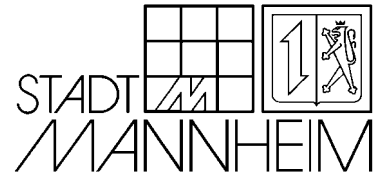


DER OBERBÜRGERMEISTER  
**Informations-Vorlage**



Dezernat: III      Az.:      Datum: 30. Mai 2001

Nr.: **324 / 2001**

Betreff:  
**Stadtpflegebericht Mannheim 2001**  
**Mannheimer Altenhilfeplanung**  
**Teil I Grundlagenbericht**

Betrifft Antrag/Anfrage Nr.      Antragsteller/in:

nur zum Versand an die Mitglieder des \_\_\_\_\_

Beratungsfolge	TOP	Sitzungstermin	Öff.	N.Ö.
1. Sozialausschuss		20.06.2001	X	
2.				
3.				

Einladung an Bezirksbeirat/ Sachverständige Mannheimer Seniorenrat e.V.

Widder

Fürst-Diery

## Kurzfassung des Sachverhaltes

Nach rund einjähriger Beratung legt der Stadtpflegeausschuss Mannheim den ersten Teil des Mannheimer Stadtpflegeberichtes (Teil I - Grundlagenbericht) vor.

Der Bericht beschreibt umfassend die Lebenssituation älterer Menschen in Mannheim, den Beratungs-, Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Infrastruktur für ältere Menschen.

Der "Stadtpflegebericht Mannheim 2001 – Teil I - Grundlagenbericht" ist das Ergebnis intensiver Arbeit des Stadtpflegeausschusses Mannheim.

Der Stadtpflegebericht ist ein Beitrag zur Sozialberichterstattung über die Lage älterer Menschen in Mannheim. Von seiner Struktur her ist der Bericht daher nicht auf den pflegerischen Bereich begrenzt, sondern als Vorstufe für einen Mannheimer Altenhilfeplan angelegt.

Der Stadtpflegeausschuss – als Gremium für die örtliche Pflegebedarfsplanung nach dem Landespflegegesetz – hat damit eine umfassende Bestandsaufnahme über die Lebenssituation älterer Menschen, den Beratungs-, Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim zusammengestellt und hat damit seinem Auftrag zur "Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung" im ersten Teil entsprochen. Bedarfsplanung und Maßnahmen folgen als Teil II des Stadtpflegeberichts.

Der Grundlagenbericht enthält im einzelnen:

- Leitlinien für die Mannheimer Altenhilfe und eine seniorenfreundliche Stadt;
- Konzeption der Altenhilfeberichterstattung und Stadtpflegeplanung in Mannheim – gesetzlicher, politischer und fachlicher Auftrag;
- Ausführungen zu den Lebenslagen und zum Hilfebedarf älterer Menschen in Mannheim;
- Informationen zur demographischen Struktur, Mobilität, Renteneinkommen, zum Pflegebedarf und den Pflegeleistungen in besonderen Situationen von Demenzkranken sowie zur Kundenperspektive und zum bürgerschaftlichen Engagement älterer Menschen;
- Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim – Angebote, Versorgung, Qualität; daneben die besondere Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung mit den Voraussetzungen für eine bessere Kooperation sowie zur Ausbildungs- und Personalsituation in der Altenpflege.

Der Bericht ist als Anlage 1 beigefügt.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Stadt Mannheim  
Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit  
Fachbereich Soziale Sicherung; Arbeitshilfen und Senioren

### **Bearbeitung**

Stadtpflegeausschuss Mannheim

### **Redaktion**

Walter Werner  
FB 50/Sozialplanung  
Geschäftsführer des Stadtpflegeausschusses  
walter.werner@mannheim.de

**Mannheim, Juni 2001**

### **Bezug**

Stadt Mannheim/FB 50  
Sozialplanung  
K 1, 7-13  
68159 Mannheim  
Tel. (06 21) 2 93-98 85  
Fax (06 21) 2 93-47 98 85  
waltraut.spitznagel@mannheim.de

### **Kosten**

Schutzgebühr 15 DM

### **Druck**

Nino Druck Neustadt

### **Copyright**

Fachbereich Soziale Sicherung;  
Arbeitshilfen und Senioren

## Teil I – Grundlagenbericht

<b>Vorwort</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Leitlinien für die Mannheimer Altenhilfe und eine seniorenfreundliche Stadt</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Konzeption der Altenhilfeberichterstattung und Stadtpflegeplanung in Mannheim – gesetzlicher, politischer und fachlicher Auftrag</b> .....	<b>9</b>
2.1 Ausgangslage .....	9
2.1.1 Politischer und fachlicher Handlungsbedarf – demografische Entwicklung und sozialer Wandel .....	9
2.1.2 Anforderungen und Erwartungen der älteren Menschen auf örtlicher Ebene – Ergebnisse von zwei Hearings .....	10
2.2 Rechtlicher Rahmen: Handlungsgrundlagen und Handlungschancen .....	10
2.2.1 Soziale Pflegeversicherung .....	12
2.2.2 Pflegeversicherung zwischen Markt, Planung und Steuerung.....	15
2.2.3 Weitere Rechtsgrundlagen der Altenhilfe .....	15
2.2.4 Rechtlicher Rahmen für die Pflege und psychosoziale Hilfen dementer alter Menschen .....	17
2.2.5 Rechtliche Regelungen zur Pflegestatistik und Altenhilfeberichterstattung .....	21
2.3 Ziele der Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung – Auftrag nach dem Landespflegegesetz.....	21
2.4 Auftrag und Aufgaben des Stadtpflegeausschusses.....	24
2.5 Aufbau und Management der Stadtpflegeplanung und Altenhilfebericht-erstellung .....	25
<b>3 Lebenslagen und Hilfebedarf älterer Menschen in Mannheim</b> .....	<b>28</b>
3.1 Lebensbedingungen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Mannheim .....	28
3.1.1 Entwicklung und Struktur der älteren Bevölkerung in Mannheim .....	28
3.1.2 Ältere Menschen in den Stadtteilen.....	31
3.1.3 Mobilität älterer Menschen in Mannheim.....	33
3.1.4 Renteneinkommen im Alter .....	35
3.2 Schätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs – Infratest-Hochrechnung.....	36
3.3 Hilfe- und Pflegebedarf in Mannheim.....	37
3.3.1 Pflegebegutachtungen .....	37
3.3.2 Pflegeversicherungsleistungen .....	39
3.3.3 Hilfe zur Pflege.....	44
3.3.4 Pflegeleistungen ambulanter Dienste.....	46
3.3.5 Stationäre Pflege.....	48
3.4 Zunahme psychischer Alterserkrankungen.....	48

3.5	Nachfragemuster – alte und pflegebedürftige Menschen als «Kunden» .....	50
3.6	Bürgerschaftliches Engagement im Alter und in der Pflege .....	52
<b>4</b>	<b>Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim – Angebote, Versorgung, Qualität .....</b>	<b>54</b>
4.1	Struktur des Hilfe- und Pflegeangebots in Mannheim .....	54
4.1.1	Beratung und soziale Betreuung .....	54
4.1.2	Ambulante Angebote .....	61
4.1.3	Betreutes Wohnen .....	62
4.1.4	Teilstationäre Angebote .....	63
4.1.5	Stationäre Angebote .....	65
4.2	Gerontopsychiatrische Versorgung in Mannheim .....	71
4.3	Kooperation und Vernetzung in der gerontopsychiatrischen Versorgung .....	75
4.4	Ausbildungs- und Personalsituation in der Altenpflege .....	79
<b>5</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>83</b>
5.1	Mitglieder des Stadtpflegeausschusses und seiner Arbeitsgruppen .....	83
5.1.1	Mitglieder des Stadtpflegeausschusses (Stand: 6/2001) .....	83
5.1.2	Arbeitsgruppen des Stadtpflegeausschusses für den Stadtpflegebericht .....	83
5.2	Mitgliedseinrichtungen des Gerontopsychiatrischen Forums .....	85
5.3	Gerontopsychiatrisches Verbundnetz für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in Mannheim» — ein Strukturmodell .....	86
5.4	Rechtsgrundlagen für die Altenhilfe- und Stadtpflegeplanung - Auszüge .....	87
5.4.1	Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) .....	87
5.4.2	Regelungen des Landespflegegesetzes Baden- Württemberg .....	87
5.4.3	Pflegestatistik-Verordnung .....	88
5.5	Standards in den Mannheimer Pflegeheimen – Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz Baden-Württemberg und außerhalb des Landespflegegesetzes .....	92
	<b>Literatur .....</b>	<b>97</b>
	<b>Verzeichnis der Tabellen .....</b>	<b>100</b>
	<b>Verzeichnis der Grafiken .....</b>	<b>101</b>

## **Vorschau auf Teil II – Bedarf und Perspektiven**

- 1 Angebots- und Versorgungslücken – Angebot und Nachfrage im Vergleich**
  - 1.1 Situation in Mannheim – Reichweite und Grenzen des gegenwärtigen Hilfe- und Pflegeangebots
  - 1.2 Mannheim im interkommunalen Vergleich
  - 1.3 Mannheim im Vergleich zur Bundes- und Landesebene
  
- 2 Bausteine für die Weiterentwicklung der Altenhilfe und Pflege in Mannheim**
  - 2.1 Bedarf in der Altenhilfe
    - 2.1.1 Bedarf in der offenen Altenhilfe
    - 2.1.2 Bedarf in der ambulanten Altenhilfe
    - 2.1.3 Bedarf in der teilstationären Altenhilfe
    - 2.1.4 Bedarf in der stationären Altenhilfe
    - 2.1.5 Bedarf an Koordination, Kooperation und Vernetzung
  - 2.2 Fachprogramm Pflege
  - 2.3 Programm Altenhilfe
  - 2.4 Handlungsprogramm Seniorenfreundliches Mannheim
  
- 3 Ausblick: Zukunft im Alter – die Alten der Zukunft**

---

## Vorwort

Seniorenpolitik ist ein Querschnittsthema der Stadtpolitik und Stadtentwicklung. Die Bedürfnisse, Interessen und Potenziale älterer Menschen und ihre Lebenswelt müssen in der Planung und Kommunalpolitik viel stärker zum Maßstab werden. So beginnt der Grundlagenteil des Stadtpflegeberichtes mit den Leitlinien für die Mannheimer Altenhilfe und ein seniorenfreundliches Mannheim.

Der vorliegende Bericht beschränkt sich nicht nur auf die pflegerische Versorgung und die Pflegeinfrastruktur für ältere Menschen – die das Kernstück des Berichtes ausmachen –, sondern ist umfassender angelegt: als Vorstufe für einen Mannheimer Altenhilfeplan.

Es ist die erste, aktuelle und umfassende Bestandsaufnahme über die Lebenssituation älterer Menschen in Mannheim, den Beratungs-, Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Infrastruktur für ältere Menschen. Besonders herausgearbeitet ist die Situation älterer Menschen mit psychischen Alterserkrankungen, die an Dramatik zunimmt und die Pflegeeinrichtungen in Mannheim vor große Herausforderung stellt.

Der Bericht ist das Ergebnis einer rund einjährigen intensiven gemeinsamen Arbeit des Mannheimer Stadtpflegeausschusses und trägt die Handschrift der Sozialplanung. Alle am Zustandekommen dieses Berichtes Beteiligten, insbesondere den Mitgliedern des Stadtpflegeausschusses, gilt mein besonderer Dank.

Dieser erste Teilbericht hat sicherlich noch Lücken, macht aber in vieler Hinsicht bereits deutlich, wo die Versorgungs- und Planungsaufträge der Zukunft liegen, wenn die gesetzlich geforderte bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung älterer Menschen mit qualifizierten Diensten und Einrichtungen in Mannheim sichergestellt werden soll.

Der besondere Verdienst dieses Berichts liegt darin, dass der rechtliche, politische und fachliche Handlungsrahmen seit Einführung der Pflegeversicherung aktuell dargestellt wird, dass die Daten in einen systematischen Zusammenhang gebracht und bislang unbekanntes Datenquellen erschlossen werden, dass die Berichterstattung und Planung als kooperativer Dialogprozess organisiert und die Kundenperspektive in den Vordergrund gerückt wurde.

Für den Gemeinderat liegt damit eine Basis für die politische Weichenstellung in der Altenhilfe und Pflege vor. Der Stadtpflegeausschuss wird in seinen nächsten Sitzungen die Bausteine für ein Mannheimer Altenhilfe- und Pflegebedarfsprogramm entwickeln und damit den zweiten umsetzungsorientierten Teil des Stadtpflegeberichtes gemeinsam in Angriff nehmen.

Ich wünsche mir eine anregende Diskussion zu diesem Bericht und auch praktische Umsetzungsvorschläge, mit der wir die Arbeit und Qualität der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen im allseitigen Interesse, insbesondere der älteren Menschen in unserer Stadt und des Personals, das immer anspruchsvollere Aufgaben zu bewältigen hat, voranbringen können.

Bürgermeisterin Mechthild Fürst-Diery

Vorsitzende des Stadtpflegeausschusses Mannheim



## 1 Leitlinien für die Mannheimer Altenhilfe und eine seniorenfreundliche Stadt

Es gibt einige markante demografische und sozialpolitische Entwicklungen, welche die Situation älterer Menschen in Mannheim kennzeichnen und die Stadtpolitik und die Altenpolitik insgesamt verändern werden. In Mannheim sind rund 65.000 Menschen 60 Jahre und älter, bei den über 65-Jährigen sind es rund 50.000. Die Zahl Hochaltriger steigt. Mit zunehmendem Alter nehmen auch körperliche und psychische Erkrankungen zu. Damit steigt auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Die Mannheimer Bevölkerung wird jede Dekade im Durchschnitt ein Jahr älter. Insgesamt verlängert sich damit die Altersphase ohne Berufstätigkeit.

In der Selbsteinschätzung älterer Menschen findet man eine Verjüngung des Alters. Die «aktiven Alten» von heute suchen für ihre Zukunft nach altersgerechten Wohnformen in der Stadt mit Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten und vor allem mit umfassenden Serviceangeboten. Heute besitzen 60 % der Rentner/-innen ein Eigenheim oder eine Eigentumswohnung bei einer durchschnittlichen Wohneigentumsquote von 40 %. Daneben gibt es aber auch das Phänomen der Vereinsamung und Isolation mit zunehmendem Lebensalter, weil der Anteil Alleinstehender wächst. Im höheren Lebensalter haben wir einen überproportionalen Anteil von Frauen, die immer noch zu einem relativ hohen Anteil von Altersarmut betroffen sind.

