu berücksichtigen und zu gewichten. Sowohl die Verwaltung wie die Politik haben dafür zu sorgen, **Unverzichtbares** vom Wünschbaren zu unterscheiden und sich dabei gleichzeitig künftigen Entwicklungen und veränderten Bedürfnissen in der Bevölkerung nicht zu verschliessen.

2.2 Dimension B: Gesundheit (physisch, psychisch, spirituell)

- Die Lebenserwartung älterer Menschen, insbesondere die behinderungsfreie Lebenserwartung, ist in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen. Nebst der persönlichen Biografie, ökonomischen und kulturellen Faktoren spielt auch die persönliche Verhaltensweise eine Rolle. Die ältere Bevölkerung sollte wissen, wie sie ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit positiv mitbeeinflussen kann, insbesondere durch **Bewegung und Sport sowie Ernährung**.
- Getreu dem Motto «Use it or lose it» erhält sich die intellektuelle Leistungsfähigkeit am ehesten durch geistige Aktivität. Mentale und körperliche Beweglichkeit tragen wesentlich zu Wohlbefinden und Erhalt der Leistungsfähigkeit im Alter bei. **Geeignete Bildungsgefässe** vor Ort bilden eine leicht zugängliche Möglichkeit, sich über verschiedene Themen auf dem Laufenden zu halten, sich auszutauschen und auch sozial in Kontakt zu bleiben. Eine (Mit-)Finanzierung des Angebotes durch die Stadt Uster ist prüfenswert.

- Im Rahmen der Forderung, möglichst lange selbständig daheim leben zu können, sind **präventive Hausbesuche** eine mögliche Form, um durch geeignete Information und/oder Abklärungen eine Heimeinweisung zu verhindern oder zumindest in die weitere Zukunft zu verlegen. Aufgrund der noch jungen Erfahrung auf diesem Gebiet spielen die Kongruenz von Zielgruppe, Ziele und Überprüfung der Wirksamkeit eine zentrale Rolle. Diese lassen sich beispielsweise in Form von **Pilotprojekten** evaluieren.
- Parallel zur erhöhten Lebenserwartung nimmt die Häufigkeit chronischer und degenerativer Erkrankungen zu. Dazu gehören auch die **Demenzerkrankungen**, welche mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Aufgrund der demografischen Altersentwicklung wird die Anzahl demenzieller Erkrankungen steigen, worauf sich die ambulante und stationäre Pflege und die Angebote der Beratung und des Erwachsenenschutzes einrichten müssen.
- Die Zunahme von körperlichen Gebrechen, Krankenhausaufenthalten und Operationen, der Verlust nahestehender Personen und die zunehmende Einschränkung der Handlungsspielräume sind Risikofaktoren für **Depressionen** im Alter, deren Verbreitung allgemein eher unterschätzt wird. Die **Suizidrate** von Personen im hohen Alter hat in der vergangenen Zeit deutlich zugenommen. Diese Entwicklung stellt auch die Pflege und Beratung vor neue Herausforderungen.
- Ebenfalls nicht zu unterschätzen ist die mit den Belastungen des Alters einhergehende Verwendung von **Alkohol und Medikamenten** (insbesondere Beruhigungs- und Schlafmittel), deren Wirkungen interagieren. Die Pflege muss ihr Augenmerk auch auf dieses Phänomen richten und die mögliche Zusammenarbeit mit Suchtfachstellen nach Bedarf klären.
- Viele ältere Leute nehmen täglich mehrere verschiedene Medikamente ein. Unzureichende Kommunikation zwischen Patienten und den medizinischen Ansprechpersonen, die Inanspruchnahme verschiedener Spezialisten und mangelnde Konsumenteninformationen können zu fehlerhafter oder ungenügender Medikation führen. Aber auch sozio-ökonomische und patientenabhängige Faktoren tragen zu fehlender **Medikamenten-Compliance** bei. Eine aufmerksame Begleitung, adäquate Informationen, Organisationshilfen und Monitoring in der Pflege können ungewünschten Begleitwirkungen entgegenwirken.
- Es existieren Bevölkerungsgruppen, die auf regelmässige Pflege angewiesen sind, sich aufgrund ihrer Charakteristika aber von der «normalen» Zielgruppe der stationären Pflege abheben. Erwähnenswert sind insbesondere Menschen, die aufgrund **psychischer Probleme** schwer zu platzieren sind, sowie **jüngere Menschen**, für die keine altersgerechte Einrichtung zur Verfügung steht. Aufgrund ihrer eher kleinen Anzahl sind u. U. regionale oder überregionale Angebote zu initiieren, an denen sich verschiedene Gemeinden beteiligen können.
- Eine zurzeit ebenfalls kleine, in Zukunft aber grösser werdende Gemeinschaft bilden **Migrantinnen und Migranten**, welche sich bewusst dafür entscheiden, nach Erreichen des Pensionsalters in der Schweiz zu bleiben. Aufgrund ihres unterschiedlichen kulturellen Hintergrunds haben sie unter Umständen andere Vorstellungen von Pflege, familiären Verpflichtungen und Selbsthilfe. Auf diese veränderten Erwartungen müssen sich die Informations-, Beratungs- und Pflegeangebote mittelfristig verstärkt ausrichten. Es sind unter anderem Lösungen zu finden, wie sich diese in den Heimen mit denjenigen ihrer Schweizer Mitbewohnenden vertragen und/oder kombinieren lassen.
- Um Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt ein würdevolles und möglichst beschwerdefreies Leben zu ermöglichen, gehören **Palliativpflege und Sterbebegleitung** zum Pflichtprogramm einer jeden Pflegeinstitution. Die Stadt Uster bietet beides in den stadteigenen Angeboten möglichst bald an und wirkt darauf hin, dass beides in externen Institutionen, in welchen Ustermerinnen und Ustermer leben, zum Grundangebot gehört.

