

Vergaderjaar 2011–2012

33 343

Werkbezoek van een delegatie uit de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan Duitsland/Nordrhein-Westfalen

Nr. 1

VERSLAG VAN EEN WERKBEZOEK

Vastgesteld 26 juli 2012

Een delegatie uit de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft van 10 tot en met 13 januari 2012 een bezoek gebracht aan Duitsland/Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf e.o.) om zich te oriënteren op de korte en langdurige zorg aan ouderen in Duitsland en de daarop geënte wetgeving in het licht van de in Nederland ingevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), alsmede de discussie over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De delegatie bestond uit de leden Smeets (PvdA, voorzitter van de commissie en delegatieleider), Venrooy-van Ark (VVD), Wolbert (PvdA), Leijten (SP), Dijkstra (D66), Voortman (GroenLinks) en Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie). De delegatie werd begeleid door de adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sjerp.

Het programma is in overleg met de Nederlandse ambassade te Berlijn en het consulaat-generaal te Düsseldorf opgesteld. De delegatie wenst haar erkentelijkheid uit te spreken aan H.M. Ambassadeur te Berlijn, de heer M. Krop en zijn staf, in het bijzonder de heer B. de Wilde (beleidsmedewerker/secretaris), voor de geleverde inspanningen voor en tijdens het werkbezoek. Daarnaast wenst de delegatie een speciaal woord van dank uit te spreken aan het adres van het consulaat-generaal te Düsseldorf, de heer H. Voskamp (consul-generaal) en zijn staf, in het bijzonder mevrouw S. Schlitzkus (medewerker).

De delegatie heeft in Duitsland onder meer gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het ministerie van Volksgezondheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ziekenfondsen, patiënten- en cliëntenorganisaties, zorginstellingen, mantelzorgers, thuiszorgorganisaties, wetenschappers en collega parlementariërs. In korte tijd heeft de delegatie een goede indruk kunnen krijgen van de inrichting van de ouderenzorg en langdurige zorg in Duitsland, en daarmee samenhangende vraagstukken over onder meer de financiering, de organisatie en het arbeidsmarkt-

beleid. De delegatie dankt alle gesprekspartners die aan het welslagen van het werkbezoek hebben bijgedragen.

Het hierna volgende verslag is een weergave van opgedane indrukken tijdens de gesprekken en de bezoeken op locatie. Het programma van het werkbezoek is als bijlage in het verslag opgenomen.

De voorzitter van de delegatie,
Smeets

De griffier van de delegatie,
Sjerp

– Algemeen

Dinsdag 10 januari 2012

- 1 Vilans
- 2 AOK Rheinland-Hamburg
- 3 Mehr Generationen Haus

Woensdag 11 januari 2012

- 4 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- 5 BAGSO
- 6 Landesverband Freie Ambulante Pflege NRW
- 7 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

Donderdag 12 januari 2012

- 8 Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
- 9 Francis Stichting
- 10 Gemeinde Ahlen

Vrijdag 13 januari 2012

- 11 Universiteit Witten/Herdecke

– Bijlage: werkprogramma Düsseldorf e.o

Algemeen*Inleiding*

Doel van het werkbezoek was een oriëntatie op de Duitse wet- en regelgeving en de praktische inrichting van de korte en langdurige zorg aan ouderen op zowel stedelijke als landelijk niveau, in het licht van de op 1 januari 2007 in Nederland ingevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de discussie over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De delegatie heeft specifieke aandacht besteed aan onder meer de volgende thema's: het Duitse zorgstelsel, zogenoemde «pflegeversicherung»; intramurale/residentiële en extramuraal ouderenzorg; zorginstellingen; mantelzorg en thuiszorg; bevoegdheidsverdeling: de rol van de gemeenten/centrale overheid, de positie van zorgaanbieders, de positie van cliënten/patiënten; de financieringssystematiek; arbeidsmarktbeleid en dementie.

In de volgende hoofdstukken wordt per programma-onderdeel uitwerking gegeven aan de gesprekken die zijn gevoerd. Het hierna volgende verslag is een weergave van opgedane indrukken tijdens de gesprekken en bezoeken op locatie, alsmede van ter hand gestelde stukken en bevat derhalve geen politieke conclusies.

Enkele statische gegevens in het licht van de langdurige zorg in Nederland

De Nederlandse bevolking groeit naar verwachting van 16,7 naar 17,8 miljoen rond 2040, daarna verwacht het CBS een beperkte bevolkingskrimp. Nederland zal de komende jaren in dubbel tempo vergrijzen. Deze versnelling komt doordat de grote babyboomgeneratie in deze periode 65 jaar wordt. In 2040 zal iets meer dan 25 procent van de bevolking 65 jaar of ouder zijn, tegenover 16 procent nu. Verder zal het aandeel 80-plussers stijgen van 4 procent nu naar 10 procent rond 2050. Deze veranderingen hebben ook gevolgen voor de verhouding ouderen en beroepsbevolking.

Per 100 leden van de beroepsbevolking zijn nu 26 65-plussers. Verwacht wordt dat dit in 2040 is opgelopen tot 49 per 100.

Bevolkingsontwikkeling¹

- Nederland telde eind 2010 ruim 2,6 miljoen 65-plussers (15,6 procent van de totale bevolking), waarvan bijna 800 000 80-plussers. In 2040 is 25,6 procent van de bevolking 65-plus, dat zijn 4,6 miljoen mensen.
- De levensverwachting bij geboorte stijgt in de komende halve eeuw voor mannen van 78,8 in 2010 naar 84,5 jaar in 2060. Bij vrouwen neemt deze levensverwachting toe van 82,7 naar 87,4 jaar.

Zorg²

- Van de meer dan 2,6 miljoen Nederlanders van 65-plussers wonen er ruim 150 000 in een verpleeg- of verzorgingshuis. Nederland telt bijna 1 900 verzorgings- en verpleeghuizen.

Mantelzorg^{3,4}

- In Nederland zijn ongeveer 3,6 miljoen mantelzorgers.
- Ouderen (65-plussers) gaan in de toekomst minder beroep doen op mantelzorg. Het aantal ouderen stijgt tot 2030 met 62 procent, maar het beroep dat men op mantelzorg doet, neemt toe met 25%.
- Het totaal aantal ontvangers van mantelzorg stijgt tot 2030 met 8 procent.
- De meeste mantelzorgers (80 procent) zijn jonger dan 65 jaar. Het aantal oudere (65-plussers) mantelzorgers neemt toe met 60 procent.
- Het totaal aantal mantelzorgers neemt tot 2030 toe met 5 procent.

Dementie⁵

- In Nederland zijn er ruim 235 000 mensen met dementie. Het aantal mensen met dementie zal stijgen naar meer dan een half miljoen in 2050.
- Bij 110 000 mensen is diagnose dementie gesteld en nog eens circa 125 000 mensen lijden aan dementie zonder dat de diagnose is gesteld.

Kosten AWBZ⁶

- 2003 – 20,2 miljard, 2004 – 21,2 miljard, 2005 – 22,1 miljard, 2006 – 22,9 miljard, 2007 – 22,9 miljard, 2008 – ruim 21,9 miljard, 2009 – 23,3 miljard, 2010 – 24,4 miljard en 2011 – 25,4 miljard.
- De maximale AWBZ-premie bedraagt 340 euro per maand (2012).

Het werkprogramma

– *dinsdag 10 januari 2012* –

1. Vilans

Bezoek aan het consulaat te Düsseldorf met ontvangst door de Consul-Generaal de heer Voskamp. De delegatie heeft op locatie een inleidende technische briefing gehad met de heer Nies, voorzitter van de Raad van bestuur van Vilans, over onder meer ouderenzorg in Duitsland.

¹ Bron: CBS

² Bron: SCP-rapport, Ouderen in instellingen

³ Bron: SCP-rapport, Toekomst van de mantelzorg, 2009

⁴ Bron: SCP-rapport, Mantelzorg uit de doeken, 2010

⁵ Bron: Alzheimer Nederland, cijfers en feiten, 2010

⁶ Bron: CVZ

Pflegeversicherung

Uit internationale gegevens van onder meer de OESO blijkt dat in Nederland 3,5 procent van het bruto binnenlands product (bbp) wordt uitgegeven aan ouderenzorg. Dat is driemaal zoveel als in Duitsland. De kosten voor langdurige zorg in Duitsland zullen oplopen van 1,0 procent bbp in 2010 tot 2,4 procent bbp in 2060. In Nederland stijgen deze naar verwachting van 3,5 procent naar 8,1 procent.

De oorzaak van de kostenstijging is onder meer gelegen in de karakterverschillen van beide nationale verzekeringen. Zo heeft de in Nederland bestaande Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ), waaruit de meeste ouderenzorg wordt bekostigd, een grotere dekking en is het makkelijker toegang te verkrijgen tot deze verzekering dan de in Duitsland bestaande pflegeversicherung. De in Duitsland bestaande pflegeversicherung bestaat sinds 1995, is bedoeld voor de langdurige zorg en wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Van de circa 81 miljoen Duitsers deden in 2009 circa 2,34 miljoen mensen een beroep op de pflegeversicherung. Alle werknemers tot een bepaald inkomen zijn verplicht verzekerd, waarbij de afdracht inkomensafhankelijk is. Boven een inkomensgrens van 50 850 euro per jaar (2012) zijn werknemers verplicht een particuliere verzekering af te sluiten, dat betreft circa 10 procent van de werknemers. Een verschil met Nederland is dat kinderlozen een hogere afdrachtpremie (2,2 procent) voor de pflegeversicherung betalen dan degenen met kinderen (1,95 procent). Achtergrond hiervan is dat mensen met kinderen toekomstige werknemers hebben gegenereerd die in diezelfde toekomst voor de pflegeversicherung zullen betalen. Een familie betaalt dus al meer dan iemand die geen kinderen heeft.

Door onder meer een toenemend zorggebruik en stijgende kosten betaalt een werknemer momenteel in Nederland maximaal 340 euro AWBZ-premie per maand (4114 euro per jaar). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is in een verplichte ziektekostenverzekering voor langdurige zorg en onverzekerbare medische risico's. Verzekerd zijn alle ingezetenen van Nederland. Voor de zorg uit de AWBZ betalen alleen verzekerden met inkomen een AWBZ-premie. De overheid stelt jaarlijks het tarief voor de AWBZ-premie vast. Dit is een vast percentage dat geheven wordt over het inkomen in de eerste en tweede belastingschijf. Hierbij geldt een grensinkomen, waardoor een maximum te betalen bedrag ontstaat. Voor het inkomensjaar 2012 bedraagt de premie 12,15 procent van maximaal 33 863 euro.