Daraus wird ersichtlich, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe sind, sondern sich in ihrer Biografie, in ihren materiellen, sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Lebensumständen erheblich voneinander unterscheiden.

Ein Leitbild für ein seniorenfreundliches Mannheim, die Seniorenpolitik und die Altenhilfeplanung sowie die Stadtentwicklungsplanung insgesamt müssen dem Rechnung tragen:

### Leitlinien der Mannheimer Altenhilfe

- Selbständigkeit und Selbsthilfe stärken
- Präventiv wirken
- Altersgerechte Wohnmöglichkeiten schaffen
- Gezielte und verlässliche offene, ambulante und teilstationäre Hilfen anbieten (ambulante Kranken- und Altenpflege, Tagespflege, Fahrdienste, Beratungsstellen, Tagesstätten, kulturelle Angebote)
- Im Notfall Vollversorgung sichern (Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen, ein «Wohnen in der Pflege»)
- Partnerschaftlich umsetzen (keine Politik an Betroffenen vorbei, alte Menschen als Expertinnen/Experten)

*Quelle: Der Oberbürgermeister, Informations-Vorlage 443/92 «Konzeptionelle Überlegungen zum Ausbau der Altenhilfe», 21.05.1992*

- Seniorenpolitik ist ein Querschnittsthema der Stadtpolitik und Stadtentwicklung: letztlich müssen sich alle Kommunal- und Planungsbereiche für Altersthemen öffnen; insbesondere in der städtebaulich-physischen Planung fehlt ein der Kinderfreundlichkeitsprüfung vergleichbares Instrument.
- Planung, Koordination und Steuerung der Seniorenpolitik und Altenhilfe müssen konsequent ältere Menschen und ihre Organisationen beteiligen und ihre Eigeninitiative und ihr Engagement für ein aktives Alter stärken.
- Seniorenpolitik und Altenhilfe in der Kommune haben die Aufgabe, soziale Netzwerke älterer Menschen zu erhalten

und zu stärken und sie in ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Wohnen im Alter zu unterstützen; die Wohnberatung des Seniorenbüros und des Seniorenrates, unterstützt durch ehrenamtliche Berater aus dem Architektur- und Stadtplanungsbereich, kümmert sich schon heute um eine altersgerechte Gestaltung der Wohnung und zum Teil des Wohnumfeldes.

- Altenhilfe muss individuell helfen – mit flexibel abrufbaren Serviceleistungen, die je nach Bedarf zu kaufen und auch zu kündigen sind; das entspricht auch immer mehr der realen Nachfrage durch ältere Menschen und ihre Angehörigen.
- Seniorenpolitik und Altenhilfe sollen die Risiken insbesondere im hohen Alter minimieren, d. h. insbesondere eine menschenwürdige Pflege ermöglichen (der Stadtpflegeausschuss hat hier die beispielhafte «Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege» verabschiedet).
- Für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen bzw. für demente Menschen sind besondere Hilfe- und Versorgungsmaßnahmen erforderlich (das Gerontopsychiatrische Forum hat eine Reihe fachlicher Empfehlungen vorgelegt); die notwendige Neuorientierung der stationären Altenpflege in Mannheim unter den Maßgaben des Pflegeversicherungsgesetzes ist beim «Symposium Pflege» Mitte 1999 deutlich geworden.
- Seniorenpolitik und Altenhilfe in Mannheim müssen sich frühzeitig auf die ethnisch-kulturellen Bedürfnisse und Interessen älterer Migrant/-innen einstellen und die Einrichtungen und Dienste auf ihren besonderen Unterstützungsbedarf einstellen.<sup>1</sup>

Ganz entscheidend kommt es bei der Entwicklung von Altenhilfestrukturen der Zukunft in Mannheim darauf an, die Bedürfnisse, Interessen und Potenziale älterer Menschen und ihre Lebenswelt in der Planung und Kommunalpolitik zum Maßstab zu machen. Die «Kundenperspektive» gehört in der städtebaulich-architektonischen Planung und in der Sozialplanung in den Mittelpunkt.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Pflegebedarf für ausländische alte Menschen ist ein Thema der Zukunft in Mannheim. Die Beratungsstellen, ambulanten und stationären Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe und die Leistungen der Pflegeversicherung werden von der ausländischen Bevölkerung in Mannheim bislang nur in geringem Maße in Anspruch genommen. Die älteren Ausländerinnen und Ausländer gehen zum überwiegenden Teil noch davon aus, dass sich ihre nahen Verwandten, vor allem die Kinder, um sie kümmern werden, wenn sie alt, krank und pflegebedürftig werden. In Mannheim mit seinem ohnedies bereits hohen Ausländeranteil wird in Zukunft die Zahl der ausländischen Senior/-innen steigen, die einer medizinischen und sozial-pflegerischen Betreuung und Versorgung bedürfen, insbesondere wenn sie hochaltrig werden. Dann werden auch in Mannheim gezielte Maßnahmen sinnvoll, die ihren steigenden Pflegebedarf abfangen, die vorhandenen Dienste und Einrichtungen bekannt machen, die jeweilige ethnische Infrastruktur nutzen, pflegende Angehörige schulen und für muttersprachlich ausgebildetes Pflegepersonal sorgen.  
Ein Beispiel, wie sich die Altenhilfe der Hansestadt Hamburg auf diese «neue» Zielgruppe einstellt, gibt der Bericht «Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger», 1998 hrsg. von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

<sup>2</sup> Insbesondere Stadtsoziolog/-innen und Sozialplaner/-innen verweisen bundesweit auf diesen notwendigen Perspektivenwechsel. Vgl. stellvertretend: Ipsen 1999.

## **2 Konzeption der Altenhilfeberichterstattung und Stadtpflegeplanung in Mannheim – gesetzlicher, politischer und fachlicher Auftrag**

### **2.1 Ausgangslage**

Für die Bestandsaufnahme, Planung, Koordination und Steuerung der Dienstleistungsangebote für ältere Menschen braucht eine Kommune eine systematische und regelmäßige Altenhilfeberichterstattung. Die Sozialberichterstattung für diese Bevölkerungsgruppe ist die Basis für eine zielgerichtete, effektive und effiziente kommunale Altenpolitik.<sup>3</sup>

Dementsprechend haben Gemeinderat und Sozialausschuss die Verwaltung beauftragt, gemeinsam mit dem Stadtpflegeausschuss ein solches Berichtssystem mit praktischen Umsetzungsvorschlägen aufzubauen.

Die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche der älteren Menschen in Mannheim sollen dabei Maßstab für die Berichterstattung und Planung sein. Die rechtlichen Vorgaben dazu – insbesondere der sozialen Pflegeversicherung, des Bundessozialhilfegesetzes, des Landespflegegesetzes und der aktuellen sozialrechtlichen Neuregelungen – sollen dabei auch in Mannheim konsequent umgesetzt werden. Der Stadtpflegebericht ist ein zentraler Baustein für eine umfassende Altenhilfeplanung, der den Fokus nicht nur auf die Verbesserung der pflegerischen Betreuung und Versorgung richtet, sondern sich an dem fachlichen Anspruch einer integrierten Berichterstattung und Planung für und mit älteren Menschen orientiert. Die fachliche Konzeption und Planung für einzelne Sektoren der Altenhilfe, die in der Vergangenheit in Mannheim Praxis war, soll so in eine ganzheitliche, biografie- und lebenslagenorientierte Berichterstattung und Planung einmünden, die die «Kundenperspektive» vor die Trägerperspektive rückt und das Dienstleistungsangebot in den Versorgungsräumen und Stadtteilen koordiniert und die Anbieter zu einer besseren Kooperation im Interesse älter Menschen motiviert.

#### **2.1.1 Politischer und fachlicher Handlungsbedarf – demografische Entwicklung und sozialer Wandel**

Der demografische, soziale und familienstrukturelle Wandel ist eine der größten sozialpolitischen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Sind in Deutschland heute schon rund 20 % der Bürgerinnen und Bürger über 60 Jahre alt, werden es in 30 Jahren mehr als 1/3 sein. Die Lebenserwartung in Deutschland steigt weiter an. Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer bei 74,4 Jahren und für Frauen bei 80,3 Jahren (bei Geburt). Für ältere Menschen ist die Lebenserwartung auch gestiegen: 60-jährige Männer und Frauen haben noch eine Lebenserwartung von 19,0 bzw. 23,3 Jahren.<sup>4</sup>

Die demografische Entwicklung der über 65-jährigen Bevölkerung in Baden-Württemberg stellt sich bis zum Jahr 2010 wie folgt dar:

---

<sup>3</sup> Vgl. Jansen/Karl 1999, Asam 1999.

<sup>4</sup> Quelle: Sozialpolitische Umschau vom 22.01.2001, hrsg. vom Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung.

- Im Zeitraum 2000 bis 2005 ist vor allem eine Zunahme bei den 65 bis 69-Jährigen (30 %) und den 80 bis 85-Jährigen (43 %) zu erwarten, während bei den 70 bis 79-Jährigen nur eine geringe Zunahme und bei den über 85-Jährigen sogar ein Rückgang zu verzeichnen ist.
- In den folgenden fünf Jahren nimmt dann insbesondere die Zahl der 70 bis 75-Jährigen und die Altersgruppe der über 85-Jährigen mit 30 % bzw. 23 % stark zu. Während in den Landkreisen die absoluten Zahlen und die relativen Bevölkerungsanteile der über 85-Jährigen durchweg mehr oder weniger stark ansteigen, ist dies in den Stadtkreisen deutlich geringer ausgeprägt.<sup>5</sup>

Für den Stadtkreis Mannheim wird es nach dieser Landesprognose für den Zeitraum 2000 bis 2010 eine Zunahme der über 65-Jährigen um 9,6 % und der über 85-Jährigen um 5,4 % geben. Alle zehn Jahre nimmt die «Altenbevölkerung» in Mannheim um 3 % zu. Jedes Jahrzehnt wird auch die Mannheimer Bevölkerung durchschnittlich um ein Jahr älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung in Mannheim liegt im Vergleich zum Bundes- und Landesdurchschnitt niedriger (vgl. ausführlich Kap. 3.1.1).

### **2.1.2 Anforderungen und Erwartungen der älteren Menschen auf örtlicher Ebene – Ergebnisse von zwei Hearings**

Neben der professionellen Sicht der Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung, die im Stadtpflegeausschuss ihren konzentrierten Ausdruck findet, soll in den Stadtpflegebericht künftig auch die Sichtweise älterer Menschen und ihrer Vertretungsorganisationen Eingang finden.

In zwei Hearings zur Lebens- und Pflegesituation älterer Menschen im Rahmen der jährlichen Informationstage für ältere Bürgerinnen und Bürger im Oktober 2000 (Veranstalter: Abendakademie und Stadt Mannheim) wurden Mannheimer Senior/-innen und Seniorenorganisationen zu ihren Vorstellungen und Vorschlägen zu drei Themenkomplexen angehört:

- Seniorenfreundliches Mannheim: Verkehr, Mobilität, Städtebau und öffentlicher Raum, Wohnen, Sicherheit, Soziales und Kultur;
- Altenhilfe- und Pflegelandschaft: Angebotstruktur und –bewertung, Angebotslücken/Versorgungsdefizite, Begegnungsmöglichkeiten;
- Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten: Raum für eigenes Engagement, Lobbyarbeit, politische Vertretung.

Über die Ergebnisse der Hearings wird in Abschnitt 3.4 berichtet.

## **2.2 Rechtlicher Rahmen: Handlungsgrundlagen und Handlungschancen**

Eine umfassende Darstellung der Rechtsgrundlagen für die Altenhilfe und Pflege ist hier nicht möglich. Kennzeichnend für das «System» der Altenhilfe und Pflege an der Schnittstelle zum Gesundheitsbereich ist, dass es sich um eine Ansammlung unter-

---

<sup>5</sup> Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg Teil III: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, Seite 31; Basis: 9. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung des Landes Baden-Württemberg

schiedlicher Gesetze handelt, die Rechte und Pflichten auf unterschiedliche Leistungserbringer und Kostenträger verteilen<sup>6</sup>. Dabei ist selbst für Fachleute die Koordination und Vernetzung der Hilfen im Einzelfall schwierig. Für alte Menschen und ihre Familien ist die Zergliederung des Hilfesystems zumeist kaum durchschaubar. Die Bundesregierung hat hier ein **Altenhilfe-Struktur-Gesetz** angekündigt, um diese Probleme in der Zukunft zu lösen: den Bedürfnissen älterer Menschen nach gesundheitlicher, sozialer und kultureller Versorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung größtmöglicher Selbstbestimmung und Selbständigkeit gerecht zu werden. Das 1999 ausgeschriebene **Modellprogramm «Altenhilfestrukturen der Zukunft»** des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend<sup>7</sup> mit dem Ziel, die bestehenden Strukturen in der Altenhilfe so weiter zu entwickeln, dass Hilfesysteme ökonomischer und effizienter arbeiten und dass den besonderen Bedürfnissen der wachsenden Anzahl Demenzkranker und ihrer Angehörigen ausreichend Rechnung getragen wird, kann als Vorstufe dazu angesehen werden.

Am 17. Januar 2001 hat die Bundesregierung im Kabinett den **Dritten Altenbericht**<sup>8</sup> behandelt und dazu eine Stellungnahme verabschiedet. Der Bundestag hat den Bericht am 15.02.2001 zur Beratung an den zuständigen Ausschuss verwiesen.

Der Bericht setzt sich umfassend mit der Lebenssituation älterer Menschen zehn Jahre nach Vollendung der deutschen Einheit auseinander und entwickelt Zukunftsperspektiven für die Altenpolitik des 21. Jahrhunderts. Daneben geht er ausgiebig auf die gesundheitliche und medizinische Versorgung älterer Menschen ein. Das Leitbild des Berichts setzt auf aktives Altern:

*«Altsein heißt nicht zwangsläufig gebrechlich und hilfsbedürftig zu sein. Das öffentliche Bild vom Alter muss realistischer werden. 80 % der Menschen im Alter von 70 Jahren oder älter sind zu einer weitgehend selbständigen Lebensführung in der Lage. Der größte Teil der älteren Bevölkerung lebt die ersten 15 bis 20 Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben unabhängig von Hilfe und Pflege. Dies ermöglicht es älteren Menschen, sich auf vielfältige Weise zu engagieren, sei es in ihrem familiären Umfeld oder in Kommunen, Vereinen und in der Nachbarschaft. Dieses Engagement wird heute noch vielfach unterschätzt. Doch die Gesellschaft profitiert enorm von dem Erfahrungswissen älterer Menschen.»*

Hier werden nur die Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes, Landespflegegesetzes, des Bundessozialhilfegesetzes und die aktuellen sozialrechtlichen Neure-

---

<sup>6</sup> Vgl. Friedrichs 2001

<sup>7</sup> Das **Modellprogramm «Altenhilfestrukturen der Zukunft»**, an dem auch zwei Mannheimer Pflegeeinrichtungen beteiligt sind, wurde 1999 ausgeschrieben. Es umfasst vier inhaltliche Förderschwerpunkte, die an wesentlichen Defiziten des derzeitigen Hilfesystems ansetzen:

- Struktur-/Systementwicklung, Planung und Koordinierung,
- Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation,
- Lebenswelten, örtliche Ebenen und Quartiersbezug,
- Besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demente.