- Um die mit der Auseinandersetzung mit dem Tod einhergehenden Gedanken, Ängste und Hoffnungen in geeigneter Weise aufzufangen, sind individuelle oder kollektive Möglichkeiten zu schaffen, um den Bedürfnissen verstärkt auch im **spirituellen Bereich** entsprechen zu können.
- All die Veränderungen spielen sich vor dem Hintergrund eines ausgetrockneten Arbeitsmarktes im Pflegebereich ab, wo es zunehmend schwierig ist, genügend Fachkräfte zu finden. Die **Sicherung des Pflegepersonals** ist deshalb eines der weiteren grossen Herausforderungen, welchen Betriebe sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich gegenüberstehen.

2.3 Dimension C: Partizipation/Teilhabe

- Durch die steigende Lebenserwartung, insbesondere der behinderungsfreien, und das bislang nur wenig angepasste Pensionsalter hat sich ein längerer «dritter» Lebensabschnitt herausgebildet, in dem die Erwerbstätigkeit nicht mehr im Zentrum der Aufmerksamkeit steht und andere Aktivitäten und Lebensinhalte an Bedeutung gewinnen. Dazu gehört das Bedürfnis, sich **aktiv in die Gesellschaft** einzubringen.
- Ein bedeutsamer Teil der älteren Bevölkerung engagiert sich bereits heute zivilgesellschaftlich. Ein weiterer Anteil würde es tun, wenn sich ihnen eine passende Gelegenheit eröffnete. Es ist deshalb eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, dafür Möglichkeiten zu schaffen. Dabei ist insbesondere an die verschiedenen Formen von **Freiwilligenarbeit** zu denken. Die öffentliche Hand sollte die Rahmenbedingungen schaffen, damit private Initiativen belohnt und in ihrer Tätigkeit unterstützt werden.
- Eine andere Form des sozialen Kontakts und Austauschs, in Kombination mit einer bestimmten thematischen Herausforderung, bilden **Selbsthilfegruppen**. Auch für sie sind geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, insbesondere Räume und geeignete Infrastruktur.
- Genügend Möglichkeiten der Begegnung sollen auch im **öffentlichen Raum** bestehen. Dabei ist darauf zu achten, dass diese einladend und gut zugänglich sind und auch die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung berücksichtigen. **Gemeinwesenarbeit** in den Quartieren kann sicherstellen, dass über geeignete Partizipationsformen städtebauliche Anliegen das notwendige Gehör bei Verwaltung und Politik finden.
- Die ältere Bevölkerung könnte ihre Anliegen generell öffentlich noch stärker vertreten. Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang die Koordination und Anhörung von **Seniorenräten**, welche Altersanliegen möglichst pluralistisch vertreten. Politik und Verwaltung hätten auf diese Weise Ansprechpartner, mit denen sie sich zur Meinungsbildung regelmässig austauschen könnten. Ziel dabei müsste sein, altersbedingte Diskriminierungen und Ausschlüsse aus dem gesellschaftlichen Leben möglichst zu verhindern.