Zorgzwaartecategorieën, indicatiestelling en vergoedingsbedragen

In Duitsland is de aanspraak op de pflegeversicherung beperkt. Zo hebben mensen recht op langdurige zorg als assistentie nodig is bij essentiële taken zoals huishouding, verzorgingen en voeding. Men komt in aanmerking voor hulp in het geval minstens zes maanden hulp nodig is. Er zijn een viertal zorgzwaartecategorieën samengesteld voor zowel intramurale als extramurale zorg:

- Pflegestufe I/categorie 1: eenmaal per dag hulp, per dag minimaal 90 minuten hulpbehoevend.
- Pflegestufe II/categorie 2: driemaal per dag hulp, per dag minimaal 180 minuten hulpbehoevend.
- Pflegestufe III/categorie 3: ieder uur hulp, per dag minimaal 300 minuten hulpbehoevend.
- Pflegestufe IV/categorie 0: t.b.v. hartfalen, dementie, terminale zorg.

Langdurige zorg strekt zich uit over veel meer taken dan puur medische of verpleegkundige zorg. Deze zorgtaken voor onder meer dementerenden, patiënten met hartfalen e.d. werden in Duitsland tot kort niet gedekt uit de pflegeversicherung. De essentie ervan was gelegen in het feit dat het pflegebegrif zodanig was geformuleerd dat verplegings- en verzor-

gingstaken zoals toezicht of bewaking er niet door werden gedekt. Het buiten het systeem plaatsen van juist deze bredere taken leidde in het verleden tot grote knelpunten. Met de introductie van Pflegestufe IV/categorie 0 in 2009 is hieraan tegemoet gekomen.

De indicatiestelling wordt in Duitsland gedaan door (huis)artsen en de indicatievaststelling door de zorgverzekeraars. De geïndiceerde cliënt kan kiezen uit een drietal soorten van zorgverlening. In de eerste plaats kan de cliënt kiezen voor een uitbetaling in geld, zogenoemde mantelzorgkostenforfait, waarmee zelf informele zorg kan worden ingekocht. Dit is te vergelijken met het in Nederland bestaande persoonsgebondenbudget (pgb). Hierover hoeft geen verantwoording te worden afgelegd. In de tweede plaats kan worden gekozen voor de tegoedbonnen/zorgbonnen waarmee de cliënt bij agentschappen voor ambulante zorg vakkrachten kan inhuren, zogenoemde zorg in natura. Als de tegoedbonnen niet geheel zijn opgemaakt, kan ook voor een combinatie tussen tegoedbonnen en het forfait worden gekozen. De derde vorm van zorgverlening betreft een vergoedingsbedrag voor verblijf in een zorginstelling, zogenoemde intramurale zorg. De vergoedingsbedragen per maand van de zorgzwaartepakketten in Duitsland zijn als volgt samengesteld:

Mantelzorgkostenforfait, ten behoeve uitbetaling in geld aan mantelzorgers, familie, bureu etc. (PGB)

	2012	2010
Pflegestufe I	235 euro	225 euro
Pflegestufe II	440 euro	430 euro
Pflegestufe III	700 euro	685 euro

Vergoeding voor vakkrachten ambulante zorgverlening/zorg in natura (in de vorm van tegoedbonnen)

	2012	2010
Pflegestufe I	450 euro	440 euro
Pflegestufe II	1 110 euro	1 040 euro
Pflegestufe III	1 550 euro	1 510 euro
Pflegestufe IV	1918 euro	1918 euro

Vergoeding voor gedeeltelijke intramurale zorgverlening

	2012	2010
Pflegestufe I	450 euro	440 euro
Pflegestufe II	1 100 euro	1 040 euro
Pflegestufe III	1 550 euro	1 510 euro

Vergoeding voor volledige intramurale zorgverlening

	2012	2010
Pflegestufe I	1 023 euro	1 023 euro
Pflegestufe II	1 279 euro	1 279 euro
Pflegestufe III	1 550 euro	1 550 euro
Pflegestufe IV	1918 euro	1918 euro

De vergoedingsbedragen zijn niet onderhevig aan een inkomenstoets. Iedere Duitser kan er voor in aanmerking komen. Indien een cliënt

bijvoorbeeld in een pflegestufe (klasse) I is «ingestuft», ontvangen zij bij zorg in natura een bedrag van 450 euro per maand en bij een persoonsgebondenbudget (pgb) een bedrag van 235 euro per maand. Met het indicatiebesluit kan vervolgens via een zorgaanbieder (bij zorg in natura) zorg worden ingekocht of door de familie de zorg (bij een pgb) worden verleend.

De vergoedingsbedragen zijn in algemene zin niet toereikend, met name de vergoedingsbedragen voor de intramurale zorgverlening zijn niet sluitend met de tarieven van de zorgaanbieder. Van de intramurale zorgkosten wordt vergoed circa 75 procent. Het restantbedrag moet de cliënt zelf betalen in de vorm van een eigen bijdrage. Omdat wonen en zorg gescheiden zijn betaalt de cliënt daarnaast ook nog kost en inwoning aan het verpleeg- of verzorgingstehuis. Indien de cliënt niet in staat is te betalen, dan wordt eerst een vordering ingediend bij familie. Is deze ook niet in staat te betalen of is deze niet traceerbaar dan wordt het vergoed door de sociale dienst, zogenoemde «hilfe zur pflege», bijstand. Ongeveer 30 procent van de intramurale cliënten doet een beroep op deze regeling. Van in totaal aantal van 2,34 miljoen zorgvragers (pflegebedürftige) in 2009 werden 1,62 miljoen mensen thuis verzorgd (69 procent) waarvan 1,07 miljoen door familie/mantelzorgers en 555 000 door ambulante professionele zorgverleners. Voorts werden er 717 000 mensen intramuraal verzorgd in één van de 11 600 zorginstellingen (pflegeheimen).

Zorgplicht en mantelzorgers

In Duitsland is het de gewoonte/cultuur dat de hulpvraag allereerst door kinderen/familieleden wordt opgevangen alvorens een beroep wordt gedaan op een vakkracht dan wel intramurale zorgverlening. Op grond van het Duits Burgerlijk Wetboek (BW) hebben kinderen zelfs een zorgplicht/onderhoudsplicht jegens ouders/familie. Het Duitse federale gerechtshof (BGH) heeft echter grenzen aan deze onderhoudsplicht gesteld. Zo moet de eigen levensstandaard wel gewaarborgd blijven. De verwachting is echter dat overheden steeds vaker zullen proberen om de onderhoudskosten/onbetaalde zorgkosten van bejaarde inwoners bij hun kinderen te verhalen, nu de verzorgingskosten stijgen en de belastinginkomsten dalen.

Het huidige aantal 65-plussers in Duitsland van 17 miljoen zal stijgen naar circa 22 miljoen in 2030. Tegelijkertijd zal het aantal werkenden waarschijnlijk halveren. Zo lang mogelijk thuis blijven wonen en kunnen meedoen in de samenleving is wat het merendeel van de zorgbehoevenden wenst. In Duitsland is het credo zorg thuis voor zorg in tehuis «ambulant vor stationär». De overheid beoogt met ondersteunende en faciliterende regelingen de zelfredzaamheid van ouderen te bevorderen. Zo kunnen mantelzorgers de (tijdelijke) hulp van een vakkracht inroepen, is er een regeling voor een bijdrage in de pensioenopbouw en is het mogelijk om respijtzorg en zorgverlof op te nemen. Voorts is er een informatiepunt ingesteld voor cliënten met oog op zorgcoördinatie, informatieverstrekking en casemanagement. Tevens wordt getracht de aantrekkingskracht van het beroep van verpleegkundigen/verzorgenden te vergroten door middel van kwaliteitimpulsen en verbetering van de opleiding.

2. AOK Rheinland-Hamburg

Op locatie zijn onder meer gesprekken gevoerd en presentaties gegeven door Wilfried Jacobs, bestuursvoorzitter AOK Rheinland-Hamburg en de heer Rupprecht. Onderwerp van gesprek waren onder andere het gezondheidssysteem in Duitsland en de taken van het AOK met betrekking tot de pflegeversicherung.

In Duitsland is iedereen tot een bepaalde inkomensgrens verplicht verzekerd voor de pflgeversicherung. Ongeveer 90 procent van de bevolking valt onder de verplichte pflgeversicherung. Het restant van 10 procent heeft een particuliere verzekering. In het Sociale Code Boek (SCB) wordt het vergoedingspakket, in generieke termen, gedefinieerd. De sociale ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars die zowel op landelijk als op regionaal niveau actief zijn. De federale regering bepaalt voor 95 procent het verzekerde pakket. De zorgverzekeraars zijn verplicht het wettelijk vastgestelde basispakket (pflchleistungen) te vergoeden, evenwel mogen zij een breder zorgpakket aanbieden door middel van aanvullende verzekeringen (zusatzleistungen). Het AOK Rheinland-Hamburg is de grootste zorgverzekeraar in de regio Nordrhein-Westfalen en behoort tot de 10 grootste zorgverzekeraars in Duitsland met een begroting van 8,9 miljard euro, 2,9 miljoen verzekerden, 7 000 medewerkers, 107 filialen en 161 700 werknemers. Het AOK voert ook de pflgeversicherung uit. Sinds 2000 stijgt het aantal cliënten, als gevolg van demografische ontwikkeling, gemiddeld met 2,3 procent. Op een bevolking 81 472 miljoen in 2011 waren er 2,43 miljoen zorgvragers (pflgebedürftige). Hiervan hadden 2 288 000 miljoen (97,1 procent) zorgvragers een publieke en 143 100 (2,9 procent) een private verzekering. Circa 90 procent van het totaal aantal verzekerden (69,6 miljoen) heeft een publieke verzekering en 10 procent een private verzekering (9,6 miljoen).

Tijdens het gesprek is onder meer gesproken over de kostenstijging in de gezondheidszorg. De gezondheidssector is met 5,4 miljoen werknemers de belangrijkste werkgever in Duitsland. Dit komt overeen met 13,5 procent van het aantal werknemers. In 2009 bedroegen de totale gezondheidsuitgaven ruim 278 miljard euro, dat is 11,6 procent van het Duitse bbp. Voor 2030 wordt een stijging naar 13 procent van het bbp verwacht. Volgens het Duitse bureau voor de statistiek, het Statistische Bundesamt groeiden de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner tussen 2000 en 2009 van € 2 590 naar € 3 400 op jaarbasis.