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ausgewählten Projekte für die einzelnen Förderschwerpunkte sind detailliert dargestellt in BMFSFJ (Hg.), 2000: Auftaktveranstaltung «Altenhilfestrukturen der Zukunft».

<sup>8</sup> Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Senioren (Hg.) 2001: Alter und Gesellschaft. Dritter Altenbericht, Drs. 14/5130, Berlin. Der **Erste Altenbericht** aus dem Jahr 1993 beinhaltete eine umfassende Analyse der Lebenssituation älterer Menschen, der **Zweite Altenbericht** hatte das Schwerpunktthema «Wohnen im Alter», der **Vierte Altenbericht** wird das Thema «Hochaltrigkeit und Demenz» haben.

gelingen wie das Pflegequalitätssicherungsgesetz und die Änderung des Heimgesetzes dargestellt. Eine systematische Analyse der rechtlichen Regelungen, Ausführungsbestimmungen und Wechselwirkungen der verschiedenen gesetzlichen Leistungskataloge ist jedoch für die kommunale Planung und eine konsequente Umsetzung in der Praxis unverzichtbar (vgl. dazu auch Anhang).

### **2.2.1 Soziale Pflegeversicherung**

Am 29.04.1994 wurde das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)<sup>9</sup> verabschiedet. Die Pflegeversicherung ist stufenweise in Kraft getreten:<sup>10</sup>

- am 1. Januar 1995 begann die Beitragszahlung,
- am 1. April 1995 begannen die Leistungen zur häuslichen Pflege,
- am 1. Juli 1996 begannen die Leistungen zur stationären Pflege.

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind die Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Was Krankheiten, Behinderungen und gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind, hat der Gesetzgeber in § 14 des SGB XI definiert. Danach kann Hilfebedarf in vier Bereichen bestehen:

- bei der Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Kämmen);
- bei der Ernährung (beispielsweise mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme);
- bei der Mobilität (beispielsweise Aufstehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen);
- bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (beispielsweise Einkaufen, Kochen, Putzen, Waschen, Heizen).

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterscheiden sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem dadurch bedingten Umfang des Hilfebedarfs. In § 15 SGB XI sind drei Stufen der Pflegebedürftigkeit, insbesondere nach Zeitaufwand, definiert.

---

<sup>9</sup> Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung, Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) vom 26. Mai 1994, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656).

<sup>10</sup> «Die Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung ist sehr groß. Die Veränderungen durch die Pflegeversicherung werden durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ganz überwiegend positiv bewertet. Die Pflegeversicherung ist vor diesem Hintergrund unbestreitbar ein Erfolg in der Geschichte unserer sozialen Absicherung und aus dem Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr wegzudenken, auch wenn es Schwächen bei der Ausgestaltung und Probleme – z. B. bei der Einbeziehung von Demenzkranken – gibt.»  
Zu dieser Einschätzung kommt die Bundesregierung in ihrem «Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung», vgl. BMG 2001, S. 24.

**Tabelle 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit, Pflegeaufwand und Leistungen**

Pflegestufen	Pflegerischer Aufwand	Zeitlicher Aufwand	Sachleistungen	Pflegegeld
<b>Pflegestufe I</b> <b>(erhebliche Pflegebedürftigkeit)</b>	Hilfeleistung 1 x täglich bei wenigstens 2 Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Zeitaufwand im wöchentlichen Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten, davon auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten	750 DM	400 DM
<b>Pflegestufe II</b> <b>(Schwerpflegebedürftigkeit)</b>	Hilfeleistung 3 x täglich zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Zeitaufwand im wöchentlichen Tagesdurchschnitt mindestens 3 Stunden, davon mindestens 2 Stunden auf die Grundpflege entfallend	1.800 DM	800 DM
<b>Pflegestufe III</b> <b>(Schwerstpflegebedürftigkeit)</b>	Hilfeleistung rund um die Uhr, auch nachts und zusätzlich mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung	Zeitaufwand im wöchentlichen Tagesdurchschnitt mindestens 5 Stunden. Hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen	2.800 DM	1.300 DM
<b>bei Härtefällen</b>				3.750 DM

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag bei der Pflegekasse gewährt, nachdem der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Pflegebedürftigkeit überprüft hat. Die Leistungen der Pflegeversicherung teilen sich in **Sachleistungen** (in der Regel häusliche Pflege durch Pflegedienste) und **Geldleistungen** (Pflegegeld direkt an die/den Pflegebedürftige/n bzw. die Pflegeperson). Der Pflegebedürftige kann Sach- und Geldleistungen auch kombinieren. Die Pflegekasse berechnet dann anteilig die Ansprüche in beiden Bereichen.

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen **Ersatzpflegeperson** für längstens 4 Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Höchstbetrag von 2.800 DM (§ 39 SGB XI).

Über die Bezahlung einer Ersatzpflegekraft hinaus ist Pflege zusätzlich auch bei einem Ausfall der häuslichen Pflege durch die Inanspruchnahme von **Kurzzeitpflege** (§ 42 SGB XI) sichergestellt. Dies gilt insbesondere für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen (z. B. im Krankenhaus) oder auch in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreihend ist. Die Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt, die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen der Kurzzeitpflege bis zu einem Gesamtbetrag von 2.800 DM im Kalenderjahr.

Die Pflegekasse übernimmt ferner die Kosten für **Pflegehilfsmittel** (z. B. Rollstuhl, Pflegebett, Badewannenlift) und zahlt Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 5.000 DM je Maßnahme.

Reicht häusliche Pflege, z. B. durch die Angehörigen, eventuell auch in Verbindung mit einem ambulanten Pflegedienst, allein nicht aus, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege möglich.

**Tagespflegeeinrichtungen** sind für pflegebedürftige Menschen vorgesehen, die nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben und tagsüber Unterstützung bedürfen oder auch für die Pflegebedürftigen, die dieser Hilfe außer Haus bedürfen, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Die Tagespflege wird meistens von morgens 8.00 Uhr bis nachmittags 16.00 Uhr an den fünf Werktagen der Woche angeboten und ist in der Regel auch mit einem Hol- und Bringdienst ausgestattet.

Die Leistungen der Pflegeversicherung betragen in der Pflegestufe I 1.750 DM, Pflegestufe II 1.800 DM und in der Pflegestufe III DM 2.800 DM.

Soweit pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen wegen der Übernahme der Pflege eine Berufstätigkeit aufgeben oder einschränken müssen oder sie gar nicht erst aufnehmen können, übernimmt die Pflegeversicherung die Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit. Außerdem wird die Pflegetätigkeit dieser Personen in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen (§§ 44 ff. SGB XI).

**Stationäre Pflege** in einem Pflegeheim kommt dann in Betracht, wenn häusliche Pflege durch pflegende Angehörige, ambulante Pflegedienste und ggf. auch Tages- und Nachtpflege nicht ausreichen (§ 3a BSHG regelt den Vorrang ambulanter Hilfen). Der von den Pflegeheimen dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellte Betrag teilt sich in drei Teilbeträge und zwar in den Pflegesatz, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotelkosten) und die Investitionskosten.

Für die Kosten in Pflegeheimen zahlt die Pflegekasse je nach Pflegebedürftigkeit in

- Pflegestufe I 2.000 DM
- Pflegestufe II 2.500 DM
- Pflegestufe III 2.800 DM
- in Härtefällen 3.300 DM

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige selbst in der Regel aus seiner Rente.

Die Umsetzung der Pflegeversicherung hat der Gesetzgeber in § 8 SGB XI als **«gemeinsame Verantwortung»** definiert:

*«Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.»*

Die **Aufgabenteilung** zwischen den Beteiligten sieht dabei wie folgt aus:

- Freie und privatgewerbliche Träger halten Pflegeeinrichtungen vor und bieten Pflegeleistungen und komplementäre Dienste an,
- die Pflegekassen sind zuständig für die Sicherstellung der Pflege und schließen hier Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen ab (die Kommunen



sind als örtliche Sozialhilfeträger am Abschluss von Versorgungsverträgen zu beteiligen),

- die Stadt ist zuständig für die «Kreispflegeplanung», d. h. für die Bedarfsplanung,
- das Land ist verantwortlich für die Rahmenplanung und die Investitionsförderung.

Die Bedarfsplanung ist im Landespflegegesetz Baden-Württemberg (§ 4) geregelt:

*«Die Stadt- und Landkreise erstellen entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne. Der Kreispflegeplan enthält die Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung ...».*

Der Stadtpflegeplan/Stadtpflegebericht ist unter Mitwirkung der an der örtlichen pflegerischen Versorgung Beteiligten zu erstellen.

## 2.2.2 Pflegeversicherung zwischen Markt, Planung und Steuerung

In den wichtigsten sozialstaatlichen Leistungsfeldern, die über das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) und das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) geregelt und finanziert werden, hat sich mittlerweile – vom Gesetzgeber politisch auch gewollt – Wettbewerb durchgesetzt. Die Einführung dieses Wettbewerbs- bzw. Marktsystems bezieht sich jedoch lediglich auf die Anbieterseite. Die meisten Nachfrager nach Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsdienstleistungen haben nicht die «Marktmacht» selbständiger Entscheidungen. Dennoch spielen sich die leistungsrechtlichen Beziehungen zwischen Angebot und Nachfrage künftig im Dreieck Klient - Leistungsanbieter - Kostenträger ab. Der Vorrangstatus der freien Wohlfahrtspflege gegenüber gewerblichen Anbietern im Altenhilfe- und Gesundheitsbereich ist weitgehend beseitigt worden.

Der Trend läuft in der Altenhilfe und im Gesundheitssektor immer stärker in Richtung eines Marktsystems. Die demografische Entwicklung mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der medizinische Fortschritt führen zu ständig steigenden Gesundheitsausgaben, die aus sozialstaatlicher und ökonomischer Perspektive eine solidarfinanzierte Grundsicherung nahe legen, wenn man auf eine sozialverantwortliche und sachgerechte Steuerung nicht verzichten will. Ein leistungsfähiges, effizientes und finanzierbares soziales Versorgungssystem liegt letztlich im Interesse aller Träger.

## 2.2.3 Weitere Rechtsgrundlagen der Altenhilfe

Über die Pflegeversicherungsleistungen<sup>11</sup> hinaus hat die Kommune als Sozialhilfeträger die Verpflichtung zur Altenhilfe nach dem **Bundessozialhilfegesetz**, die der gesellschaftlichen Integration älterer Menschen dient und die gesamte Bandbreite der sogenannten offenen Altenarbeit umfasst.

Zentrale Grundlage für soziale Angebote für ältere Menschen ist § 75 Abs. 1 BSHG:

---

<sup>11</sup> Zu den pflegeversicherungsrechtlichen Neuregelungen vgl. insbesondere: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 2001: Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

*«Alten Menschen soll ... Altenhilfe gewährt werden. Die soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen.»<sup>12</sup>*

Mit dem neuen **Heimgesetz**<sup>13</sup> will die Bundesregierung insbesondere die Rechte und den Schutz von Heimbewohner/-innen verbessern. Heimverträge sollen künftig transparenter gestaltet, die Mitwirkung der Bewohner/-innen erweitert und die Heimaufsicht verbessert werden. Ziel ist die Stärkung des «Verbraucherschutzes» für alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen in Heimen. Die Leistungen des Heimes sollen künftig im Vertrag nachvollziehbar beschrieben und die verlangten Entgelte im einzelnen aufgeschlüsselt werden. Der Heimbeirat soll in die Vergütungsverhandlungen der Pflegesatzparteien einbezogen werden. Die Prüftätigkeit der Heimaufsicht und des MDK wird erweitert.

Die Stärkung der Verbraucherrechte und der Qualitätssicherung der Pflege ist auch Ziel des **Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG)**<sup>14</sup>. Ziele dieses Gesetzentwurfes (als Änderungsgesetz zum PflegeVG) sind – in Verbindung mit dem Heimgesetz – die verbindliche Einführung eines Qualitätsmanagements für jedes Pflegeheim und jeden Pflegedienst durch Stärkung der Eigenverantwortung der Träger/Pflegeselbstverwaltung und die Förderung der Zusammenarbeit der staatlichen Heimaufsicht mit dem MDK und dem Sozialhilfeträger.

In Vorbereitung ist auch ein **«Ambulante-Dienste-Gesetz»**, das entsprechend zum Heimgesetz, wo die Rechtsstellung und der Schutz der Heimbewohner/-innen geregelt wird, eine ähnliche gesetzliche Grundlage für hilfe- und pflegebedürftige Menschen schaffen soll, die von ambulanten Diensten betreut werden.

Die bundeseinheitliche Neuordnung der Altenpflegeausbildung wurde am 06.07.2000 vom Bundestag mit der Verabschiedung des **Altenpflegegesetzes**<sup>15</sup> beschlossen, dem der Bundesrat am 20.09.2000 zugestimmt hat. Das Gesetz löst die unterschiedlichen Länderregelungen ab und ist auf eine ganzheitliche Pflege ausgerichtet. Darin sind – analog zum Krankenpflegegesetz – die Ausbildung zur/m Altenpfleger/in und zur/m Altenpflegehelfer/in und die Zulassung zu den Berufen in der Altenpflege geregelt. Das Ziel ist die Sicherung einer ausreichenden Anzahl von Fachkräften in der Altenpflege. Das Gesetz sollte zum 01.08.2001 in Kraft treten.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> Als Maßnahmen der Altenhilfe nach § 75 Abs. 2 BSHG kommen vor allem in Betracht: Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung; Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient; Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste; Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen; Hilfe, die alten Menschen die Verbindung zu nahestehenden Personen ermöglicht; Hilfe zu einer Betätigung. Altenhilfe soll ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist (§ 75 Abs. 4 BSHG).

<sup>13</sup> Die erste Lesung der Heimgesetz-Novelle (BT-Drs. 14/5399) fand am 04.04.2001 statt.

<sup>14</sup> Der Entwurf für das «Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung der Verbraucherrechte» (BT-Drs. 14/5395) war zur ersten Lesung am 15.03.2001 im Bundestag.