- Es sind zahlreiche weitere **Partizipationsangebote** denkbar, wie etwa interkulturelle oder Generationen übergreifende Projekte oder auch Filme und Theater für die ältere Bevölkerung. Diese Angebote muss die öffentliche Hand nicht selber initiieren, aber es müssten Möglichkeiten gesucht werden, solche Initiativen zu unterstützen. Denkbar wäre etwa ein **Alterskredit**, der von der Gemeinde zwar koordiniert, den älteren Leuten unter gewissen Rahmenbedingungen aber frei zur Verfügung gestellt würde.
- Eine verstärkte Partizipation kommt aber nicht nur durch Massnahmen von und für die ältere Bevölkerung zustande, sondern auch über den Austausch und die Solidarität mit anderen **Altersgenerationen**. Ältere müssen sich mit Jüngeren in geeigneter Weise austauschen und ihre je eigene Sicht der Dinge darlegen können. Nur mit einer generationenübergreifenden Zusammenarbeit ist es möglich, die gesellschaftlichen Herausforderungen der Gegenwart und der Zukunft zu meistern.

3 POLITISCHE GRUNDSÄTZE

Die Alterspolitik der Stadt Uster orientiert sich an den folgenden politischen Grundsätzen:

Es gibt nicht «das» Alter. Alter ist vielfältig und individuell. Wir richten unser Handeln darauf aus.

Wir anerkennen, dass die Vielfältigkeit des Lebens vor dem Alter nicht haltmacht. Wir leben in einer pluralistischen, multikulturellen Gesellschaft, deren Merkmale sich durch alle Lebensalter ziehen. Wir wissen um die unterschiedlichen Lebensformen, Kulturen und Religionen und respektieren diese. Wir begegnen der Heterogenität des Alters und seinen Bedürfnissen mit differenziertem Handeln und Denken.

Wir anerkennen die individuelle Freiheit und den Willen jedes Einzelnen, auch im hohen Alter und bei zunehmender Gebrechlichkeit.

Auch hochaltrige Menschen, die fragil und pflegebedürftig sind und ein erhöhtes Risiko für demenzielle Erkrankungen haben, haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Es ist unser Handlungsprinzip, Menschen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen diese Selbstbestimmung so lange als möglich zu gewähren, sie nicht durch unser Verhalten zu bevormunden oder ihre Willenskundgebung zu übergehen. Diese Menschen beraten und begleiten wir bedarfsgerecht.

Wir ermöglichen ein möglichst langes Leben zuhause.

Heutzutage wollen die Menschen so lange als möglich in ihren eigenen vier Wänden wohnen, auch wenn sie krank sind und gepflegt werden müssen. Wir orientieren uns dabei an der Strategie «ambulant vor stationär». Wenn es die pflegerischen, medizinischen und finanziellen Möglichkeiten erlauben, soll jemand bis zu seinem Tod zuhause leben dürfen.

Wir sorgen für die soziale und materielle Sicherheit.

Wir setzen uns dafür ein, dass auch in Zukunft niemand in sozialer und materieller Armut leben muss. Artikel 12 der Bundesfassung sieht vor, dass wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel hat, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind. Wir richten unsere Unterstützungsbeiträge nach der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aus und sorgen für eine verlässliche und für die Bürgerinnen und Bürger nachvollziehbare Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen. Die finanzielle Unterstützung soll die Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen.