De kostenstijging is onder andere het gevolg van demografische ontwikkelingen zoals langer leven en innovatie ontwikkelingen. Daarnaast zijn er ook zogenoemde «slechte kosten» te benoemen zoals therapeutische behandelingen en medicamenten waarvan de meerwaarde niet dan wel onvoldoende bewezen zijn. Dit is het geval bij circa 30 procent van alle medicamenten, aldus het AOK. In antwoord op de vraag of er toelatingseisen zijn alvorens medicamenten op de markt komen wordt gesteld dat deze toelatingseisen zich beperken tot de veiligheid van het geneesmiddel en niet op de bewezen wetenschappelijke meerwaarde. Het ontbreekt veelal aan evidence bases studies dan wel zijn deze te marginaal uitgevoerd. De farmaceutische industrie beschikt over voldoende financiële middelen om een effectieve lobby op te zetten om het verzekeringspakket uit te breiden met medicamenten die niet afdoende bewezen zijn. Als voorbeeld worden medicamenten tegen osteoporose genoemd waarvan de werking niet eenduidig is bewezen. Tevens is gesproken over diverse andere vraagstukken rondom de pflgeversicherung zoals zelfredzaamheid. Het overheidsbeleid is gericht om cliënten/ouderen zolang mogelijk zelfstandig in de eigen sociale omgeving te laten wonen en participeren. Hierbij gaat het om een juiste balans tussen zelfzorg van het individu en aanvullende zorgverlening door mantelzorgers en professionals. Dit wordt mogelijk gemaakt door het mobiliseren van onder meer familieleden/mantelzorgers en ambulante zorgverleners. Hoewel in Duitsland van oudsher sprake is van een sterke familiecultuur en (sociaal) plichtsbef, waarbij kinderen en andere naasten inzetbaar zijn voor zorgtaken en maatschappelijke ondersteuning, zijn ook hier ondermijnende ontwikkelingen zichtbaar. Zo is de sociale afstand tussen generaties de afgelopen decennia vergroot. Door een verhoging van de mobiliteit zijn ouders en kinderen op een grotere

afstand tot elkaar komen te wonen. Hierdoor komt de zorgverlening steeds vaker in de handen van ambulante zorgverleners, veelal vrouwen (78 procent).

Het Duitse systeem kent een aantal prikkels voor (thuis)zorg door familieleden en om zorgbehoevende langer thuis te laten wonen. Zo kunnen familieleden die zorgtaken verrichten een tegemoetkomingsbijdrage / schadeloosstelling ontvangen voor gederfde inkomsten of gebruik maken van een gratis scholingsaanbod, bestaat er een vrij besteedbaar mantelzorgkostenforfait en zijn de procedures om tot een snelle woningaanpassing te komen cliëntvriendelijk.

In aanvulling op de vorige gesprekspartners is tevens gesproken over de zorgzwaartepakketten en de eigen bijdragen bij de pflegeversicherung. In het geval cliënten in een verzorgings/verpleeghuis komen is de tegemoetkoming van de woonkosten veelal niet voldoende. De dekking voor intramurale zorgkosten betreft circa 75 procent. De overige 25 procent zal door de cliënt zelf in de vorm van een eigen bijdrage moeten betalen. Deze betalingsverplichting rust in eerste instantie bij de cliënt. Om hieraan te voldoen wordt bijvoorbeeld spaargeld aangewend of worden eigendommen zoals woningen verkocht. Mocht dit niet voldoende zijn dan wordt de betalingsverplichting doorgeschoven naar de kinderen. Is de cliënt dan wel het familielid niet in staat de eigen bijdrage te betalen of is deze niet traceerbaar dan wordt de eigen bijdrage vergoed door de sociale dienst, zogenoemde «hilfe zur pflege». In 2009 is door de overheid hieraan een bruto bedrag van 3,3 miljard (netto 2,9 miljard) euro uitgegeven. Om deze ongedekte kosten en de eigen bijdrage te verminderen wordt voor de toekomst ingezet op het afsluiten aanvullende verzekeringen. Ook in het geval van de ambulante zorgzwaartepakketten zijn de tegemoetkomingen niet afdoende en blijft er een restant bedrag in de vorm van een eigen bijdrage, ongedekte kosten over. Een antwoord op de vraag wat de hoogte is van de totale eigen bijdragen / inning van onbetaalde zorgkosten bij kinderen kon echter niet worden gegeven.

De delegatie heeft voorts geïnformeerd hoe de kwaliteit en het toezicht is vastgelegd. In opdracht van zorgverzekeraars worden door de Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) één keer per jaar onaangekondigde controlebezoeken afgelegd bij zorgaanbieders/instellingen. Deze dienst controleert de kwaliteit op basis van wettelijk vastgelegde richtlijnen en tekent zijn bevindingen op in rapportages. Deze rapportages van het MDK zijn openbaar en inzichtelijk voor iedereen. Indien een zorgaanbieder de bevindingen niet onderschrijft kan gebruik worden gemaakt van een beroepsprocedure.

3. Mehr Generationen Haus

Op locatie zijn gesprekken gevoerd en presentaties gegeven door mevrouw Kopka en andere vrijwilligers van het mehr generationen haus. Onderwerp van gesprek betrof het idee achter dit project en hoe de maatschappelijke participatie van alle generaties en meer specifiek ouderen wordt vormgegeven.

Het mehr generationen haus (buurthuis) in Düsseldorf is een openbaar trefpunt en is zeven dagen per week geopend. Doel van het buurthuis is het tegengaan van vereenzaming, sociale uitsluiting en het creëren van een actieve gemeenschap waar jong en oud elkaar helpen en hun talenten delen en ontwikkelen. Alle sociale groepen weten het mehr generationen haus te vinden en heeft een potentiële reikwijdte van 25 000 mensen. Landelijk zijn er circa 500 van deze buurthuizen opgericht.

In een economische maatschappij die een hoge mate van mobiliteit en flexibiliteit vereist staan familiewaarden onder druk. In Duitsland wordt het gezin van oudsher gezien als een betrouwbaar sociaal netwerk waar een beroep op kan worden gedaan in het geval van een zorgvraag.

Tegelijkertijd is het kerngezin van heden ten dage veel te klein geworden om de grote sociale uitdagingen te trotseren. De traditionele familie met zijn vele broers, zussen, neven, neven, ooms en tantes is bijna volledig uit de Duitse maatschappij verdwenen. Van de huidige 40/50 jarigen is circa 30 procent opgegroeid zonder broers of zussen. Desalniettemin kan de huidige samenleving nog veel leren van de sociale principes die de van oudsher traditionele gezinnen uitdragen. Zoals het principe van geven en nemen tussen de generaties, intergeneratie. Dit principe wordt toegepast in het mehr generationen haus. Mensen van alle generaties en culturen kunnen elkaar in een ongedwongen omgeving ontmoeten, om zodoende van elkaar te leren en elkaar te ondersteunen in het dagelijkse leven. Het buurthuis stimuleert vooral de sociale binding en het onderling in contact brengen van verschillende generaties en culturen. Zo zijn er leesprojecten waar ouderen (opa's en oma's) kinderen voorlezen en wordt door ouderen huiswerkbegeleiding/bijbscholing gegeven aan scholieren. Andere initiatieven die het mehr generationen haus heeft ontwikkeld zijn: internetcursus, vroedvrouwenproject/consultatie, danscursussen, sportieve activiteiten (o.a. yoga, fitness/pilatus, zitgymnastiek), kinderopvang/naschoolse opvang, filmprojecten, dementieprojecten, pedagogische cursussen, kind-ouderprojecten. Ook is er een seniorenadviesbureau in het buurthuis actief waar tijdens een vast spreekuur ouderen over allerlei gebieden, zoals juridische en zorggerelateerde zaken, van advies worden voorzien. Het buurthuis heeft ook een café/trefpunt met een eigen keuken waar 50 tot 100 maaltijden per dag kunnen worden bereid. Dit alles is mogelijk dankzij de gecombineerde inzet van 250 vrijwilligers en circa 40 professionele medewerkers. De vrijwilligers, bestaande uit ongeveer zestien verschillende nationaliteiten, zijn vaak ook gebruiker van het mehr generationen haus. Onder het motto «het is geven en nemen» wordt iedere gebruiker gevraagd om vrijwilliger te worden. Vrijwilligers leveren namelijk met hun aanwezigheid, levens- en werkervaring, betrokkenheid en gerichte aandacht een belangrijke bijdrage aan het succes van het mehr generationen haus. Belangrijk is dat iedereen de kans krijgt om een helpende hand te ontvangen evenals om deze aan te bieden. Ieder mens beschikt namelijk over een rugzak met levenservaring en over bijzondere gaven die aangewend kunnen worden bij het helpen van anderen.

Voor de uitvoering van de verschillende projecten ontvangt het mehr generationen haus een financiële bijdrage van zowel de gemeente als de deelstaat Nordrhein-Westfalen, en voor sommige projecten zelfs een ESF-subsidie. Daarnaast worden er inkomsten gegenereerd uit de exploitatie van het café en de cateringdiensten. Tevens wordt van iedere gebruiker een kleine eigen bijdrage gevraagd, zoals voor de kinderopvang circa 3–5 euro per uur. Voorts zijn er ook donateurs van de vereniging en private geldschietters. Zo wordt momenteel geld ingezameld voor de aankoop en exploitatie van een mehr generationen bus. Deze bus zal niet alleen dienst doen als seniorenbus, maar ook worden ingezet voor diverse jeugdprojecten en voor cateringdiensten.

– woensdag 11 januari 2012 –

4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bezoek aan Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend alwaar gesprekken zijn gevoerd en presentaties zijn gegeven over onder meer wonen, zorg en zorgverlofregeling.

Wonen en zorg

Door de demografische veranderingen zal de samenstelling van de Duitse bevolking wijzigen.

Het aandeel ouderen in de totale bevolking is gestegen als gevolg van onder meer een stijgende levensverwachting en een lager geboortecijfer. Volgens de gegevens van het Duitse bureau voor de statistiek, het Statistische Bundesamt, zijn nu al ongeveer 21 procent van de mensen van 65 jaar of ouder. Van de 81,4 miljoen inwoners zijn er nu circa 17 miljoen (57 procent vrouw, 43 procent man) in de leeftijd vanaf 65 jaar. Dat zal in het jaar 2030 zijn opgelopen tot circa 22 miljoen (29 procent). Hierbij groeit de leeftijdsverwachting naar gemiddeld 80 jaar voor mannen en 84 jaar voor vrouwen, men wordt ouder. Van de 70 tot 75-jarigen heeft circa 5 procent behoefte aan verpleging. Dit percentage stijgt sterk boven de leeftijd vanaf 80 jaar en bereikt een niveau van circa 60 procent bij 90-jarigen. Het aantal ouderen dat in een verpleeginrichting komt stijgt met circa 3 procent per jaar en ligt nu op circa 776 000 personen, met een groei naar tenminste 1 000 000 personen in 2020. De Duitse bevolking vergrijsst dus snel en deze trend wordt versterkt door de effecten van de naoorlogse babyboom, waarvan een substantieel deel zorgbehoevend is of zal worden.

Deze vergrijzingstrend, gekoppeld aan een verhoogde behoefte aan verzorging wordt nog eens versterkt door demografische ontwikkelingen als kleinere gezinnen en scheidingen. Hierdoor zijn er steeds minder mogelijkheden tot zorg voor de eigen ouders binnen de familiekring. Dit houdt in dat in de komende jaren in toenemende mate een beroep zal worden gedaan op verschillende vormen van zorg waaronder ook de zogeheten woonzorg omgeving. Deze woonzorg omgeving in Duitsland kent verschillende vormen, variërend van «betreutes wohnen» ofwel begeleid wonen tot volledige verpleging in zogeheten «Alten- und pflegeheime» (verzorgingstehuizen). Hierbij wordt de exploitatie verzorgd door een zogeheten «Betreiber» (exploitant) die vaak losstaat van de eigenaar van het vastgoed en het pand huurt. Deze vormen van zorg worden van oudsher aangeboden door ideëel opererende instanties zoals de kerk, de diaconie, en andere sociale verbanden (vakbond, overheid). Sinds een tiental jaren is er echter sprake van een groeiend aantal private, commerciële aanbieders, Deze zijn soms geïnitieerd vanuit de ziektekostenverzekeringen, maar ook vaak puur commercieel opererend met een winstoogmerk.