<sup>15</sup> «Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)», BT-Drs. 14/1578

<sup>16</sup> Ganz aktuell: Das Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes steht in Frage, nachdem das Bundesverfassungsgericht am 22.05.2001 auf einen Normenkontrollantrag des Landes Bayern hin eine einstweilige Verfügung gegen dieses Bundesgesetz für sechs Monate erlassen hat. Hintergrund ist, dass dem Bund die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Altenpflegeausbildung streitig gemacht wird. Das Bundesverfassungsgericht wird diese Frage erst im Hauptsacheverfahren klären, für das noch kein Termin feststeht.

## 2.2.4 Rechtlicher Rahmen für die Pflege und psychosoziale Hilfen dementer alter Menschen

Der rechtliche Rahmen für die Versorgung und Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen wird durch die zwei Säulen Krankenversicherung (SGB V) und Pflegeversicherung (SGB XI) vorgegeben. Der Bedarf an Hilfe richtet sich danach, wie groß die Einschränkungen sind. Alle Angebote müssen in ihrem Ansatz und in der Durchführung der mehrdimensionalen Erkrankung der Menschen Rechnung tragen, d. h. seinen körperlichen, psychischen, sozialen, kommunikativen und religiösen Bedürfnissen Rechnung tragen.

Während im SGB V (§11 Abs. 1) geregelt ist, welchen Anspruch Versicherte auf Leistungen u.a. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 - 52), medizinischer und ergänzender Leistungen zur Rehabilitation (SGB 11 Abs. 2)<sup>17</sup> haben, beinhaltet SGB XI die Aufgabe, «...Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind» (§ 1 Abs. 4). Das gilt besonders auch für Menschen mit psychischen Altererkrankungen.

### **Fallbeispiel einer «Sozialen Betreuung»:**

#### **Herr A., verwirrt, verheiratet, betreut durch Angehörige**

Herr A., 62 Jahre alt, ist seit längerer Zeit schon sehr vergesslich. In letzter Zeit kann er sich nicht mehr alleine zurechtfinden. Er verirrt sich häufig und weiß nicht, welcher Wochentag gerade ist. Er vergisst, dass er schon gefrühstückt hat und wartet auf seinen Kaffee. Seine Körperpflege vernachlässigt er mehr und mehr; er kann Waschutensilien wie Seife und Handtuch und seine Kleidungsstücke immer häufiger nicht mehr zuordnen. Hilfestellungen seiner Ehefrau steht er trotzig und uneinsichtig gegenüber. Er empfindet diese als Einmischung in seine persönlichen Angelegenheiten. Herr A. war früher in leitender Position tätig und weiß sich durchzusetzen.

Frau A. ist völlig erschöpft. Die täglichen Kämpfe zermürben sie. Außerdem versucht sie, vor Kindern und Nachbarn den tatsächlichen Zustand ihres Ehemannes möglichst zu verheimlichen.

Endlich vertraut sich Frau A. ihrem Hausarzt an. Dieser veranlasst eine eingehende neurologische Untersuchung. Es erfolgt außerdem eine Überweisung in die Gedächtnisambulanz. Die Kosten hierfür werden von Herrn A.'s Krankenkasse übernommen. Der Verdacht auf eine demenzielle Erkrankung vom Alzheimer Typ erhärtet sich. Herr A. erhält Medikamente, die den Krankheitsprozess verlangsamen sollen (Krankenbehandlung § 27 SGB V und Arzneimittel gem. §§ 31, 33a, 34, 34a, 35 SGB V). Diese Medikamente werden während einer Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB) eingestellt. Da Herr A. während des Krankenhausaufenthaltes stürzt und sich entsprechend verletzt, erhält er nach dem dadurch erneut notwendigen Krankenhausaufenthalt kurzzeitig häusliche Krankenpflege und danach Reha-Leistungen (z.B. Krankengymnastik und Ergotherapie in der Geriatrischen Reha-Einrichtung am Ort).

Frau A. setzt sich auf Anraten der örtlichen Seniorenberatungsstelle mit der Pflegekasse in Verbindung und beantragt Pflegegeld. Bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wird bei Herrn A. Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI, § 14, Abs. 1) festgestellt, da er an Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen leidet und Anleitung und Unterstützung sowie teilweise oder vollständige Übernahme einer Reihe von Verrichtungen des täglichen Lebens wie waschen, duschen und anziehen, Zähne putzen, rasieren, kämmen, etc. bedarf. Ein zusätzlicher Hilfebedarf bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen wird ebenfalls anerkannt. Herr A. erhält im Rahmen der Pflegestufe I die Kombinationsleistung, um seine Pflege teilweise zu finanzieren.

Eine Zeitlang gelingt es Frau A. noch, die Pflege selbst zu leisten. Danach lässt Frau A. ihren Ehe-

---

<sup>17</sup> Zu den Leistungen nach Abs. 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

mann zumindest einmal wöchentlich in einer Tagespflegeeinrichtung betreuen; mit dem restlichen Geld finanziert sie eine Nachbarschaftshilfe, die Herrn A. während ihrer Abwesenheit stundenweise betreut. Falls Frau A. ihren Ehemann für kurze Zeit unbeaufsichtigt lassen muss, ist er vorerst noch durch ein Hausnotrufgerät abgesichert, das ebenfalls im Rahmen der Pflegeversicherung bezuschusst wird.

Da Herr A. seit seinem Sturz auch gehbehindert ist, lässt die Familie das Bad behindertengerecht umbauen. Auch an diesen Kosten beteiligt sich die Pflegeversicherung.

Nach einem Jahr geht Frau A. zur Kur, um endlich einmal von der Pflege auszuspannen. Herr A. verbringt diese Zeit in Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim im Odenwald.

Die Leistungen der Krankenversicherung werden unabhängig von Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, die Pflegeversicherungsleistungen nur auf Antrag bei den Pflegekassen und Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Wenn diese Voraussetzungen nicht zutreffen, ist Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz möglich (Nachrangprinzip).

Wenn psychisch kranke, geistig, seelisch oder körperlich behinderte sowie ältere gebrechliche Menschen ihre Angelegenheiten teilweise oder ganz nicht mehr selbst besorgen können, kann vom Vormundschaftsgericht eine **rechtliche Betreuung** (nach § 1896 BGB)<sup>18</sup> angeordnet werden – jedoch nur für die Aufgabenkreise, in denen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist. Tätigkeiten, welche die Betroffenen noch eigenständig erledigen können, dürfen einem Betreuer nicht übertragen werden. Dies wird in einem gerichtlichen Verfahren festgestellt. Der rechtliche Betreuer wird vom Vormundschaftsgericht bestellt. Er ist dann der gesetzliche Vertreter der zu betreuenden Person für die vom Gericht festgelegten Aufgabenkreise.

### **Fallbeispiel einer «Rechtlichen Betreuung» Frau C., verwirrt, alleinstehend, Heimunterbringung**

Die Nachbarin von Frau C. wendet sich an die Seniorenberatungsstelle. Frau C. sei seit dem Tod ihres Mannes ziemlich durcheinander. Häufiger ginge sie im Morgenrock spazieren oder läute spät-abends oder frühmorgens bei ihren Nachbarn, um nach ihrem Mann und/oder ihrer Tochter zu fragen. Frau C. ist häufig sehr aufgereggt, lässt sich aber mühsam wieder beruhigen.

Die Wohnung von Frau C. in einem Mehrfamilienhaus erweist sich als sehr vernachlässigt, überall liegen Prospekte, Rechnungen, Zeitungen und Verpackungsmaterial herum, die sich Frau C. weigert wegzuerwerfen. Der Strom ist bereits seit längerer Zeit abgestellt, da Frau C. ihre Rechnungen nicht bezahlt hat. Sie brauche keinen Strom, weil sie immer früh zu Bett gehe. Die Ölheizung sei ihr zu teuer. Das Telefon ist ebenfalls abgestellt. Frau C. kann nicht einsehen, dass sie für ihre wenigen Telefonate die Grundgebühr bezahlen soll.

Sie selbst wirkt körperlich ungepflegt, sie riecht, kann sich die Haare nicht kämmen und trägt immer dieselben Kleidungsstücke. Außerdem hat sie offenbar stark an Gewicht verloren. Sie hat derzeit keinen Hausarzt. Frau C. hat keinen Appetit und ist auch nicht mehr in der Lage, sich mit Essen bzw. Mahlzeiten zu versorgen, weshalb sie seit längerer Zeit ausschließlich von Kuchen, Brötchen, Wasser und Kondensmilch gelebt hat.

Frau C. hat eine Tochter, die in wirtschaftlich schwierigen Verhältnissen in den USA lebt und seit 10 Jahren nicht mehr zu Besuch war. Andere Bezugspersonen (Verwandte oder Freunde) sind nicht bekannt. Frau C. und ihr Ehemann hatten zuletzt sehr zurückgezogen gelebt.

An ihrem früheren Wohnort war Frau C. zusammen mit ihrem Mann zeitweise selbständige Unter-

---

<sup>18</sup> Rechtsgrundlage für die rechtliche Betreuung für volljährige Menschen sind das Betreuungsgesetz (BtG) i. d. F. vom 1.1.1992 und das Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechtes (BtÄndG): Die rechtliche Betreuung hat die frühere Vormundschaft und Pflegschaft abgelöst.

nehmerin, deshalb verfügt sie heute nur über eine kleine Witwenrente. Auf ihrem Girokonto befinden sich jedoch 25.000 DM.

Frau C. ist nicht mehr in der Lage, ihre Lebensverhältnisse zu gestalten. Die ihr aufgezeigten Hilfsmöglichkeiten, die ihr ein Verbleiben in ihrer Wohnung ermöglichen könnten, lehnt sie ab. Sie möchte keine fremden Leute im Haus, sondern in einem Heim versorgt und betreut werden. Zahlreiche frühere Fähigkeiten (wie Schreiben, Rechnen, Beziehungen zur Umgebung zu pflegen, sich sauber halten, sich selbständig waschen) sind ihr offenbar einfach „verloren gegangen“.

Die Seniorenberatungsstelle sucht für Frau C. einen Heimplatz in einem Heim im gleichen Stadtteil, der jedoch nicht sofort zur Verfügung steht. In der Zwischenzeit sorgt sie für die ärztliche Behandlung von Frau C. und die notdürftige Versorgung durch eine Sozialstation, die Frau C. unwillig über sich ergehen lässt.

Eine Nachbarschaftshelferin sorgt sozusagen für die Begehbarkeit der Wohnung, solange Frau C. noch darin lebt. - Die anfallenden Kosten für die ärztliche und medikamentöse Versorgung werden von der Krankenkasse übernommen und die Kosten für die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden vorerst bis zur Bewilligung des Pflegegeldes aus den Ersparnissen von Frau C. bestritten.

Bei der Pflegekasse wird ein Pflegegeldantrag gestellt, bei der Begutachtung durch den medizinischen Dienst wird schließlich die Heimpflegebedürftigkeit und Pflegestufe I festgestellt. Als ein Heimplatz frei wird, siedelt Frau C. in das Pflegeheim um. Solange sie noch über Ersparnisse über 4.500 DM verfügt, zahlt sie die Differenz zwischen dem Beitrag der Pflegekasse zu den Pflegekosten im Heim und den tatsächlich anfallenden Kosten im Heim aus ihrem laufenden Einkommen und ihren Ersparnissen. Danach übernimmt das Sozialamt diesen Betrag auf Antrag und Frau C. erhält ein Taschengeld zur Deckung ihres persönlichen Bedarfs im Heim.

Über die rechtliche Betreuung von Frau C. wird in Kürze entschieden.

Für die **soziale, ambulante und teilstationäre Betreuung** von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen bzw. demenzkranke Menschen gibt es unterschiedliche Angebote – vom ehrenamtlichen Engagement bis zu professionellen Diensten:

- **Nachbarschaftshilfe:** Nach dem Ergebnis eines Forschungsprojektes des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg erhalten 86 % der Befragten Hilfe von Angehörigen oder Nachbarn. Mit 17 % spielen Nachbarn eine wichtige Rolle – ein Ausdruck für besonderes bürgerschaftliches Engagement.<sup>19</sup>
- **Ambulante Dienste** (zuständig: Pflegekassen nach §§ 36 ff. SGB XI): Sozialstationen, private Pflegedienste oder mobile soziale Dienste bieten Hilfe und Pflege in der häuslichen Umgebung an. Dadurch wird ermöglicht, dass ein demenzkranker Mensch noch einige Zeit in seiner häuslichen Umgebung wohnen bleiben kann und nicht zu früh in ein Pflegeheim übersiedeln muss.
- **Tageskliniken** für demenziell erkrankte Menschen (zuständig Krankenkassen nach § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V) gehören zur teilstationären Versorgung nach einem Klinikaufenthalt. Ihre Aufgabe ist es, diesen Personenkreis zu unterstützen, sich in seiner Lebenswelt - soweit noch möglich - zurechtzufinden.
- **Tagespflege** (zuständig: **Pflegekassen nach § 41 SGB XI**): Sowohl für Demenzkranke, die in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden, als auch die pflegenden Angehörigen sind Tagespflegeeinrichtungen von besonderer Bedeu-

---

<sup>19</sup> Rotraut Weeber, Lebensumfeld und ambulante Versorgung in Privathaushalten, in: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), 1999, (K)eine Perspektiven für demenzkranke Menschen?, Landespflege tag 1999, 23.

tung. Hier erfahren Betreuungs- und Pflegebedürftige aktivierende und rehabilitative Unterstützung. Pflegende Angehörige werden dadurch entlastet.

- **Kurzzeitpflege** (zuständig: Pflegekasse nach § 42 SGB XI): Sie bietet Pflegebedürftigen für maximal 4 Wochen pro Kalenderjahr den Aufenthalt in einer stationären Einrichtung an, wenn die Versorgung zu Hause vorübergehend nicht gewährleistet ist. Nur rund 14 % der Demenzzkranken nehmen nach der Umfrage von Weeber dieses Angebot in Anspruch.<sup>20</sup>

### **Fallbeispiel einer «Sozialen Betreuung»**

#### **Frau B., verwirrt, alleinstehend, zu Hause betreut**

Frau B., 82 Jahre alt, lebt allein, sie hat keine Angehörigen, lediglich einige Freundinnen und Bekannte überwiegend in ihrer Altersgruppe. Eines Tages wird Frau B. hilflos auf der Straße aufgefunden. Es stellt sich heraus, dass sie nicht in der Lage ist, sich zu orientieren und sich außerdem durch einen Sturz leichte Verletzungen zugezogen hat. Ihr Blutdruck und Gesamtzustand sind sehr labil. Sie wird in ein Krankenhaus gebracht und dort ärztlich und pflegerisch betreut. Wie sich herausstellt, leidet Frau B. an Diabetes, sie hat in den letzten Tagen trotz großer Hitze wenig getrunken und gegessen. Außerdem war sie längere Zeit nicht in ärztlicher Behandlung. Frau B. wird mit Medikamenten versorgt, die sie künftig regelmäßig nehmen soll. Die Kosten für den Transfer zum Krankenhaus, der Krankenhausaufenthalt und die damit verbundene Behandlung werden von der Krankenkasse übernommen.