Wir unterstützen den Bau von altersgerechtem und bezahlbarem Wohnraum.

Ein möglichst langes Leben zuhause bedingt, dass der Wohnraum hindernisfrei, rollstuhlgängig und bezahlbar ist. Die Stadt Uster unterstützt Firmen, Genossenschaften und Stiftungen dabei, altersgerechten Wohnraum zu bezahlbaren Preisen zu erhalten und zu schaffen. Sie gewährt hierfür nach Möglichkeit attraktive Bedingungen für Baurechte.

Wir ermöglichen Partizipation und Mitbestimmung im Alter.

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben setzt voraus, dass sich Menschen auch im Alter für das Gemeinwesen engagieren, sozial und politisch aktiv sein und Einfluss auf die Gestaltung des Lebensraums ausüben können. Die Stadt Uster unterstützt jedes Quartier bei der Mitwirkung seiner Bevölkerung. Sie ermöglicht ihr, sich zu städtebaulichen und Verkehrsentwicklungen äussern zu können und beschliesst bei Bedarf entsprechende Massnahmen.

Wir denken und handeln vernetzt und überregional.

Das Alter macht vor Gemeindegrenzen nicht halt. Bereits heute leben zahlreiche Ustermerinnen und Ustermer in einem Pflegezentrum ausserhalb von Uster und noch mehr Auswärtige leben in den Heimen Uster. Die Gesundheits- und Pflegeversorgung und die vielfältigen Bedürfnisse und Ansprüche

der älteren Bevölkerung übersteigen die Möglichkeit der einzelnen Gemeinden. Wir suchen daher überregionale Kooperationen und Verbünde, mit denen wir die Herausforderungen der Zukunft meistern können.

Wir gehen haushälterisch mit den öffentlichen Mitteln um.

Die Ansprüche der Bevölkerung an den Staat werden immer grösser, während gleichzeitig die Staatskassen immer leerer werden. Nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch in der Bildung, bei der Sicherheit, bei der Kultur und beim Sozialen stehen in Zukunft Investitionsprojekte und höhere laufende Ausgaben an. Die Stadt Uster achtet auf einen haushälterischen Umgang mit den öffentlichen Mitteln und unterscheidet Nötiges von Wünschbarem. Sie erbringt staatliche Leistungen effizient und effektiv und setzt Prioritäten.

Sterben und Trauern sind Themen, denen wir nicht ausweichen.

Wir begleiten Menschen in unserer Obhut auch in ihrer letzten Lebensphase würdevoll und mit Respekt. «Palliativ Care» ist selbstverständlicher Bestandteil unserer Pflege und hilft, das Leiden eines sterbenden Menschen zu lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende zu verschaffen. Wir beziehen Angehörige in das Geschehen ein, stehen ihnen zur Seite und lassen Raum für Trauer und Abschied.