Het aantal tehuizen (alten und pflegeheime) bedraagt volgens het Statistisches Bundesamt in 2009 circa 11 634 bij circa 845.00 bedden. Het gemiddelde aantal bedden per pflegeheim bedraagt echter in 52 procent van de gevallen slechts 60 of minder. Daarnaast is het gemiddelde altenheim circa 30 jaar oud. Deze kleinere (en oudere) pflegeheime zijn bedrijfseconomisch vaak moeilijk rendabel te krijgen en voldoen veelal niet meer aan de huidige regelgeving en wensen van bewoners. Er is dus een tweeledig probleem: er zijn te weinig pflegenheime om de toenevende vraag op te vangen en daarnaast is een groot deel van het pflegeheimebestand zwaar verouderd en aan vervanging toe. Per jaar zullen er dus tot ver na 2020 circa 10 000 plaatsen bij moeten komen. Tevens zullen de nieuwe faciliteiten steeds meer gediversifieerde mengvormen in zich verenigen, waar nu nog geen aanbod voor is zoals combinatie van «betreutes wohnen» met een volle verpleegfunctie en gespecialiseerde verzorging zoals dementie.

Een verdergaande professionalisering is noodzakelijk om het hoofd te bieden aan de gestegen zorgkosten bij gelijkblijvende uitkeringen/ bijdragen en het gevraagde verzorgingsniveau.

Het minimum aantal plaatsen per huis om economisch te kunnen werken wordt geraamd op tenminste 80 tot 120 bedden/units. Grotere huizen worden niet wenselijk geacht vanwege de menselijke maat, kleinere niet omdat deze moeilijk rendabel te maken zijn. Om een en ander in de toekomst beheersbaar te houden wordt een trend zichtbaar dat steeds meer professionele «betreiber» of zorgmanagement organisaties zich

manifesteren, waarbij tevens een grotere invloed van de zorgverzekeraars merkbaar wordt.

Voor een vastgoedbelegger is een interessante vorm van product aan het ontstaan in de vorm van het onroerend goed (de tehuizen en inrichtingen). Vooral in Duitsland, met een bevolking van 81,4 miljoen mensen, is een grote behoefte aan het ontstaan naar nieuwe zorgfaciliteiten. De belangstelling van professionele beleggers voor onroerend goed investeringen in deze sector neemt dan ook hand over hand toe.

Meer en meer oudere mensen wonen en leven zonder familie in de buurt. Dus naast de intramurale woonvormen moet in Duitsland ook de reguliere woningvoorraad worden aangepast zodat op middellange tot lange termijn aan de behoeften van mensen kan worden voldoen om in de eigen sociale omgeving oud te worden. De woningvoorraad moet worden aangepast op levensbestendig wonen. In 2009, had slechts ongeveer vijf procent van de huishoudens een obstakelvrije of aangepaste woning voor oudere mensen. Woningbarrières beperken de onafhankelijkheid, de mobiliteit en de vrijheid in het dagelijks leven van de bewoner. Een vraaggerichte, barrièrevrije woning verhoogt niet alleen het comfort, maar helpt bij het vermijden van verwondingen door vallen.

In Duitsland is het de wens van bewoners om zolang mogelijk in de eigen woonomgeving te blijven wonen. Dit wordt ook door de overheid gestimuleerd, circa 93 procent van de 65-plussers woont thuis al dan niet met woonaanpassing en zorgondersteuning. In Duitsland is de zorg rondom mensen georganiseerd en staan de zorg- en woonwensen van mensen centraal. Er worden dan ook veel minder ouderen opgenomen in instellingen dan in Nederland. De lichtere zorgvraag wordt veelal thuis geleverd en voor een groot deel door onbetaalde mantelzorgers uitgevoerd. In Duitsland is echter een discussie gaande inzake de betaalbaarheid van de zorgverlening in de eigen omgeving. Waar ligt precies het omslagpunt dat zorgbehoevende beter af is in een residentiële woonsituatie.

Zoals gesteld willen de meeste mensen in Duitsland zo lang mogelijk in hun eigen woning en bekende leefomgeving worden verzorgd. De realiteit ziet er vaak anders uit. Familieleden zijn te ver weg, het contact met burens en vrienden ontbreekt of is onvoldoende om geheel zelfstandig te functioneren. Het ministerie ondersteunt daarom diverse projecten met als doel een betere ondersteuning en zorg in de eigen woonomgeving te bewerkstelligen, kortom zelfredzaamheid. De projecten richten zich op het bieden van wederzijdse en sociale diensten. Kernbegrippen zijn daarbij wederzijdse dienstbaarheid, begrip, laagdrempelig, zelforganiserend en praktisch. Een voorbeeld van een project is de opbouw van een sociaal (zorg)netwerk rondom de cliënt. Familieleden, burens, vrijwilligers en professionals organiseren en coördineren gezamenlijk ondersteuning aan de hulpbehoevende oudere. Zo is het belangrijk dat burens niet weg kijken in geval van vereenzaming. Een helpende hand bieden in het dagelijks leven, zoals bij het doen van boodschappen, de begeleiding naar een arts of gewoon het onderling contact «gaat alles goed?» kan een hele positieve uitwerking hebben.

Een ander project richt zich op de aanpassing en bouw van levensbestendige woningen. Door toepassing van innovatieve (zorg)technieken in de huisvesting wordt getracht het alledaagse leven te vergemakkelijken. Onder meer projectontwikkelaars, architecten e.d. worden uitgenodigd om met voorstellen te komen van gebruiksvriendelijke technologieën die het dagelijks leven van mensen kunnen vergemakkelijken. Te denken valt aan een centraal of decentraal aansturingssysteem van verlichting, verwarming en elektriciteit, oriëntatieverlichting, zelf «denkende» huishoudelijke apparaten die vanzelf aan en uitschakelen, noodsystemen, visuele hulpmiddelen, deuren en gordijnen die automatisch openen en sluiten.

Het principe van levensbestendig wonen houdt in dat de woning zich aanpast aan veranderende leefomstandigheden. Een levensbestendige woning is comfortabel, veilig en toegankelijk en bevordert de zelfredzaamheid van ouderen. Het ministerie is zeer actief om door middel van deze en andere stimuleringsprogramma's (module: Langer thuis met de steun van anderen, module: Sociale hulp voor uw huis) iedereen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en zo lang mogelijk te laten participeren in de eigen sociale omgeving.

Zorgverlof/de gezinszorg tijd

Sinds 1 januari 2012 is het in Duitsland mogelijk om gedurende een langere periode met gedeeltelijke doorbetaling van loon verlof op te nemen om zorgtaken te verrichten aan familieleden. De regeling geeft werknemers gelegenheid om zorgtaken te vervullen zonder dat zij hun baan moeten opgeven. Invoering van de gezinszorg tijd zal de mogelijkheden voor het combineren van werk en zorg voor familie verbeteren. Zo maakt de regeling het mogelijk dat een werknemer (mantelzorger) voor de duur van 2 jaar tot maximaal 15 uur per week wordt vrijgesteld (arbeidstijdkorting) van werk om voor een naaste te zorgen. De doorbetaling gedurende deze periode bedraagt minimaal 75 procent van het laatst verdiende bruto inkomen. Het ontstane inkomensgat van de mantelzorger kan met behulp van een mantelzorgkostenforfait (persoonsgebondenbudget) van de zorgbehoevende worden aangevuld. Wordt de arbeidsduur bijvoorbeeld verminderd tot 50 procent, dan ontvangt de werknemer nog steeds 75 procent van het laatst genoten bruto inkomen. Het teveel aan genoten zorgverlof wordt na afloop van de zorgperiode gecompenseerd door ongewijzigd 75 procent van het loon uit te betalen net zolang tot het teveel aan zorgverlof is terugbetaald. Om de bevoorschotting van de arbeidstijdkorting mogelijk te maken kunnen werkgevers gebruik maken van een rentevrije lening via het Bundesministerium. Het ministerie voorziet ook iedere mantelzorger van een arbeidsongeschiktheidverzekering, mocht de mantelzorger onverhoopt gedurende zijn zorgtijdperiode arbeidsongeschikt raken.

5. BAGSO

Bezoek aan Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

alwaar gesprekken zijn gevoerd met onder andere mevrouw Lehr, voormalig parlementslid en erevoorzitter BAGSO, en de voorzitter van BAGSO dhr. Klumpp. Presentaties zijn gegeven over onder meer de maatschappelijke rol van senioren.

BAGSO is een koepelorganisatie/belangvereniging van en voor ouderen met meer dan 100 lokale afdelingen. De organisatie wordt bekostigd door onder andere een instellingssubsidie, en projectsubsidie van het ministerie en contributiebetalingen door leden. Zij behartigen onder meer de politieke, economische, maatschappelijke en sociale belangen van ouderen bij landelijke, provinciale en lokale overheden en andere instanties. Daarbij streeft BAGSO naar meer zelfstandigheid en keuzevrijheid voor senioren op allerlei gebieden. Zij richten zich op een realistisch beeld van leeftijd/ouderdom in de samenleving, de sociale participatie en de deelname van oudere mensen, meer solidariteit tussen generaties, gezond ouder worden en een hoge(re) kwaliteit van gezondheidszorg. Ze geven tevens adviezen aan ouderen over onder meer sociale zekerheid, gezondheidszorg, participatie en consumentenbescherming. Door middel van projecten en brochures worden ouderen geïnformeerd over allerlei ter zake doende onderwerpen zoals «Gezond

ouder worden», «Fit for 100» «internet voor ouderen», «ondersteuning van vrijwilligers/mantelzorgers» en «wonen en veiligheid».

Diverse demografische ontwikkelingen zorgen voor een toenemende druk op de verzorgingsstaat. Zo zal de beroepsbevolking in Duitsland de komende jaren dalen van 43 miljoen in 2011 naar 37 miljoen in 2025 en 29 miljoen in 2050. In Duitsland is in 2050 circa 38,1 procent 60 jaar en ouder. Ter vergelijking in Nederland is dat circa 32,1 procent in 2050. Het aandeel 80-plusser in 2050 betreft in Duitsland circa 13 procent, ter vergelijking in Nederland is dat circa 6,1 procent. Verder is in Duitsland circa 33 procent van de huidige 40-plussers kinderloos en is het geboortecijfer 1,4 (Nederland 1,5). Ter illustratie wordt toegelicht dat er momenteel in Duitsland meer vrouwen zijn die de zorg van ouders op zich hebben genomen dan vrouwen die de zorg van kinderen hebben. Het beeld van Duitsland in het buitenland over familie­zorg (familiepflege) is echter een ideaalbeeld, dit is een achterhaald beeld aan het worden. De zorg die familieleden bieden is een psychische en emotionele zware taak. Daarom heeft BAGSO diverse ondersteuningsprojecten opgezet met het oog op de persoonlijke begeleiding van vrijwilligers/mantelzorgers.