Um die regelmäßige Verabreichung der Medikamente sicherzustellen, erhält Frau B. eine Verordnung über Behandlungspflege. Die Kosten dafür werden von der Krankenkasse übernommen.

Vom Krankenhaussozialdienst wird die örtliche Seniorenberatungsstelle eingeschaltet und beauftragt, sich um Frau B. zu kümmern. Frau B. wird der Besuch eines Senioren Treffs in ihrer Nähe und die Teilnahme an einer weiteren regelmäßigen Veranstaltung ermöglicht. Mit Frau B.'s Freundin wird ein regelmäßiger telefonischer Kontakt vereinbart und außerdem die Wiederaufnahme früherer Aktivitäten vorbereitet. Da Frau B., wie sich herausstellt, wenig Lust hat, selbst eine Diät zu kochen, wird ein Mahlzeitendienst eingesetzt, der Frau B. täglich mit warmem Essen versorgt. Hierfür erhält Frau B. einen Zuschuss vom Sozialamt.

Die Seniorenberatungsstelle unterstützt Frau B. und hält in der ersten Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt Kontakt zu Frau B. Sie vermittelt außerdem eine Haushaltshilfe, die Verständnis für die Besonderheiten der alten Dame aufbringen kann, anfangs 1x wöchentlich für die schwereren Hausarbeiten, später dann 2x wöchentlich, um Frau B. beim Einkaufen zu unterstützen. Die Kosten für die Haushaltshilfe werden auf Betreiben der Seniorenberatungsstelle vom Sozialamt übernommen, da Frau B. nur über eine geringe Rente und keine Ersparnisse verfügt

Frau B. trägt sich jetzt mit dem Gedanken, eine besser zugängliche Wohnung, entweder ebenerdig oder mit Fahrstuhl zu beziehen. Evtl. möchte sie auch in eine geförderte Seniorenwohnung umziehen. Der hierfür notwendige Wohnberechtigungsschein wurde bereits beantragt. Da die Wohnung geringfügig teurer als die bisherige sein würde, steht Frau B. Wohngeld zu.

Da die Erkrankung bei Frau B. eher vorübergehender Natur war, und Frau B. auch nur geringfügige pflegerische Hilfen benötigt, erübrigt sich die Beantragung eines Pflegegeldes, da Frau B. nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist.

Bei nächster Gelegenheit sollen die Möglichkeiten für einen Kuraufenthalt (Kostenträger Krankenkasse) geprüft werden.

Als Frau B. sich mit dem «Papierkram» überfordert fühlt, regt die Seniorenberatungsstelle auf Wunsch von Frau B. eine Betreuung an, um die finanziellen Angelegenheiten zu regeln. Da Frau B. nun wieder regelmäßig ihren Arzt aufsucht, erübrigt sich die Regelung der Gesundheitsorge.

---

<sup>20</sup> A.a.O., 33.

### **2.2.5 Rechtliche Regelungen zur Pflegestatistik und Altenhilfeberichterstattung**

Zum 15.12.1999 wurde die neue Bundes-Pflegestatistik für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen eingeführt und hat damit die bisherigen Landes-Pflegestatistiken - in Baden-Württemberg die von 1994 bis 1999 geltende Pflege- und Betreuungsstatistik - abgelöst. Rechtsgrundlage für die neue Pflegestatistik ist die **Pflegestatistik-Verordnung** vom 29.11.1999<sup>21</sup> (vgl. Anhang 5.4.3).

Erhoben werden künftig Angaben zur Art der Pflegeeinrichtung, zur Personalstruktur (Beschäftigungsverhältnis und –umfang, Berufsabschluss, überwiegender Tätigkeitsbereich) und zu den Pflegebedürftigen (Alter, Geschlecht, Pflegestufe).

Die Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgt zweijährlich. Alle Angaben sind zum Stichtag 15.12. – erstmals für das Jahr 1999 – zu erteilen.

Mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen ist zu klären, wie diese Statistik künftig für die lokalen Zwecke der Pflegebedarfsplanung zu nutzen ist.

### **2.3 Ziele der Altenhilfe- und Pflegebedarfsplanung – Auftrag nach dem Landespflegegesetz**

Sozialplanung für ältere Menschen setzt an Versorgungslücken an, versucht sie zu bestimmen und eine Problemlösung zu entwickeln und anzubieten.<sup>22</sup>

Im Gegensatz zur klassischen Altenhilfeplanung früherer Jahre geht es heute um die Steuerung und Förderung des Pflegemarktes und die Schaffung einer bedarfsgerechten Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur bzw. den Abbau von Versorgungsengpässen in einem kooperativen Planungsprozess der Leistungsanbieter, Kostenträger und Betroffenen. Dazu sind folgende Planungsschritte erforderlich:

- Bedarfsanalyse zur Bestimmung des Dienstleistungsangebotes in quantitativer und qualitativer Hinsicht,
- Bestandsanalyse zum gegenwärtigen Angebot,
- Soll/Ist-Vergleich zur Ermittlung von Angebotslücken oder eventuellen Fehl- oder Überangeboten,
- Maßnahmenprogramm zur Schließung von Versorgungslücken,
- Kosten- und Finanzierungsprogramm.

Die **Planung nach dem Landespflegegesetz**<sup>23</sup> soll zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen und dazu den Bestand, Bedarf und die erforderlichen Maßnahmen zur Be-

---

<sup>21</sup> Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV) vom 29.11.1999, BGBl. I, S. 2282.

<sup>22</sup> Vgl. Asam, Walter H., 1999: Kommunale Altenplanung nach dem SGB XI, in: Birgit Jansen/Fred Karl (Hg.), Soziale Gerontologie, Weinheim und Basel, 707-728.

<sup>23</sup> Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz – LPfIG) vom 11.09.1995. Im Jahr 1999 wurde mit dem Wegfall des «Pflegeheimverzeichnis» das LPfIG durch das «Gesetz zur Änderung des Landespflegegesetzes» vom 12.04.1999 geändert.

darfsdeckung darstellen (§ 4 LPfIG). Als Planungsgremium ist nach dem Landespflegegesetz Baden-Württemberg eine Pflegekonferenz<sup>24</sup> unter Beteiligung der an der pflegerischen Versorgung Beteiligten vorgesehen. Die Senior/-innen und ihre Organisationen sind an der Planung in angemessener Form und frühzeitig zu beteiligen, für die Öffentlichkeit ist der Planungsprozess transparent zu machen.

**Grundsätze** für die Pflegebedarfsplanung sind

- Vorrang für die häusliche Versorgung durch ambulante Dienste,
- Kooperation der Leistungsanbieter und Verbund- und Kombinationsleistungen,
- finanzielle Größenvorgaben bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.

In der zweiten Jahreshälfte 2000 hat das Sozialministerium Baden-Württemberg (nach § 3 LPfIG) unter Beteiligung des Landespflegeausschusses den **Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg** vorgelegt. Darin sind der gegenwärtige und zukünftige Pflegebedarf in Baden-Württemberg und in den Kommunen, die Entwicklung der älteren Bevölkerung, der Ausbaustand der ambulanten und stationären Pflege und die Konzeption zu ihrer Weiterentwicklung beschrieben.<sup>25</sup> Der Landespflegeausschuss hat den Kommunen empfohlen, den Landespflegeplan der eigenen Planung zu Grunde zu legen.

Das Land geht davon aus, dass in Baden-Württemberg unter Berücksichtigung der kommunalen Planung 62.919 Dauer-, 1.844 Kurzzeit- und 2.798 Tagesplätze zur Verfügung stehen. Je 1.000 Einwohner/-innen über 65 Jahre schwankt dabei das Pflegeplatzangebot zwischen 22 und 70 Plätzen (Mannheim: 50 Plätze). In der neuen Konzeption wird insbesondere auf die «besondere Herausforderung der Versorgung demenzkranker alter Menschen und die notwendige Qualifizierung der stationären Pflegeinfrastruktur für diesen Personenkreis» verwiesen. Für die nach LPfIG förderbaren Investitionsvorgaben macht das Land mit Ausnahme der Festlegung des Bedarfswerts der oberen Berechnungsvariante als Obergrenze keine Vorgabe für die kommunale Pflegebedarfsplanung (vgl. Kap. 4.1.5). Insgesamt wird der derzeitige Bestand an Dauerpflegeplätzen als bedarfsgerecht angesehen – für Mannheim fehlen bis zum Jahr 2010 rund 300 Plätze. Bei den Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen liegt Mannheim unter den Anhaltswerten des Landes (zu den Schätzungen des Hilfe- und Pflegebedarfs des Landes vgl. Kap. 3.3)

Auch wenn die pflegerische Versorgung in der Altenhilfe den zentralen Stellenwert hat, lässt sich die Altenhilfeplanung allerdings nicht auf die pflegerische Versorgung reduzieren. Zu berücksichtigen sind insbesondere auch das Beratungs- und Freizeitangebot und die Wohnsituation älterer Menschen, wenn man sich einen umfassenderen Eindruck über die Lebenssituation älterer Menschen verschaffen will. Deshalb ist dieser Grundlagenbericht auch breiter angelegt als ein reiner Pflegebericht, weil die verschiedenen Teilversorgungssysteme der Altenhilfe flexibel ineinander greifen

---

<sup>24</sup> Die Rolle solcher **Pflegekonferenzen** wie auch des Stadtpflegeausschusses Mannheim ist in § 8, Abs. 2 SGB XI geregelt als enge Zusammenarbeit der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes, um eine «leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten» und darüber hinaus den Ausbau und die Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen voran zu treiben. Zur Rolle von Pflegekonferenzen vgl. Schlichting 1997.

<sup>25</sup> Sozialministerium Baden-Württemberg, Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg, Stuttgart.



(sollen). Aktuelle Beispiele für eine solche umfassendere kommunale Planung in Baden-Württemberg sind der Stuttgarter<sup>26</sup> und der Ulmer Altenhilfeplan<sup>27</sup>.

Der zunehmende Bedarf an pflegerischen Diensten und Einrichtungen in Mannheim geht einher mit einer abnehmenden häuslichen und familiären Unterstützung. Die stationäre Pflege ist neben der ambulanten Pflege der zentrale Bestandteil der Pflegeinfrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen in der Stadt Mannheim. Ihr grundlegendes Ziel ist es, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung der Pflegebedürftigen möglichst zu erhalten bzw. wieder herzustellen.

Der medizinische Fortschritt und die bessere Rehabilitation im Krankheitsfall führen zwar zu einem Anstieg der Lebenserwartung, gleichzeitig nimmt mit höherem Alter das Risiko chronischer Erkrankungen und die Einschränkung selbständiger Lebensführung zu. Die Mobilisierung familiärer Pflegepotentiale über den bisherigen Umfang hinaus ist nicht realistisch. Notwendig ist die Entlastung der Angehörigen, besonders im Falle der Betreuung psychisch veränderter pflegebedürftiger Menschen.

*«Zentrale Ziele sind dabei die Wahrung von Würde und die Gewährleistung von Lebensqualität, durch Anerkennung und Achtung der Persönlichkeit des Pflegebedürftigen, durch die Orientierung an seiner bisherigen Lebensgeschichte, durch die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Gewohnheiten und Fähigkeiten, durch menschliche Wärme und Zuwendung, durch Toleranz und Respekt im Umgang.»<sup>28</sup>*

Im Rahmen der **baulichen, konzeptionellen und personellen Ausgestaltung der Dienstleistungsangebote in der stationären Pflege** ist von besonderer Bedeutung,

- dass die Wohn- und Betreuungsangebote der Pflegeeinrichtungen die Lebensmilieus der Altenbevölkerung, Lebensentwürfe und Lebensstile sowie den zu erwartenden steigenden Anteil älterer ausländischer Einwohner/-innen berücksichtigen,
- dass das gesamte Dienstleistungsspektrum stationärer Pflege verstärkt auf die Belange und Bedürfnisse eines steigenden Anteils demenziell erkrankter Menschen in den stationären Pflegeeinrichtungen ausgerichtet wird,

---

<sup>26</sup> Landeshauptstadt Stuttgart/Referat Soziales, Jugend und Gesundheit, 1999: Altenhilfeplan der Landeshauptstadt Stuttgart für 1999 – 2005, Stuttgart. Der Stuttgarter Plan geht nach Ausführungen zur soziodemografischen Entwicklung auf die Themen Wohnen im Alter, Bürgerschaftliches Engagement, Angebote zur Lebensgestaltung/Altenerholung, Interessenvertretung, Hilfen zur Alltagsbewältigung und für die Grundversorgung, Gesundheit/Rehabilitation/Pflege und Hilfen für besondere Bedarfsgruppen/Bedarflagen ein. Die Stuttgarter Altenhilfeplanung wird als kooperativer, partizipativer und lebenslagenorientierter Planungsprozess definiert:

«Im Mittelpunkt aller Planungen, Überlegungen und Entwicklungen stehen die in Stuttgart lebenden älteren Menschen mit ihren Bedürfnissen und individuellen Lebenssituationen. Alle Hilfeangebote, Dienste und Einrichtungen sind bezogen auf sie und ihre Lebenswelten zu betrachten, weiterzuentwickeln und auf- bzw. auszubauen. Es sind daher in immer stärkeren Maße lebenslagenorientierte Konzepte erforderlich, die den Strukturveränderungen innerhalb der Gruppe der alten Menschen differenziert Rechnung tragen. Besonders zu berücksichtigen sind dabei jene Gruppen, die aufgrund besonderer Benachteiligung von Problemen und Risiken bedroht sind.»

<sup>27</sup> Stadt Ulm/Fachbereich Jugend, Familie und Soziales, 2000: Altenhilfeplanung der Stadt Ulm 1998 – 2005 (in Zusammenarbeit mit dem Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau – GZU), Ulm. Neben dem zentralen Teil zur pflegerischen Versorgung enthält dieser Plan Leitlinien für die Altenhilfe, eine Bestandsaufnahme zum Bürgerschaftlichen Engagement in der Altenhilfe, zur Situation älterer Migrant/-innen, zum Wohnen im Alter und eine Erhebung als Basis für die stadtteilorientierte Planung.

<sup>28</sup> Sozialministerium Baden-Württemberg, Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg, Teil III: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, Seite 15.