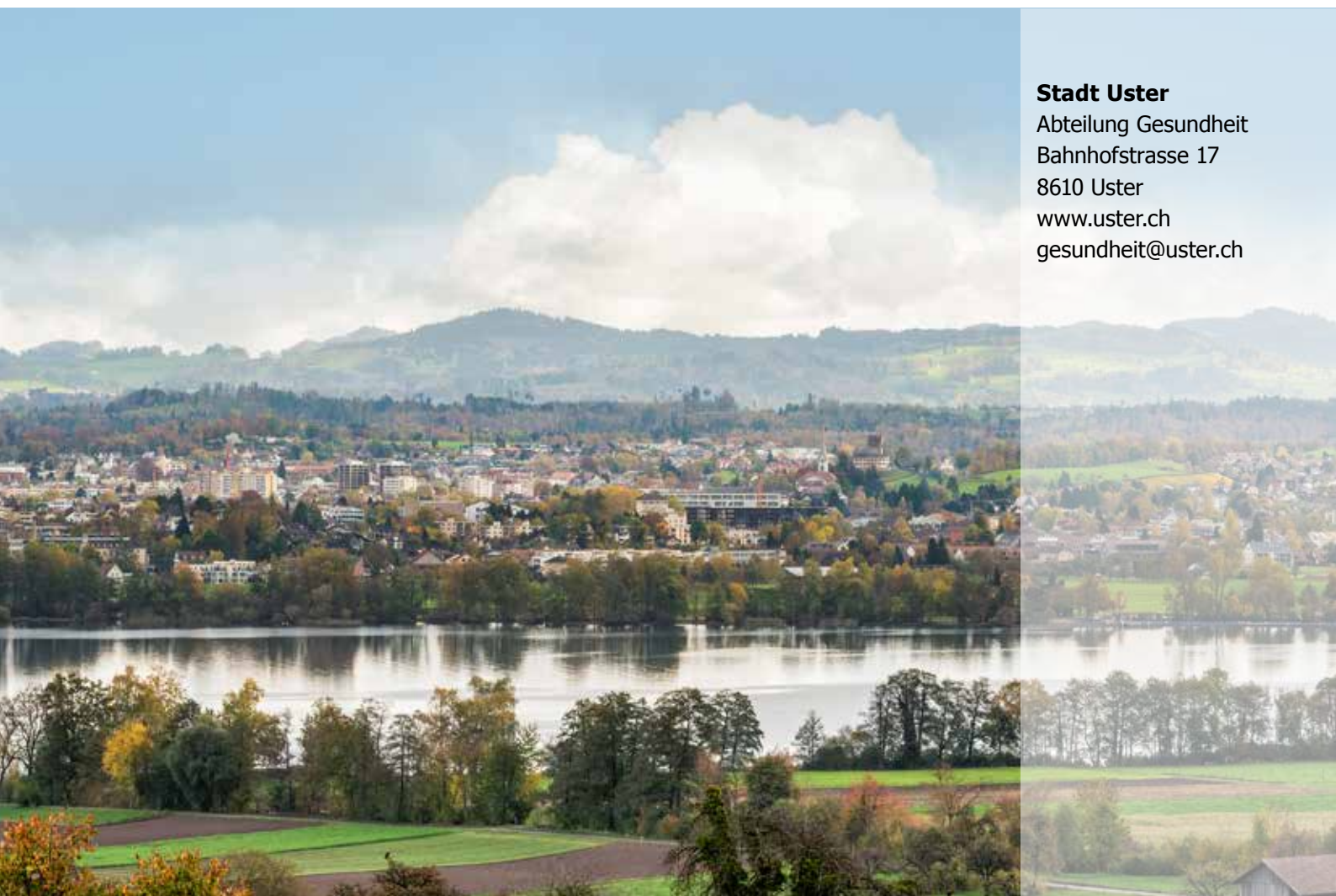
4. STRATEGISCHE HANDLUNGSFELDER

Die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen Herausforderungen und Grundsätze münden in den fünf folgenden strategischen Handlungsfeldern. Sie bilden die fünf Hauptstossrichtungen, die die Abteilung Gesundheit, in Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen der Stadtverwaltung, in den nächsten Jahren verfolgen will.

- **Pflegeangebot halten, ausbauen und diversifizieren**
- **Unterstützung des altersgerechten und hindernisfreien Wohnungsbaus**
- **Selbstbestimmung und Prävention stärken**
- **Ausgebildetes Pflegepersonal gewinnen und halten**
- **Privates Unterstützungsnetzwerk stärken**

Die Altersstrategie ist auf einen längeren Zeithorizont ausgerichtet. Die beschlossenen Massnahmen werden jedoch in einem kürzeren Zeitraum umgesetzt und anhand eines Controllings regelmässig auf ihren Erfüllungsgrad und ihre Aktualität hin überprüft, gegebenenfalls überarbeitet und mit neuen Massnahmen ergänzt.

Die detaillierten Ausführungen zu den fünf oben genannten strategischen Handlungsfeldern, zusammen mit den daraus abgeleiteten Massnahmen, sind deshalb in einer separaten Beilage zu dieser Broschüre beschrieben.



Stadt Uster

Abteilung Gesundheit

Bahnhofstrasse 17

8610 Uster

www.uster.ch

gesundheit@uster.ch