De Duitse samenleving staat voor nieuwe uitdagingen en hervormingen om de stijgende zorgkosten af te vlakken. BAGSO zoekt daarom naar samenwerkingsvormen die recht­doen aan de diversiteit in de samenleving en tegelijkertijd een grotere solidariteit tussen generaties mogelijk maken. Zo wordt er ingezet op kwaliteitsverbetering, toename van aantal vrijwilligers, burgerlijke betrokkenheid van alle generaties, verbetertrajecten om werk en mantel­zorg te combineren en meer zorgpersoneel. Ook pleit BAGSO voor andere woonvormen voor dementerenden. Mensen met dementie moeten meer dan nu het geval de mogelijkheid krijgen om thuis te blijven wonen door het bieden van zorg, advies, hulpmiddelen en gemaksdiensten in de eigen omgeving. Daarbij moet aandacht zijn voor de behoefte aan dagelijkse structuur, sociale contacten en dagbesteding. Andere intramuraal woon-­zorgvormen zijn ook noodzakelijk want niet alle mensen met dementie kunnen helemaal met of zonder ondersteuning voor zichzelf zorgen. Dit kan worden bereikt door het bieden van een aangepaste woonomgeving zoals haugemeenschappen in bestaande verzorgingshuizen of het creëren van leefgemeenschappen (wohngemeenschappen) waarbij cliënten met elkaar verblijven in een huiskamer.

De ervaring van BAGSO is dat haar boodschap over ouderenbeleid voldoende aandacht krijgt in de media/diverse publicaties en door de (landelijke) politiek wordt gehoord. Meer aandacht voor ouderen in de samenleving en in het dagelijkse leven is en blijft noodzakelijk. Als voorbeeld wordt gegeven het project van «age-friendly cities» waarbij de openbare ruimte generatie­proof wordt gemaakt. Een «ouderenvriendelijke» leefomgeving (wonen, publieke ruimten, openbaar vervoer etc.) kan in belangrijke mate bijdragen aan de gezondheid en het welzijn, niet alleen van ouderen, maar voor alle generaties. Zowel de politiek als de samenleving zijn heden ten dage nog te zeer gericht op groepen burgers die midden in de samenleving staan. Waarom wordt er bijvoorbeeld wel kinderopvang vanuit de overheid georganiseerd voor ouders maar geen ouderopvang. De ervaring heeft inmiddels geleerd dat interactie tussen kinderen en senioren een grote meerwaarde oplevert.

In Duitsland is momenteel een omslag gaande in de benadering van ouderen. Deze groep wordt steeds vaker als een verrijking (aanwinst) beschouwd in plaats van een kostenpost. Voorheen werd ouderenbeleid georganiseerd rondom de gedachte wat kan de samenleving voor ouderen betekenen. Heden ten dage wordt een meer actief rolmodel van ouderen nagestreefd, wat kunnen ouderen voor de gemeenschap doen. Zij vormen een belangrijk deel van de Duitse samenleving en zijn onder meer een interessante economische doelgroep. Enerzijds leveren ouderen een belangrijke en omvangrijke bijdragen aan de samenleving. Anderzijds

kan niet onderkend worden dat het een doelgroep betreft die op enig moment zorg en ondersteuning nodig heeft.

6. Landesverband Freie Ambulante Pflege NRW

Het Landesverband Freie Ambulante Pflege NRW is een koepelorganisatie van thuiszorgorganisaties. De vereniging vertegenwoordigt de belangen van circa 600 kleine en middelgrote thuiszorgorganisaties. Op locatie is een gesprek gevoerd met de heer Treiß over onder andere kwaliteitscontrole van de zelfdienstige dienstverlening/thuiszorg en arbeidsmarktbeleid.

Kwaliteitscontrole

De zorgaanbieder is in zekere mate vrij in zijn aanbod en prijs. Het verschil tussen de overeengekomen kostprijs en de verzekeringbijdrage is de eigen bijdrage. Op basis van de indicatiestelling wordt een cliënt in een zorgklasse geplaatst met een bedrag dat wordt uitgekeerd. De hoogte van de bijdrage hangt af van de aard en de ernst van de klachten. De cliënt kan zelf bepalen waaraan dat bedrag wordt besteed. Zo kan er een huishoudelijke hulp worden ingehuurd, maar dit bedrag kan ook worden betaald aan de mantelzorger. Het gaat erom dat de patiënt goed verzorgd wordt en hoe dat doel bereikt wordt is minder doorslaggevend. In Duitsland komt veelal één thuiszorgmedewerker bij de cliënt langs die alle verrichtingen doet. Duitsland telde in 2009 2,34 miljoen zorgvragers (pflegebedürftige) waarvan 1,62 miljoen mensen thuis verzorgd (69 procent). Daarvan werden 1,07 miljoen zorgbehoevenden door familie/mantelzorgers verzorgd en 555 000 maakte gebruik van ambulante zorg.

In Duitsland maken cliënten afspraken over de aard en inhoud van de zorg met de zorgaanbieder van zijn of haar voorkeur. De verzekering draagt bij aan de kosten met een vastbedrag behorende bij de één van de vier zorgklassen. De cliënt is opdrachtgever en heeft de regie. De zorgaanbieder wordt door de Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), een gezamenlijke medische dienst van de zorgverzekeraars, gecontroleerd op kwaliteit van de geleverde zorg. Met ingang van 2011 worden alle zorginstellingen minimaal eenmaal per jaar gecontroleerd. De MDK controleert aan de hand van de zorgnormen voortkomende uit de verzekeringswet en de gemaakte individuele afspraken over de zorg. Door middel van onaangekondigde bezoeken controleert de medische dienst of de kwaliteitseisen en de individuele zorgafspraken daadwerkelijk worden nageleefd. De medische dienst controleert de kwaliteit van de zorg van zowel stationaire als ambulante zorgdiensten. Door de gesprekspartner werd opgemerkt dat de diverse kwaliteitscriteria waarop een beoordeling plaatsvindt nog niet wetenschappelijk bewezen zijn.

Het resultaat van de controles wordt in de vorm van een kwaliteitsrapportage gepubliceerd op internet en is raadpleegbaar bij de zorgaanbieder. Publicatie van deze kwaliteitsrapporten hebben tot doel om meer concurrentie op kwaliteit op gang te brengen. Indien wordt vastgesteld dat de zorgaanbieder niet gekwalificeerde zorg heeft geleverd en er een gevaarlijke situatie is ontstaan dan verliest de zorgaanbieder het recht op een uitkering. Dit heeft het effect dat de zorg moet worden overgenomen door een andere zorgaanbieder. In het geval van mantelzorg wordt een soortgelijke procedure toegepast. Er wordt ingegrepen niet vanwege het verkeerd aanwenden van het toegewezen budget, maar vanwege de geboden kwaliteit van de zorg. Die zorgtaak wordt dan weer overgenomen door de overheid. De geldkraan wordt dichtgedraaid en er komt georganiseerde thuiszorg over de vloer.

Voorts bestaat de wettelijke verplichting dat patiënten en zorgaanbieder periodiek een kwaliteitsrapport/zorgadvies opstellen, zogenoemde beratungsbesuche. De frequentie van zo'n rapportage is afhankelijk van

het zorgniveau. In het geval van zorgniveau I en II betreft het tweemaal per jaar en voor zorgniveau III ieder kwartaal. Het is een schriftelijk gedocumenteerde rapport dat zowel door de cliënt/patiënt als door de zorgverlener ondertekend moet worden. De professionele kwaliteit van zorg, maar ook tevredenheid en kwaliteit van leven van de patiënt worden beschreven in deze rapportages. Het is echter de vraag of de werkelijkheid wordt gedocumenteerd aangezien er sprake is een afhankelijkheidsrelatie tussen cliënt en zorgaanbieder.

Een probleem van het toezicht in de langdurige zorg is de niet-onafhankelijke positie van zorgaanbieders. De zorgaanbieders zijn onderdeel van het toezichthoudend orgaan. Dat betekent dat, hoewel de wettelijke regelingen zijn aangescherpt en vernieuwd, er toch geen feitelijke onafhankelijkheid bestaat in het toezicht. Kwaliteit en toezicht zijn aldus nog een groot vraagstuk.

Arbeidsmarkt

Ook Duitsland kent arbeidsmarktproblemen zoals de werving en behoud van adequaat opgeleid en getraind zorgpersoneel en verbetering van de kwaliteit van het personeel. Momenteel is er een tekort van circa 40 000 verplegende in de intramurale langdurige zorg. Bovendien is nu al helder dat er te weinig mensen de opleidingen instromen. Men zoekt daarom naar wegen om het beroep aantrekkelijker te maken. Daarbij wordt gedacht aan imagoverbetering van het beroep, vermindering van de psychische en lichamelijke belasting, nieuwe arbeidsstructuren, meer mogelijkheden tot na- en bijscholing en de introductie van academische opleidingen in de zorg. De zorgmarkt is enorm in opkomst met als gevolg dat er twee vormen van «zwarte zorgarbeid» zijn te onderscheiden. Ten eerste de grijze arbeidscontracten, arbeid die betaald wordt zonder sociale lasten af te dragen. Ook de inzet van Oost-Europeanen, is hieronder terug te vinden. Ten tweede betreft het illegale arbeid door illegaal verblijvenden die ingezet kunnen worden als mantelzorgers en via het mantelzorgkostenforfait worden uitbetaald.

7. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

Bezoek aan Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) alwaar een gesprek is gevoerd met de heer Weidnar over innovatie in de zorg.

Binnen de gezondheidszorg en met name in het werkveld ouderenzorg is sprake van een toenemende zorgcomplexiteit. Dit is deels terug te voeren op de vergrijzing onder de bevolking en de hogere leeftijdsverwachting. Door de hogere leeftijd ontstaat een complexere gezondheidsproblematiek met als gevolg meer zorgvraag en meer complexere zorg. De professionele hulpverlener zal zich aan deze dynamiek moeten aanpassen en steeds weer nieuwe kennis en innovatieve vaardigheden op moeten doen. Hij moet competent zijn om snel en adequaat te kunnen reageren op allerlei veranderingen.