- dass flexible, auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtete Dienstleistungsangebote entwickelt werden,
- dass auf die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten abgestimmte gemeinwesenbezogene Elemente fester Bestandteil der Betreuungskonzepte werden und
- dass neue Betreuungs- und Versorgungskonzepte (z. B. Wohngruppen für Demenzkranke, Hausgemeinschaften) entwickelt, ein- und weitergeführt werden.

«Perspektiven für die Weiterentwicklung der stationären Pflege in Mannheim» sind bei dem vom Sozialdezernat und Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren organisierten **«Symposium Pflege»** im Juli 1999 als Grundlage für einen Diskussionsprozess, in dem die Qualitätsstandards laufend fortentwickelt werden, herausgearbeitet worden. Dieser Prozess ist derzeit bei den einzelnen Einrichtungsträgern in vollem Gange.<sup>29</sup>

Die **«Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege»** des Stadtpflegeausschusses mit ihren Empfehlungen zur Qualitätssicherung in den Mannheimer Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten ist ein hervorragendes Beispiel einer gemeinsamen, freiwilligen Selbstverpflichtung der Leistungsanbieter, Kostenträger, Fachdienste und Betroffenenorganisationen,

- eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, in einer Qualität und mit einem zeitlichen Umfang, die sich an den Bedürfnissen des Betroffenen und seiner Lebenswelt orientieren,

und sie zum Maßstab der eigenen Arbeit zu machen, auch wenn die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung den Weg zu einer aktivierenden Pflege nicht leicht machen.<sup>30</sup>

## 2.4 Auftrag und Aufgaben des Stadtpflegeausschusses

Der Stadtpflegeausschuss Mannheim ist im Jahr 1996 aus Mitgliedern der Verwaltung, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der Betroffenenverbände u.a. gebildet worden (zur Zusammensetzung vgl. Anhang).

Grundlage für die Bildung dieses Fachgremiums auf örtlicher Ebene waren das PflegeVG und das Landespflegegesetz Baden-Württemberg. Im Landespflegegesetz ist die Verpflichtung zur kommunalen Pflegebedarfsplanung geregelt: «Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung». Die Aufgaben der Pflegekassen sind im PflegeVG (insbes. §§ 12, 69) definiert.

Der Stadtpflegeausschuss hat den Auftrag,

*«eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnah und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten»,*

---

<sup>29</sup> Vgl. Stadt Mannheim/Sozialdezernat/Sozialamt (Hg.), «Symposium Pflege. Pflegeheime zwischen Qualität, Kundenanspruch und Wirklichkeit». Dokumentation einer Tagung vom 10. Juli 1999, 55f.

<sup>30</sup> Vgl. «Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege». Empfehlungen des Stadtpflegeausschusses zur Qualitätssicherung in den Mannheimer Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten vom 9.12.1997.

und entspricht damit nach § 8 PflegeVG der gemeinsamen Verantwortung der Kommune, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen in Abstimmung mit dem Land.

Der Stadtpflegeausschuss ist ein **fachliches Empfehlungsorgan für den Sozialausschuss und Gemeinderat** in Fragen der pflegerischen Versorgung und Betreuung älterer Menschen in Mannheim.

Zu seinen bisherigen Arbeitsschwerpunkten gehören

- Abstimmung über Planungsvorhaben und Förderabsichten,
- Grundlageninformationen zu Pflegeangeboten,
- gemeinsame Programmentwicklung und Umsetzungsempfehlungen für den Gemeinderat,
- Verständigung auf eine gemeinsame «Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege», Vorlage an den Sozialausschuss und Gemeinderat und Veröffentlichung in der Mannheimer «Pflegelandschaft» und Fachöffentlichkeit und
- Hearings mit Senioren und Seniorenorganisationen zur Lebens- und Pflegesituation älterer Menschen in Mannheim im Rahmen der «Infotage für die ältere Generation» Ende 2000 (vgl. Abschnitte 2.1.2 und 3.5).

## **2.5 Aufbau und Management der Stadtpflegeplanung und Altenhilfeberichterstattung**

Für eine solide Bestandsaufnahme, eine nach Zielgruppen älterer Menschen und städtischen Teilräumen differenzierte Planung und eine regelmäßige Sozialberichterstattung in der Altenhilfe sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich:

- der gesetzliche Auftrag zur Altenhilfe- und Stadtpflegeplanung durch eine ständige Pflegekonferenz, wie sie der Stadtpflegeausschuss darstellt,
- ein politischer Auftrag durch den Gemeinderat bzw. den zuständigen Fachausschuss,
- eine unter den Beteiligten abgestimmte Konzeption der Planung und Berichterstattung und ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft für eine konzertierte Planung über die institutionellen Eigeninteressen hinaus,
- eine qualifizierte Datenbasis und die Bereitschaft, die jeweiligen Geschäftsstatistiken für eine gemeinsame Planung zur Verfügung zu stellen,
- die Konkretisierung der gemeinsamen Planung in umsetzbare Maßnahmen, Projekte und Einrichtungen in einer finanziell tragbaren Form.

Die bisherige Altenhilfeplanung der Stadt Mannheim war eine Teilberichterstattung zu einzelnen Feldern der Altenhilfe und dabei vor allem auf die Entwicklung von Fachkonzepten und ihre Umsetzung ausgerichtet: von der fachlichen Weiterentwicklung der SeniorenTreffs bis zur stationären Pflegebedarfsplanung – maßgeblich getragen von der Sozialplanung und dem Seniorenbüro im Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren im Verbund mit den jeweiligen Einrichtungs- und Kostenträgern in den jeweiligen Feldern und Vertretungen der Betroffenen. Mit der **Stadtpflegeplanung** wird jetzt der Weg einer **integrierten Bestandsaufnahme und Planung** beschritten, der das gesamte Dienstleistungsangebot der Altenhilfe und

Pflege ins Zentrum rückt, ihre sozialräumliche Dimension stärker betont und für die Zukunft verstärkt auf Koordination, Kooperation und Vernetzung setzt.

Gemeinderat und Sozialausschuss haben bei ihren bisherigen Beratungen diesen Weg einer umfassenden Altenhilfeplanung unterstützt, um eine bessere Übersicht und Einschätzung der Gesamtsituation zu erhalten. Ziel der gemeinsamen Planung und Berichterstattung ist die Entwicklung von Fachkonzepten, Projekten und Maßnahmen für eine bessere Versorgung in der Altenhilfe, die letztlich die Selbstbestimmung und den Erhalt der Selbständigkeit und damit die Menschenwürde im Alter zum obersten Maßstab macht.

Für den pflegerischen Bereich ist dabei der Stadtpflegeausschuss das Fachorgan für die gemeinsame Planung im Vorfeld politischer Beratungen und Entscheidungen.

Die Datenbasis für eine kontinuierliche Altenhilfe- und Stadtpflegeplanung ist in Mannheim erst in Ansätzen vorhanden. Zu dem erforderlichen **Datenkranz für eine qualifizierte Berichterstattung** gehören vor allem

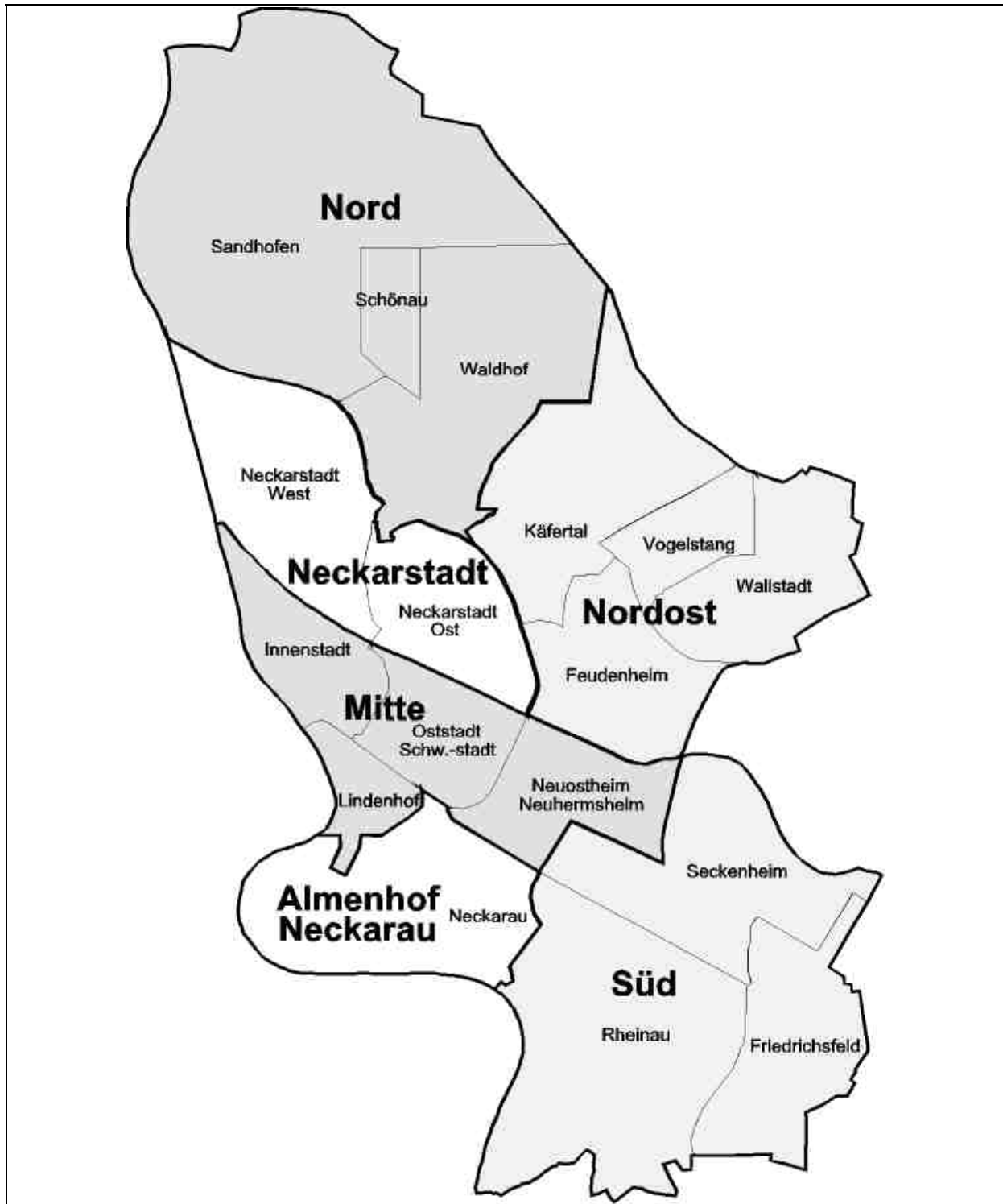
- demografische und sozialstrukturelle Daten zur Struktur, Verteilung und Entwicklung der älteren Menschen in Mannheim und die Beschreibung ihrer Lebens- und Problemlagen,
- Angaben über die wirtschaftliche Situation, Einkommen und Vermögen (vorläufig nur über Renteneinkommen, Pflegebegutachtungen, Pflegeversicherungsleistungen und Sozialhilfeleistungen darstellbar),
- Angaben zur Wohnsituation der älteren Menschen in der Stadt (die auf allgemeine Wohnungsstatistiken und Statistiken über spezielle Wohnformen zugreift),
- Pflege- und Hilfebedarfsabschätzungen (z. B. über Infratest-Hochrechnungen wie in diesem Bericht),
- Angaben über die Beratungsleistungen (z. B. der Seniorenberatungsstellen und anderer Beratungsstellen),
- Daten aus den Geschäftstatistiken der ambulanten und stationären Pflege (hier sollten vor allem auch die Angaben für das Statistische Landesamt und das Statistische Bundesamt für örtliche Zwecke nutzbar gemacht werden),
- Infrastrukturangaben über alle Einrichtungen und Träger der Altenhilfe (die auch den Schwerpunkt dieser Bestandsaufnahme des ersten Teils des Stadtpflegeberichtes ausmachen, vgl. Kapitel 4) und
- Angaben zu Personalsituation, Personalbedarf und Personalentwicklung (in einem Feld, wo in Zukunft dringend qualifizierte Fachkräfte benötigt werden und eine gemeinsame «Qualifizierungsoffensive» angeraten ist).

Die zugrunde liegenden **Planungsräume** für diesen Bericht sind die Gesamtstadt, die Einzugsbereiche der Sozialstationen und die Stadtteile in der 23er Gliederung. Die kleinräumige Darstellung ist aufgrund der mangelnden Datenverfügbarkeit vorläufig nur auf der Ebene der Einzugsbereiche möglich, weil eine ganze Reihe von Institutionen ihre Daten nur auf der Ebene der Postleitzahlen-Bezirke ausweisen können. Eine Hinterlegung des Straßenverzeichnisses mit der üblichen räumlichen Gliederung der Stadt Mannheim ist bei vielen Institutionen leider noch nicht möglich.

Für die Weiterentwicklung und Fortschreibung des Stadtpflegeberichtes empfiehlt sich – wenn eine solche gemeinsame Datenbasis hergestellt ist – das gleiche Verfahren wie bei der Sozialhilfeberichterstattung:

- alle drei Jahre ein umfassender Bericht mit Analysen, Entwicklungen und Trends,
- jedes Jahr ein aktueller Geschäftsbericht und
- unterjährig thematische Berichte zu Teilbereichen der Altenhilfe und Pflege.

**Grafik 1: Einzugsbereiche der Sozialstationen – Planungsräume der Stadtpflegeplanung**



Grafik: FB 50/SoPlan

### 3 Lebenslagen und Hilfebedarf älterer Menschen in Mannheim

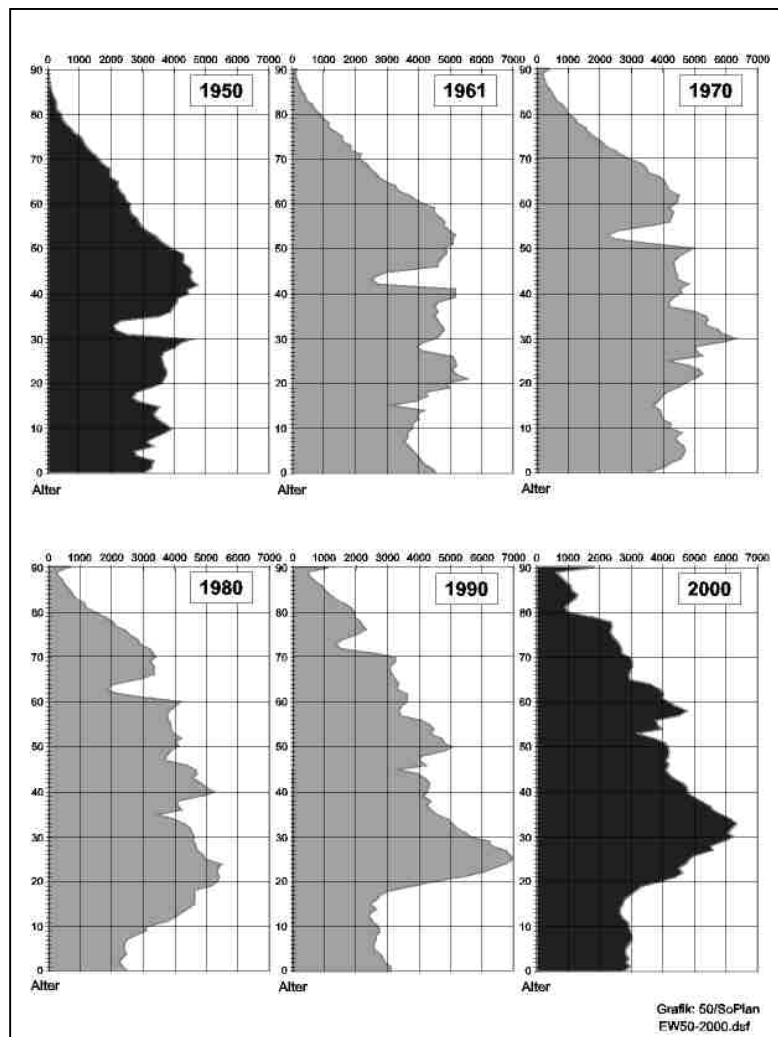
Die Lebenssituation älterer Menschen in Mannheim wird in diesem Abschnitt dargestellt anhand soziodemografischer Daten, ihrer Mobilität, ihres Hilfe- und Pflegebedarfes und der pflegerischen und wirtschaftlichen Leistungen der verschiedenen Träger und Institutionen. Besondere Beachtung finden Menschen mit psychischen Alterserkrankungen.

#### 3.1 Lebensbedingungen älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Mannheim

Die Bevölkerungsstrukturentwicklung in der Vergangenheit und Zukunft, die Ummzugsmobilität, die Alterstrukturentwicklung in den Stadtteilen und die Einkommenssituation der älteren Menschen sind hier Gegenstand der Betrachtung.

##### 3.1.1 Entwicklung und Struktur der älteren Bevölkerung in Mannheim

**Grafik 2: Alterstrukturentwicklung 1950 bis 2000**

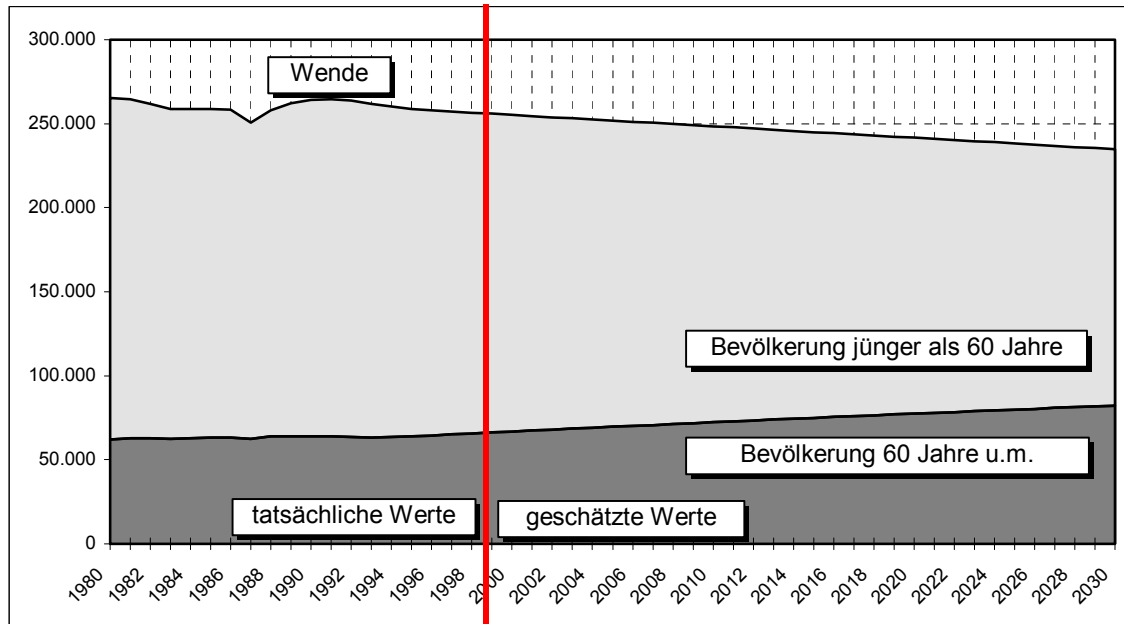


In den letzten 50 Jahren hat die Bevölkerung insgesamt von 245.634 auf 320.843 Einwohner/-innen und damit um 30 % zugenommen. Das geht insbesondere auf einen starken Zuwachs der ausländischen Bevölkerung zurück (Ausländeranteil Ende 2000: 20,4 %). Die Alterspyramide hat sich in diesem Zeitraum völlig verändert: der Anteil Älterer und Hochaltriger hat erheblich zugenommen (vgl. Grafik 1). Der Anteil der Menschen ab 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung ist von ca. 20.000 auf ca. 50.000 gestiegen. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung ist der Anteil hochaltriger Menschen erheblich angewachsen: von knapp 1.700 auf ca. 12.000 im Jahr 2000.

Die Alterung der Stadtgesellschaft schreitet zune-

mend voran: 1950 waren knapp 9 % 65 Jahre und älter, im Jahr 2000 sind es über 16 % und im Jahr 2030 werden es 25 % der Gesamtbevölkerung in Mannheim sein.

**Grafik 3: Bevölkerungsprognose 2030 für die deutsche Bevölkerung in Mannheim**



Quelle: KEWIS, eigene Berechnungen

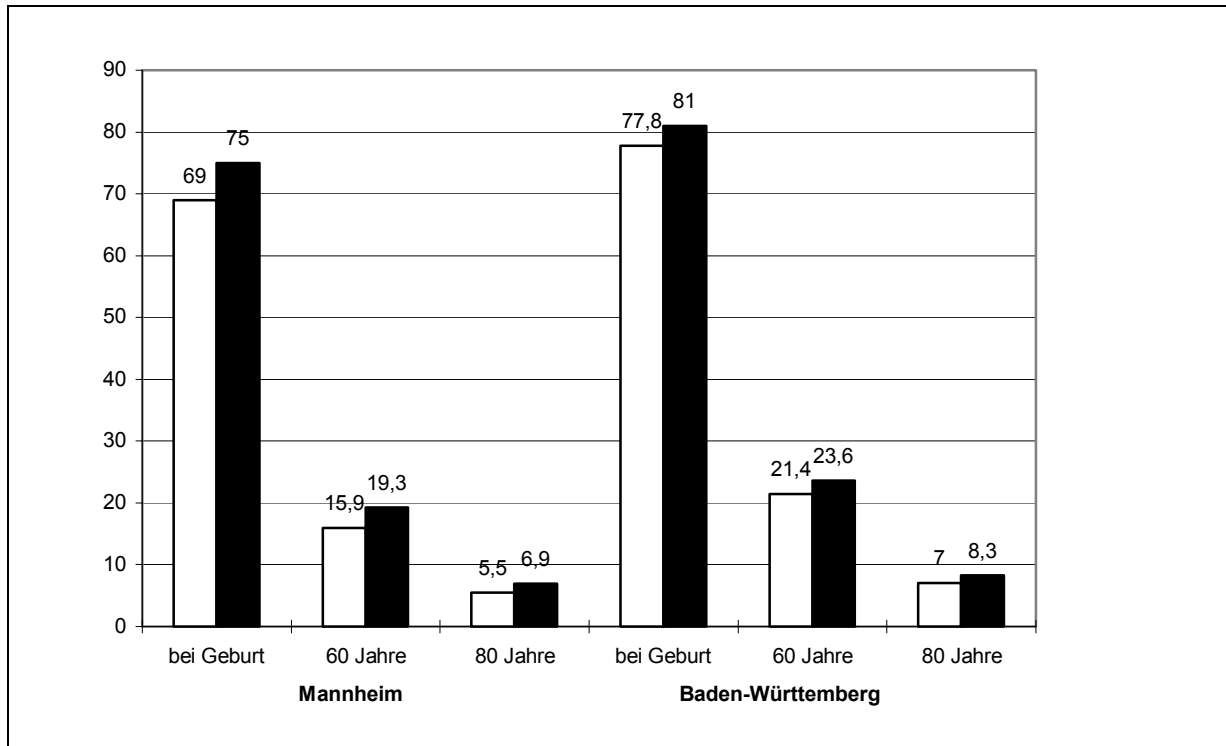
**Tabelle 2: Regionalisierte Bevölkerungsprognose des Landes Baden-Württemberg für Mannheim**

Altersgruppe	2000	2005	2010	Änderung ggü. 2000
ab 60 Jahre	72.474	73.283	74.182	2,4 %
ab 80 Jahre	12.252	13.699	14.739	20,3 %
Gesamt	306.116	301.703	297.659	-2,8 %

Quelle: Landespflegeplan 2000; Die zugrunde liegende Einwohnerzahl im Landespflegeplan berücksichtigt nur den Hauptwohnsitz und liegt deshalb erheblich unter den Zahlen der örtlichen Einwohnerfortschreibung, die auch den Nebenwohnsitz einschließt.

Bei einer insgesamt rückläufigen Einwohnerzahl bis ins Jahr 2010 steigt insbesondere die Zahl der hochaltrigen Menschen ab 80 Jahre an und damit der Personenkreis mit einem hohen Pflegerisiko.

**Grafik 3: Durchschnittliche Lebenserwartung in verschiedenen Alterstufen – Mannheim im Vergleich zu Baden-Württemberg**



Quelle: Eigene Berechnungen,

Legende: weiße Balken Männer, schwarze Balken Frauen,

Mannheim (Durchschnitt 1994/1998), Baden-Württemberg (Durchschnitt 1995/1997)

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt in Mannheim unter dem Landesdurchschnitt, vor allem bei den Männern (Basis für die Durchschnittswerte in Mannheim 1994/1998, in Baden-Württemberg 1995/1997).

Hier gibt es sicherlich Zusammenhänge der Lebenserwartung und gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit der spezifischen Industrie- und Sozialstruktur Mannheims, ohne in diesem Bericht hierauf detaillierter eingehen zu können.

Eine detaillierte Untersuchung über diese Zusammenhänge in Mannheim wäre im Zuge einer späteren Gesundheitsberichterstattung sicherlich wünschenswert.



### 3.1.2 Ältere Menschen in den Stadtteilen

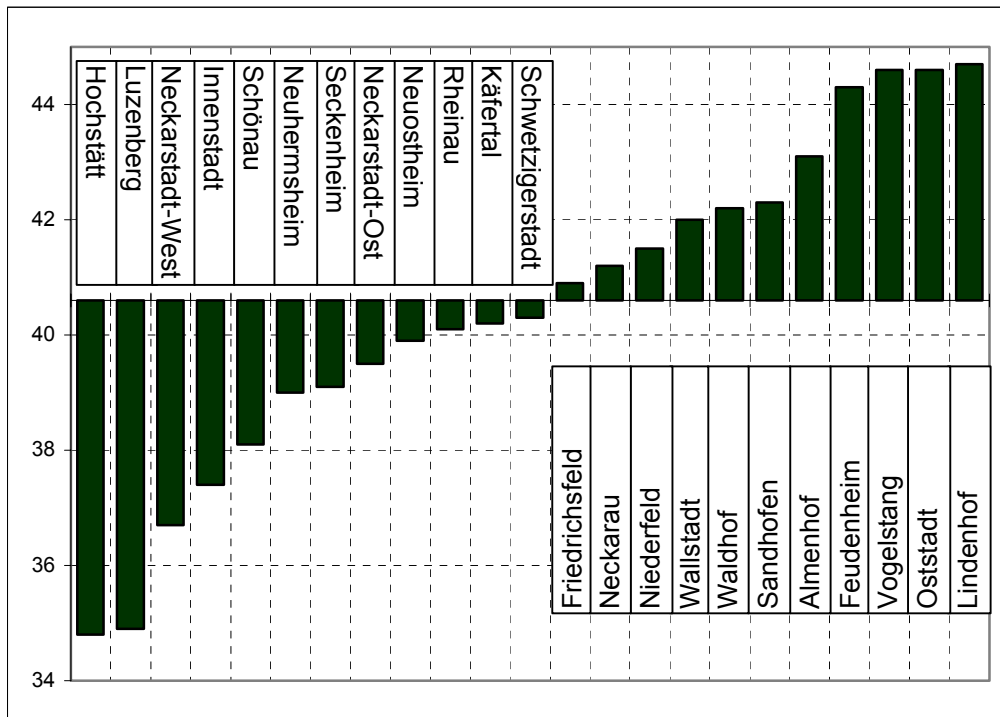
**Tabelle 3: Ältere Menschen in den Mannheimer Stadtteilen Ende 2000**

Stadtteil	EW	65-79	in %	80 u.ä	in %
Innenstadt	30.695	2.653	8,6	751	2,4
Neckarstadt-West	19.856	1.769	8,9	401	2,0
Neckarstadt-Ost	34.079	3.836	11,3	1.253	3,7
Oststadt	13.340	1.854	13,9	712	5,3
Schwetzingenstadt	10.733	1.058	9,9	520	4,8
Lindenhof	12.014	1.881	15,7	767	6,4
Sandhofen	11.892	1.722	14,5	448	3,8
Schönau	15.864	1.946	12,3	425	2,7
Waldhof /Gartenstadt	27.520	4.185	15,2	1.092	4,0
Luzenberg	2.602	197	7,6	46	1,8
Käfertal	18.312	2.197	12,0	766	4,2
Vogelstang	13.407	2.382	17,8	597	4,5
Wallstadt	6.607	910	13,8	205	3,1
Feudenheim	15.394	2.464	16,0	830	5,4
Neuostheim	3.939	449	11,4	159	4,0
Neuhermsheim	2.887	238	8,2	180	6,2
Hochstätt	3.079	289	9,4	53	1,7
Almenhof	7.546	1.090	14,4	444	5,9
Niederfeld	8.166	1.149	14,1	388	4,8
Neckarau	15.590	1.944	12,5	621	4,0
Rheinau	25.892	3.362	13,0	758	2,9
Seckenheim	11.702	1.427	12,2	386	3,3
Friedrichsfeld	6.117	809	13,2	205	3,4
<b>Stadt MANNHEIM</b>	<b>317.233</b>	<b>39.811</b>	<b>12,5</b>	<b>12.007</b>	<b>3,8</b>