Duitsland is de grootste markt voor medische technologie in Europa. De omzet van de branche bedroeg in 2010 20 miljard euro. De markt groeide in 2010 ten opzichte van 2009 met 9,4 procent. Het DIP is een non-profit instituut, opgericht in 1999, verbonden aan de Katholieke Universiteit van Noordrijn-Westfalen in Keulen. Het DIP wordt grotendeels gefinancierd uit projectfondsen en telt meer dan 15 leden personeel. De projecten van het DIP behandelen verschillende vakgebieden in de zorg en worden uitgevoerd met het oog op de invoering van innovatietechnieken in de zorgomgeving. Kennis uit wetenschap en praktijk worden verzameld, toegankelijk en toepasbaar gemaakt in het dagelijks werk. Uiteindelijk doel is onderzoek en innovaties op het gebied van ouderenzorg sneller naar de

praktijk te brengen dan nu het geval is en zo de zorg voor ouderen te verbeteren.

Het gaat om zorginnovatie die het hele zorgproces omvat. Hierbij wordt gestreefd naar een optimale wisselwerking tussen theorie en praktijk. Expertise komt tot stand in samenwerking met relevante partners en disciplines in de gezondheidszorg. Om die stap te vergemakkelijken, maar ook om ontwikkelingskosten van innovaties te besparen hebben zorgaanbieders in de regio, onderzoeksinstituten en andere partijen de handen ineengeslagen. Getracht wordt toepassingen van innovatieve te introduceren in de zorgomgeving zoals ondersteuningstechnieken in de ouderenzorg. Eén van de DIP- projecten focust op de rol van verpleegkundigen in verpleeghuizen en beoogt hun werk effectiever en meer evidence-based te maken, en hun expertise en leiderschapskwaliteiten te verbeteren. De achilleshiel van veel innovatietechnieken is dat deze niet specifiek ontwikkeld worden vanuit de zorgoptiek. Zo kijken ingenieurs en technici vaak vanuit een kokervise naar innovatie toepassing. Dit beperkt een succesvolle introductie van het product in de zorgsector. Technisch toepassingen en zorgaspecten moeten samenkomen en als integraal geheel leiden tot zorginnovatie.

De toepassing van innovatietechnieken is een instrument om de problemen waarmee de zorgsector wordt geconfronteerd het hoofd te bieden. Innovatieve oplossingen kunnen een bijdrage leveren aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Maar met alleen innovatie wordt het zorgprobleem dat de vergrijzing met zich meebrengt niet opgelost. Van belang is ook dat er aandacht is voor het personeel en een algemeen gedragen beleid voor innovaties.

Tot slot wordt opgemerkt dat in de politieke debatten de opname van innovatieve-toepassingen in bouwbesluiten niet speelt. Het debat spitst zich toe op de verschillende woonvormen.

– donderdag 12 januari 2012 –

8. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Bezoek aan ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen alwaar gesprekken zijn gevoerd over het zorgstelsel en ouderenbeleid. De presentaties betroffen een aanvulling op de gesprekken die waren gevoerd op het ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Pflegeversicherung

In Duitsland bestaat de plicht zich te verzekeren tegen de kosten van een intramurale zorg/verpleeginrichting of extramurale zorg/thuiszorg (pflegeversicherung). De premie bedraagt 1,95 procent van het brutoloon, volwassenen vanaf 23 jaar zonder kinderen betalen een toeslag van 0,25 procent. Werkgevers betalen uitzonderingen daargelaten de helft van de premies. Mensen die aanspraak maken op deze vorm van zorg worden eerst gekeurd door de Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK). Als die bevestigt dat zorg nodig is, wordt er een vergoedingsbedrag uitgekeerd. Er bestaan hierbij drie niveaus («pfligestufen»), al naar gelang de ernst van de situatie. Daarnaast bieden verzekeringsmaatschappijen aanvullende particuliere verzekeringen aan boven op het wettelijk verplichte zorgpakket.

Verdeling van de financiële verantwoordelijkheid tussen staat en gemeenten.

Langdurige zorg en thuiszorg voor ouderen worden betaald met eigen bijdragen, sociale zorgverzekeringen, bijstand en algemene bijdragen van

de deelstaten en lokale overheden. Er zijn grote verschillen tussen de bijdragen van de verschillende ländern/deelstaten en tussen gemeenten. Binnen elk deelstaat is er een herverdeling van inkomsten over de gebieden om lokale verschillen te verevenen.

In algemene zin zijn gemeenten verantwoordelijk voor welzijnsvoorzieningen en residentiële zorginstellingen. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het voorzien in de behoefte van ouderen. De voorzieningen zijn vaak gefragmenteerd en hierdoor wordt de coördinatie van diensten bemoeilijkt. De federale staat garandeert en houdt toezicht op de doelen van de sociale staat en laat de uitvoering over aan anderen zoals de deelstaten en lokale overheden of aan onafhankelijke verzekeringsmaatschappijen of aan welzijnsorganisaties.

Op federaal niveau wordt het systeem gereguleerd door wetgeving uit de Sociale Code. De uitvoering van het zorgverzekeringsstelsel ligt bij de zorgverzekeraars, onder publieke wetgeving. De deelstaten zijn verantwoordelijk voor het voorzien in voldoende infrastructuur voor aanbieders voor residentiële en ambulante zorg en thuiszorg. De aanbieders op hun beurt voorzien in de levering van zorg en welzijn.

Zorgaanbieders zijn verplicht hun producten te prijzen en transparant te maken voor cliënten. In de prijzen zijn niet de kosten voor inventaris en bouw meegenomen, hiervoor zijn de deelstaten verantwoordelijk en geldt een apart budget. De cliënt staat het vrij de zorgaanbieder zelf te kiezen. Daarnaast bieden dezelfde organisaties ook ambulante hulp aan ouderen. Deze diensten betreffen o.a. gespecialiseerde verpleging, huishoudelijk werk, maaltijden en mobiele thuisdienst.

Institutionele zorg

In Duitsland zijn drie verschillende typen van institutionele zorg voor ouderen. De meeste zijn beschikbaar in bejaardenhuizen (altenheim) waar bewoners hun eigen kamer of klein appartement hebben en waar maaltijden en de schoonmaak is geregeld. Beschermd wonen of serviceflats (altenwohnheim): eigen appartementen met gezamenlijk diner. Verpleeghuizen (pflegeheim) bieden verpleging en zorg in een- of meerbedskamers. Een toenemend aantal instituten bieden een mix aan plaatsen met mogelijkheden voor meer of minder hulp (mehrgliedrigen alteneinrichtungen).

In principe kan iedereen in een instituut gaan wonen, als een plaats beschikbaar is en als men de kosten kan betalen. Vergoeding voor de kosten wordt geboden aan verzekerden die geïndiceerd zijn voor verblijf. De verblijfskosten worden alleen vergoed tot het niveau van de indicatiestelling. Verpleging in private verpleeghuizen, zogenaamde senior residences, behoort ook tot de mogelijkheid. Deze kosten een inwoner ongeveer het dubbele van een gewoon verpleeghuis per maand. De hoogte van dit bedrag wordt niet alleen bepaald door de hogere standaard, maar ook door een uitgebreid ontspanningsprogramma. Bewoners worden verondersteld te betalen voor kost en inwoning en moeten tenminste 25 procent van de verpleegkosten betalen. Residentiële instellingen worden gereguleerd door een wet die de bewoners beschermt. De wet kent maatstaven voor de gebouwen, kamers, diensten en tarieven en participatie door bewoners. De lokale overheden zijn daarbij verantwoordelijk voor de implementatie.

Nordrhein-Westfalen heeft circa 18 miljoen inwoners waarvan 509 000 zorgvragers (pflegebedürftige, 2009) en circa 300 000 dementerenden. Gevraagd naar de dekkingsgraad van verzorgingshuizen in Duitsland wordt gesteld dat iedere zorginstelling separate afspraken maakt met de zorgverzekeraar over de kostprijs, die is mede afhankelijk van de cliënten die men huisvest. Eventuele tariefverschillen tussen zorginstellingen in dezelfde gemeente kunnen het gevolg zijn van verschillende personeelsbestanden en al dan niet aanwezige restschuld op de bouwkosten.

In Duitsland bedraagt de langdurige zorgverzekering circa 12 a 15 miljard euro, waarvan in Nordrhein-Westfalen circa 3 miljard euro, aldus het ministerie. De deelstaat is onder meer verantwoordelijk voor voldoende ambulante en stationaire pflegediensten (thuiszorg). Door het ministerie wordt betoogd meer vanuit de mens te denken dan vanuit het stelsel. Zo wordt er in Nordrhein-Westfalen ingezet op kleine(re) zorginstellingen tot maximaal 80 wooneenheden per locatie. De afbouw van de huidige 200 grote zorginstellingen wordt daarbij gestimuleerd. In de krimpregio's wordt getracht de sociale cohesie te behouden door een goede afstemming op gemeentelijk niveau. Van belang is een planningsinstrument, een analyse van wat is de (zorg)vraag en welke voorzieningen zijn al aanwezig. Zo zijn faciliteiten veelal aanwezig maar worden deze niet optimaal benut, zoals in het geval van keukens van zorginstellingen die ook opengesteld kunnen worden voor niet-bewoners.

9. Francis Stichting

Bezoek aan zorginstelling Elisabeth-Tombrock-Haus onderdeel van de St. Francis Stichting alwaar gesprekken zijn gevoerd met onder andere mevrouw Hühnefeld, zuster Bövingloh en de heer Leiter.

De St. Francis Stichting is de grootste katholieke zorginstelling in Noordwest-Duitsland en is opgericht door de zusters van de Franciscaanse Mauritzer. De christelijke grondhouding is een belangrijke uitgangspunt voor de zorgfilosofie van de stichting. De stichting is verantwoordelijk voor 15 ziekenhuizen en zeven gehandicapte en senior instellingen in de deelstaten Nordrhein-Westfalen en Bremen. Daarnaast beschikt de organisatie ook over diverse poliklinische revalidatiecentra, inclusief verpleegkundigen. In totaal zijn er ongeveer 4 100 ziekenhuisbedden, 850 residentiële plaatsen beschikbaar en 11 000 medewerkers werkzaam voor de zorg van zieken, gehandicapten en ouderen. De delegatie heeft een bezoek gebracht aan het Elisabeth-Tombrock-Haus een zorginstelling dat een thuis biedt voor ouderen en dementerenden. Op locatie heeft een bezichtiging plaatsgevonden en zijn gesprekken gevoerd over onder meer stationaire verpleging. In het Elisabeth-Tombrock-Haus staat welzijn van de bewoners voorop. In een open en gastvrije sfeer beoogd men cliënten levensvreugde en veiligheid te bieden, kernbegrip is «het leven». De zorginstelling heeft haar deuren geopend in 1994. Er zijn 7 woongroepen met maximaal 25 bewoners per groep, 2 woongroepen voor dementerende ouderen, 120 eenpersoonskamer (inclusief eigen bad), 20 tweepersoonskamers, 6 korte tijd zorg plaatsen en 3 siertuinen. Alle kamers hebben een aparte obstakelvrije douche, toilet en grote wastafel. De eenpersoonskamers hebben een oppervlakte van circa 24 m² en de tweepersoonskamer van circa 30 m². Tot de standaardinrichting behoren een zorgbed, een kledingkast, een tafel, stoelen, een leunstoel, een dressoir en een zorgalarmsysteem. Iedere kamer kan uiteraard ook naar eigen inzicht worden ingericht met eigen meubilair, apparatuur en gekoesterde persoonlijke memorabilia. Per zorglocatie wordt gestreefd naar een toekomstige bezetting van maximaal 80 plaatsen. Het Elisabeth-Tombrock-Haus huisvest momenteel 148 mensen met een zorgvraag. Er is sprake van een multicultureel personeelbestand van circa 120 fulltime werknemers die in verschillende zorgdisciplines werkzaam zijn zoals: neurologen, psychologen verpleegkundigen en artsen. Bij de personeelswerving wordt gekeken of de kandidaat past in de organisatie, met rekenschap voor individuele wensen en eigenschappen. Zoals zuster Bövingloh verwoordde «Sie können menschen nicht kochen». Bij de intake van een bewoner wordt gebruik gemaakt van een zorgvolgsysteem met een individueel zorgplan. Daarin zijn naast de medische gegevens ook persoonlijke wensen van bewoners op het gebied van

onder andere medische verzorging en sociale behoeften opgetekend. Bewoners brengen ieder hun eigen levensverhaal/biografie mee met ieder zijn eigen vaardigheden en gewoonten. Door het stimuleren van persoonlijke vaardigheden, de activering van ouderen en het structureren van de dag wordt getracht een maximale onafhankelijkheid/zelfredzaamheid en levensvreugde bij de bewoners te bereiken. Er worden verschillende (therapeutische) activiteiten aangeboden zoals er zijn muziektherapie, schilderen, gymnastiek en 10-minuten activering. Ook worden er diensten voor dementerende bewoners aangeboden met een gerichte en behoeftegeoriënteerde structurering van de dagelijkse dagindeling. Alles rondom de dagelijkse zorgverlening is afgestemd op de beperkingen die met ouderdom gepaard gaan. Als voorbeeld wordt gegeven voedselproducten die speciaal voor ouderen zijn gemaakt. Eten met bestek is moeilijk voor ouderen, daarom worden er fingerfoods gemaakt. Dit brengt de nodige vreugde en hilariteit met zich mee want eten met handen is en blijft leuk zowel op jonge als op oudere leeftijd.

Speciale aandacht is er voor dementerenden. Er zijn twee wooneenheden waar momenteel 23 dementerenden worden verzorgd. De verzorging wordt uitgevoerd door speciaal daartoe opgeleid personeel en is ontworpen om te voldoen aan de speciale behoeften van dementerenden. De zorgverlening is er op gericht het leven van mensen met dementie en hun verwanten aangenamer te maken en de ziekte te vertragen. Door de toepassing van observatietechnieken wordt het mogelijk om elementen in de zorg naar boven te halen waarop cliënten positief of juist negatief reageren. Gestreefd wordt naar zorg op maat waarbij dementerenden worden uitgedaagd om die dingen te doen waar ze goed in zijn, zoals meehelpen met koken, opruimen of boodschappen doen. Het doel is de individuele kwaliteit van leven voor de mensen die worden toevertrouwd te handhaven en eventueel te verbeteren. Indien dit niet meer mogelijk is, dan ligt de zorgfocus op de aanvaarding en behandeling van de ziekte.

10. Gemeente Ahlen

Bezoek aan de gemeente Ahlen alwaar gesprekken zijn gevoerd over de gemeentelijke verantwoordelijkheid met betrekking tot zorg, verpleging en ouderenbeleid.

De voorzitter van de gemeenteraadscommissie voor Sociale zaken beschreef het niveau van ouderenbeleid in de gemeente Ahlen als Champions League niveau. Het is de verantwoordelijkheid van de gemeente om ouderen en mensen met een beperking maatschappelijk actief te maken zijn en te houden. Sinds de jaren 90 worden de gemeentelijke interventies in Ahlen gecoördineerd, zodat een integrale en afgestemde beleidsinterventie kan plaatsvinden die voldoet aan de wensen van de doelgroep. In de gemeente Ahlen werken verschillende organisaties rondom ouderenbeleid samen in de zogenoemde club van Ahlen zoals er zijn verzorgingshuizen, de hospice beweging, familienetwerken en diverse belangenorganisaties.

Het is de taak en verantwoordelijkheid van de gemeenten om zorgvraag en zorgaanbieders bij elkaar te brengen. In gezamenlijkheid met het bundesgesundheitsministerium, de gemeente Ahlen en de plaatselijke partners worden diverse programma's uitgevoerd. Doelstelling is een gecoördineerde en gezamenlijk geïntegreerde interventie op de verbetering van de levens- en aanbodsituatie van oudere mensen in de gemeente. Tussen de betrokken instellingen en partijen in de wijken is inmiddels een omvattend netwerk opgebouwd. Hierdoor is snelle besluitvorming over soms complexe zaken mogelijk. Iedereen wordt er bij betrokken maar uiteindelijk betreft het een politieke keuze en besluitvorming of er financiering beschikbaar wordt gesteld. Door middel van korte workshops is de delegatie geïnformeerd over diverse gemeentelijke

projecten op het terrein van gezondheid, woningbouw en dementie. Kortom de gemeente geeft vorm aan gemeentelijk ouderenbeleid op een inclusieve, gecoördineerde en samenhangende wijze.

– vrijdag 13 januari 2012 –

11. Universiteit Witten/Herdecke

Op het consulaat heeft een voordracht plaatsgevonden door mevrouw Biestein verbonden aan Universiteit Witten/Herdecke over multidisciplinaire aanpak van dementie.

Tijdens het werkprogramma is met de verschillende gesprekspartners meermaals gesproken over de zorg aan dementerende ouderen. Momenteel hebben ongeveer 1,2 miljoen mensen (70 procent vrouw, 30 procent man) dementie in Duitsland. Voorzichtige schattingen zijn gebaseerd op ongeveer 1,3 tot 1,8 miljoen dementerende in het jaar 2030 en 2,5 tot 2,6 miljoen dementerenden in het jaar 2050. Elk jaar komen er 200 000 mensen met dementie bij. Nordrhein-Westfalen met een inwonersaantal van 18 miljoen telt 300 000 mensen met dementie, daarvan woont circa 70 procent thuis. Vanwege de verwachte stijging van het aantal dementerende is de bijdrage aan de zorgverzekering onlangs met 0,1 procent verhoogd waardoor circa 1,1 miljard euro extra beschikbaar komt voor dementiezorg.

Na de diagnose dementie kunnen mensen nog vele jaren in de eigen woonomgeving blijven wonen. Mensen met beginnende dementie zijn goed in staat om een normaal, sociaal en (deels) zelfstandig leven te leiden. Wenselijk is dat de sociale omgeving, burens en familie begripvol is en de nieuwe situatie accepteert zoals deze is. Ongeveer tweederde van de mensen met de diagnose dementie worden in de eigen omgeving verzorgd. Dit weerspiegelt de grote wens van de meeste mensen met de diagnose dementie om te verblijven in de vertrouwde sociale- en woonomgeving. Anderzijds toont dit aan hoe cruciaal de rol is van familie c.q. sociale omgeving in de zorgverlening. Echter door de afnemende familiebanden, afname van het aantal ouderen met kinderen en sociale binding staat de opvang en verzorging in eigen omgeving onder druk. In sommige delen van Duitsland zijn netwerken van opgeleide en gesuperviseerde vrijwilligers opgericht die, op vraag van de mantelzorgers, sociale steun voorzien in de woningen van mensen met dementie. Dergelijke steun kan bijvoorbeeld bestaan uit het houden van gezelschap, een goed gesprek, een wandeling enz. De dienst levert ook steun en/of respijt aan mantelzorgers. De vrijwilligers ontvangen een klein bedrag voor de kosten die ze eventueel maken, maar dit bedrag ligt onder het niveau van het gemiddeld loon.

In Duitsland hebben mensen met dementie recht op een jaarlijkse uitkering (ca. € 1 500) om daarmee een vervangende professionele of informele zorgverlener te kunnen betalen bij afwezigheid van de gebruikelijke mantelzorger. Deze uitkering dekt slechts de kosten om enkele weken vervangende zorg in te huren. Het is vooral een maatregel die de mantelzorger in staat stelt om een korte onderbreking in te lassen. In de verzorging van dementerenden is kwaliteit van leven een belangrijk uitgangspunt. Kwaliteit van leven heeft meerdere factoren of dimensies. Gezondheid is één van die dimensies. De door mensen zelf ervaren kwaliteit van leven wordt bepaald door fysieke, psychische en sociale factoren. Hierbij valt te denken aan persoonlijke kenmerken, de kwaliteit van relaties, geestelijk evenwicht, de vervulling van levensdoelen, de mate van aanpassing aan de ontstane situatie en maatschappelijke participatie. De vraag is hoe dit alles is te meten/waar te nemen bij dementerenden. Dit kan onder meer door aan de gezichtsuitdrukking van een patiënt met dementie af te leiden hoe men contacten ervaart. Veel

communicatie verloopt non-verbaal, via lichaamstaal, gezichtsuitdrukkingen en gedrag. Naarmate cliënten en zorgverleners elkaar beter leren kennen, zullen de mogelijkheden groeien om met zorg- en dienstverlening daadwerkelijk bij te dragen aan de levenskwaliteit van de dementerende cliënt. Dat is een proces dat nooit «af» is, want het leven van de cliënt loopt wisselend door. Een omslag in denken is nodig, meer de nadruk op wat een demente cliënt wel kan in plaats te kijken naar de beperkingen. Ook de partner van de dementerende moet begeleid worden. Deze zal immers moeten accepteren en leren dat de partner zowel mentaal als fysiek verandert. Voor vragen over dementie is sinds 2001 de alzheimer telefoon ingesteld waar 24 per dag op therapeutische basis hulp wordt geboden.

Er rust momenteel bij veel mensen een taboe op dementie, en de beeldvorming is eenzijdig negatief. In de samenleving wordt nog niet zonder schroom gesproken over dementie. Gevoelens van schaamte, onmacht, verzet en agressie, komen voor bij zowel de dementerende als zijn partner en kinderen. De zieke verliest geleidelijk aan zijn verstandelijke vermogens en kan daardoor steeds moeilijker zelfstandig voor zichzelf zorgen. Men weet niet meer hoe men moet telefoneren, men kan de televisie niet meer aanzetten, men ondervindt moeilijkheden bij het douchen en aankleden en zelfs bij het smeren van een boterham. Men wordt steeds afhankelijker van de begeleiding en ondersteuning van de anderen. Vele naaste familieleden, bijvoorbeeld de ouders van de demente persoon, kinderen of vrienden, hebben het ook moeilijk met de ziekte. Belangrijk is dat de beeldvorming over dementie verandert en niet alleen de beperking wordt benadrukt. Ook dementerende ervaren mooie levensmomenten. Anders ontstaat er een vicieuze cirkel met ingrijpende gevolgen: door het taboe en de negatieve beeldvorming vermindert de levenskwaliteit van mensen met dementie.

De prognoses zijn duidelijk: het aantal mensen met dementie zal de komende jaren toenemen. Dat heeft uiteraard met de vergrijzing te maken. Ongeveer tweederde van de mensen met dementie leeft nu thuis. Een dementievriendelijke omgeving staat er garant voor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en dat hun levenskwaliteit bovendien toeneemt. Een dementievriendelijke gemeente betekent ook dat de kosten meer beheersbaar gehouden kunnen worden.

Net zoals andere kwetsbare groepen maken personen met dementie deel uit van de samenleving. Vooral een plaats blijven opnemen binnen de lokale gemeenschap kan niet voldoende onderkend worden. Vraag is hoe veranderen we onze wijken, dorpen, gemeenten en steden in plekken die een leven met dementie beter mogelijk maakt? Een verdere uitbreiding van de professionele zorgsector zal onvoldoende zijn om mensen met dementie in ons midden te houden. Daarom is het nodig dat op lokaal niveau initiatieven worden opgestart.

Mensen met dementie leven niet alleen. Als we hun levenskwaliteit kunnen verbeteren, zijn ook hun mantelzorgers, familie en vrienden daarbij gebaat. Alles begint in elk geval met het op de politieke agenda zetten van het thema dementie. Daarnaast kan het lokale bestuur initiatieven zelf initiëren, coördineren of faciliteren. Dat laatste kan op diverse manieren: logistiek, financieel, moreel, in de communicatie, enz. Een lokaal bestuur hoeft niet alle initiatieven zelf of alleen op te zetten, uit te denken en uit te voeren, maar kan ervoor zorgen dat informatie bij de doelgroep(en) geraakt, overlegtafels aanbieden of organiseren, initiatieven op elkaar afstemmen en coördineren. De lokale initiatieven richten zich dan ook niet alleen op personen met dementie, maar op de gehele (lokale) samenleving.

Zo is er een dementieproject dat zicht richt op de nachbarschaft (gemeente Ahlen). Het uitgangspunt is dat veel mensen met dementie het liefst en ook het best in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. In dat streven speelt de dagelijkse omgeving, nachbarschaft, een belangrijke

rol. Mensen uit de omgeving kunnen gedragsveranderingen snel herkennen, waardoor er tijdig hulp kan worden geboden. Een zorgzame nabije omgeving kan er voor zorgen dat mensen met dementie zich thuis langer veilig blijven voelen. Om een dergelijke rol te kunnen spelen moet die omgeving geïnformeerd en gemobiliseerd worden.

Op nationaal niveau ondersteunt het ministerie de ontwikkeling van nieuwe strategieën rond dementiezorg, zoals groepszorg, dagcentra, speciale zorgeenheden en getrainde thuisbezoekers, alternatieve leefarrangementen en groepswonen, evenals muziektherapie. Ook is er actieprogramma ontwikkeld ter verbetering van de dementiezorg. Onderdeel hiervan is de vorming van acht dementie servicecentra. Deze centra hebben als doel de verbetering van het gebruik van beschikbare informatie en stimuleren van de integratie van diensten voor mensen met dementie. De dementie servicecentra biedt lokale handvaten om de integratie van dementerenden in de lokale gemeenschappen te verbeteren. Veel mensen met dementie voelen zich (en worden ook) uitgesloten uit het leven in gemeenschap. Hierdoor verliezen zij aansluiting met de samenleving, en mist de samenleving op haar beurt hun vaardigheden en talenten. Een betere integratie van mensen met dementie is dan ook essentieel voor de levenskwaliteit en zorgt dat er onder meer voor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen.

Sinds enige jaren is er een wetenschapscentrum voor dementie ingesteld aan de universiteit van Witte-Herdecke. Dit onderzoekscentrum bundelt verschillende expertises. Niet alleen van medische en therapeutische en verpleegkundige beroepen, maar ook ingenieurs, architecten, stedenbouwkundigen en economen. Het is nodig een integraal dementiebeleid op te stellen waarin diverse expertises met elkaar in evenwicht worden gebracht.

De tijd dat enkel het medische denken de dienst uitmaakte in de zorg voor en begeleiding van personen met dementie en hun omgeving is voorbij. Een adequate begeleiding van personen met dementie en hun omgeving valt of staat met een optimale hulpverleningsmix die de cliënt zelf in handen houdt en bepaald wordt door zijn behoeften. De klemtoon ligt op heroriëntering: niet alleen meer doen, maar het vooral anders doen vanuit een kruisprofessionele samenwerking en een multidisciplinair oogpunt. Een passend, voldoende, op elkaar afgestemd en vernieuwend zorgaanbod moet inspelen op de noden van dementerende ouderen, zowel op lichamelijk, psychisch als sociaal vlak. Noden zoals er zijn informatie, inspraak, participatie, armoedebestrijding, diversiteit, actief ouder worden, wonen en mobiliteit. De zelfredzaamheid van dementerenden om zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving te blijven staat daarbij centraal.

Tot slot wordt gewezen op het bestaan van een leeftijdssimulator, de zogenoemde «age explorer». Dit is een hulpmiddel bij het onderzoek naar beperkingen en behoeften van ouderen en dementerenden. In een speciaal pak kan worden ervaren wat ouderen en dementerenden dagelijks meemaken. Zo is het pak voorzien van gewichten en verschillende verstijvingen aan onder meer de knieholten. Zo kunnen de afnemende krachten in de steeds stijver wordende armen en benen worden gesimuleerd. Een helm beperkt het gezichtsveld en dempt stemmen en ander geluid uit de omgeving, en speciale handschoenen met een ruwe binnenkant maken de vingers minder gevoelig. Zodoende ervaart de drager van het pak de beperkingen en de behoeftes van iemand op latere leeftijd.

**Bijlage: werkprogramma Duitsland/Nordrhein-Westfalen
(Düsseldorf e.o.)**

Dinsdag 10 januari 2012

12.46 uur	Aankomst op Düsseldorf Hauptbahnhof, ontvangst door dhr. Voskamp, consul-generaal en dhr. De Wilde, medewerker HMA Berlijn.
12.55 uur	Vertrek naar hotel.
13.15 uur	Lunch en bespreking van het werkprogramma.
14.15 uur	Vertrek naar Consulaat-Generaal
14.30 uur	Aankomst bij het consulaat-generaal, algemene inleiding op ouderenzorg in Duitsland in vergelijking met Nederland door dhr. Nies, voorzitter van de Raad van bestuur van Vilans.
15.45 uur	Vertrek naar AOK Rheinland-Hamburg.
16.00 uur	Ontvangst op AOK Rheinland-Hamburg door Wilfried Jacobs, bestuursvoorzitter AOK Rheinland-Hamburg. Presentatie dhr. Rupprecht over gezondheidssysteem in Duitsland, de taken van de AOK m.b.t. Pflegeversicherung.
17.30 uur	Vertrek naar Mehr Generationen Haus HELL-GA E.v.
18.00 uur	Presentatie van voorzitter HELL-GA e.V. mevr. Kopka en vrijwilligers van het Mehr Generationen Haus in Düsseldorf. Voorstellen van de idee achter het project en bespreking van de vraag hoe maatschappelijke participatie van senioren vormgegeven wordt.
19.00 uur	Vertrek naar hotel.
19.30 uur	Aankomst bij hotel.
20.00 uur	Diner.

Woensdag 11 januari 2012

08.30 uur	Vertrek naar Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
09.30 uur	Aankomst bij Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Ontvangst door Abteilungsleiter dhr. Hackler. Presentatie over onder andere zorgrecht, wonen en zorg.
11.45 uur	Vertrek naar Bundesverband der Senioren-Organisation e.V. (BAGSO).

12.00 uur	Gesprek met mevr. Prof. Dr. Lehr, voorzitter BAGSO en dhr Dr. Klumpp over de rol van de BAGSO als overkoepelende belangenorganisatie voor ouderen en de Duitse Seniorentag 2012 waarop de maatschappelijke rol van senioren in een vergrijzende maatschappij centraal staat.
13.15 uur	Vertrek naar Landesverband Freie Ambulante Pflege NRW e.V.
14.00 uur	Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V. Ontvangst door dhr. Christoph Treiß, bedrijfsleider. Bespreking over de rol van de koepelorganisatie van zelfstandige dienstverleners in de zorg.
15.30 uur	Vertrek naar Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
16.00 uur	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Presentatie door dhr. prof. Weidner over innovatie en effectiviteit in de zorg.
17.30 uur	Vertrek naar Düsseldorf.
18.30 uur	Aankomst hotel.
19.00 uur	Diner met leden Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration van de Landestag Nordrhein-Westfalen.

Donderdag 12 januari 2012

08.45 uur	Vertrek naar Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
09.00 uur	Voordracht over zorg- en ouderenbeleid van het Land Nordrhein-Westfalen door referatsleider Pflege, dhr. Burkert.
10.45 uur	Vertrek naar Ahlen, Elisabeth-Tombrock-Haus.
12.30 uur	Aankomst in Ahlen, lunch aangeboden door St. Franziskus Stiftung. Mevr. Dr. Daisy Hühnefeld, Bestuurslid en dhr. Marx Leiter des Referats Recht en directeur St. Vincenz GmbH. Gesprek over zorg in landelijk gebied, thuiszorg, ambulante en stationaire verpleging en financiering van zorg.
13.30 uur	Bezoek aan Elisabeth-Tombrock-Haus en St. Vincenz GmbH onderdeel van de St. Franziskus Stiftung. Bezoek aan zorginstelling, gesprek met medewerkers zorginstelling over ambulante zorg en stationaire verpleging, financiering en organisatie van zorg en wonen.
15.15 uur	Vertrek naar Rathaus Ahlen.

15.30 uur	Aankomst in Ahlen (Rathaus Ahlen). Ontvangst door locoburgemeester mevr. Pöppinghaus-Voss en dhr. Steinkamp, voorzitter van de Raadscommissie Sociale Zaken. Gesprek met mevr. Wolterink, Sozialbeauftragte der Gemeinde Ahlen en mevr. Michalowski, coördinator nachbarschaftshilfe over de gemeentelijke verantwoordelijkheid m.b.t. zorg, verpleging en gemeentelijk ouderenbeleid. Gesprek met mevr. Wernke van Demenz-Servicezentrum Münsterland en dhr. Kamps van Alzheimergesellschaft Kreis Warendorf.
18.00 uur	Vertrek uit Ahlen.
19.30 uur	Aankomst hotel.
20.00 uur	Diner.

Vrijdag 13 januari 2012

09.00 uur	Voordracht mevr. Prof. Dr. Bienstein, verbonden aan Universität Witten/Herdecke over multidisciplinaire aanpak dementie.
10.45 uur	Vertrek naar Düsseldorf Hauptbahnhof.
11.13 uur	Vertrek trein naar Utrecht en Amsterdam.
12.58 uur	Aankomst Utrecht.
13.25 uur	Aankomst Amsterdam.