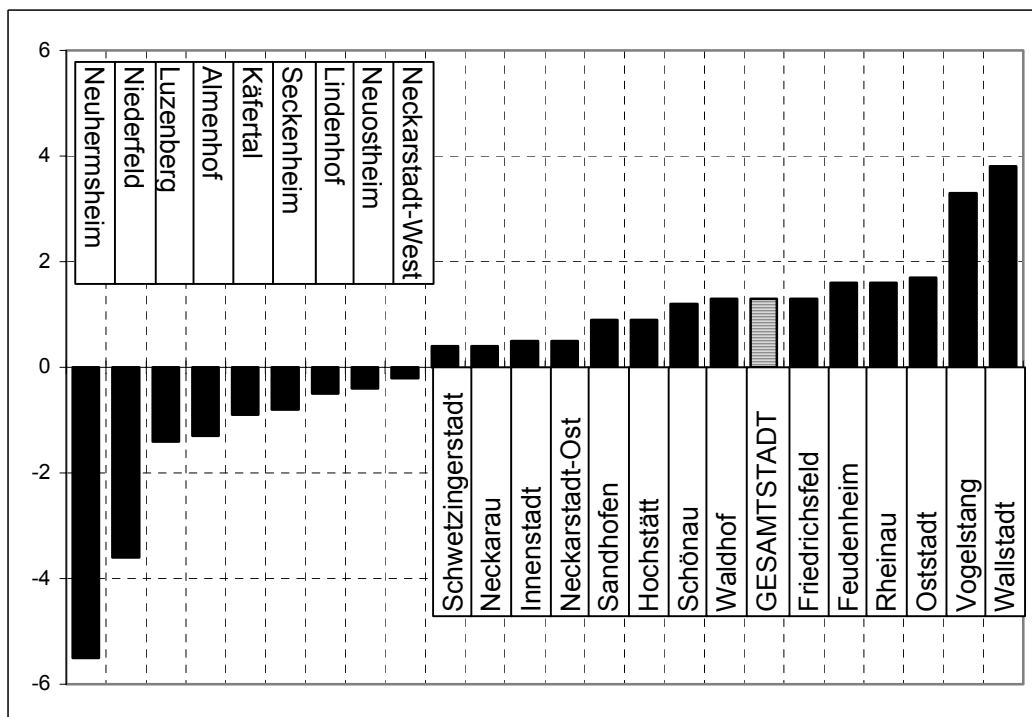
Anmerkung: Die Einwohnerzahl liegt bei dieser Auswertung etwas niedriger, weil ca. 3000 Personen regional nicht zugeordnet wurden und hier unberücksichtigt bleiben.

- Besonders hoch sind die Anteile der «aktiven Alten» (65-79 Jahre) in den Stadtteilen Vogelstang, Feudenheim und Lindenhof.
- Hochaltrige Menschen (ab 80 Jahren) leben in Mannheim vor allem in den Stadtteilen Lindenhof, Neuhermsheim, Almenhof, Feudenheim und der Oststadt.
- Anteilmäßig gering ist der Anteil alter Menschen in Hochstätt, Luzenberg und der Neckarstadt-West, wo das Durchschnittsalter der Mannheimer Bevölkerung von rund 40 Jahren um bis zu fünf Jahre unterschritten wird (vgl. Grafik 4).
- Erheblich gesunken ist das Durchschnittsalter der Stadtteilbevölkerung im letzten Jahrzehnt in Neuhermsheim und Lindenhof und dem mit der Erschließung neuer Baugebiete erfolgten Zuzug von Familien mit Kinder. Gealtert sind demgegenüber die Stadtteile Wallstadt und Vogelstang – bei einem gesamtstädtischen Anstieg des mittleren Bevölkerungsalters um etwa ein Jahr im letzten Jahrzehnt (vgl. Grafik 5).

**Grafik 4** Mittleres Bevölkerungsalter in den Mannheimer Stadtteilen (Ende 1999) im Vergleich zum Stadtmittelwert (40,6 Jahre)

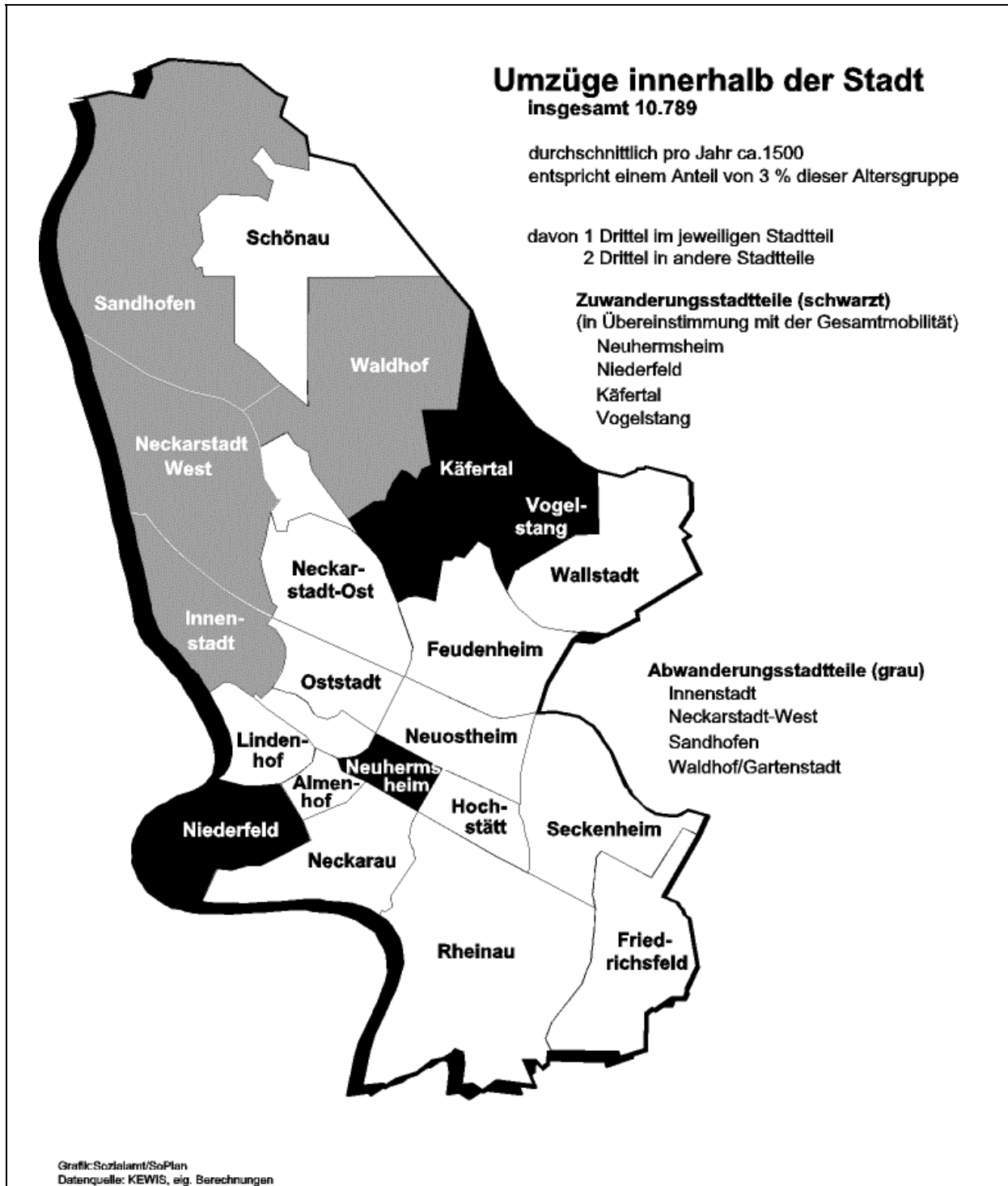


**Grafik 5:** Veränderung des Durchschnittsalters in den Mannheimer Stadtteilen im letzten Jahrzehnt (1989 - 1999)



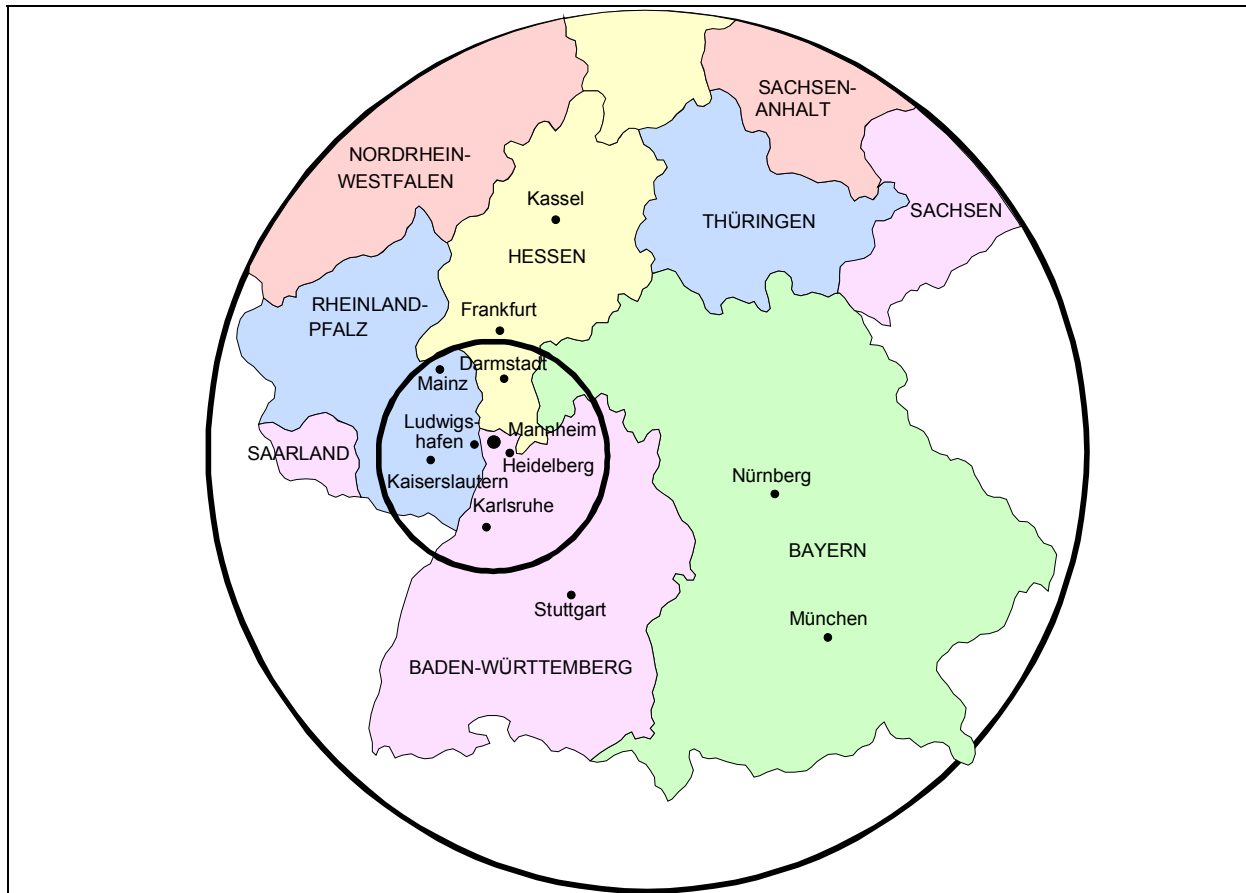
### 3.1.3 Mobilität älterer Menschen in Mannheim

**Grafik 6: Mobilität älterer Menschen (65 Jahre und älter) in Mannheim 1994 - 2000**



Ältere Menschen sind wenig mobil, sondern ausgesprochen ortsfest, wie ihre Umzugshäufigkeit innerhalb Mannheims zeigt: lediglich 3 % oder 1.500 Personen ziehen innerhalb ihres Stadtteils um oder in einen anderen Stadtteil.

**Grafik 7: Umzugsmobilität älterer Menschen (65 Jahre und älter) von/nach Mannheim 1994 bis 1999**



## Umzüge nach bzw. aus MA

### Zuzüge insgesamt: 2.685

durchschnittlich pro Jahr ca. 450  
entspricht dem Anteil von 1 %  
(restliche Bevölkerung ca. 7,5 %)

davon

- aus der unmittelbaren Nachbarschaft  
(der enge Kreis) ca. 57 %
- aus weiteren Regionen  
(der breite Kreis) ca. 17 %
- aus entlegenen Regionen ca. 11 %
- aus Ausland ca. 16 %

### Fortzüge insgesamt: 4.526

durchschnittlich pro Jahr ca. 750  
entspricht dem Anteil von 1,5 %  
(restliche Bevölkerung ca. 7,5 %)

davon

- in die unmittelbare Nachbarschaft  
(der enge Kreis) ca. 52 %
- in weitere Regionen  
(der breite Kreis) ca. 16 %
- in entlegene Regionen ca. 6 %
- nach Ausland ca. 26 %

Grafik: Sozialamt/SoPlan  
Datenquelle: KEWIS, eig. Berechnungen

Noch geringer ist die Mobilität älterer Menschen, wenn es darum geht, ihren Wohnsitz nach Mannheim oder von Mannheim weg zu nehmen: Hier ziehen jährlich ca. 750 Menschen von Mannheim fort und ca. 450 zu, wenn man den Vergleichszeitraum in der zweiten Hälfte der 90er Jahre wählt.

### 3.1.4 Renteneinkommen im Alter

Die gesetzliche Rentenversicherung als umlagefinanziertes System ist die Hauptsäule der Alterssicherung. Mit der einheitlichen Rentenanpassung zum 01.07.2000 in Höhe von 0,6 % ist die monatliche verfügbare Eckrente in den alten Bundesländern auf 2.020 DM gestiegen. Die durchschnittlich verfügbare Versichertenrente für Frauen und Männer liegt in den alten Ländern bei 1.330 DM.

Eine Sonderauswertung der Rentenstatistik<sup>31</sup> des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für die Stadt Mannheim gibt einen Überblick über die Struktur der Renteneinkommen in Mannheim:

**Tabelle 4 Rentner/-innen nach Rentenart, Rentenhöhe und Geschlecht in Mannheim 1999**

Rentnerstatus	Anzahl	Rente in DM Mannheim	Rente in DM Bund
<b>Männer</b>	25.560	2.070	1.835
Einzelrentner	24.862	2.063	1.826
Versichertenrentner	24.632	2.078	1.844
Witwerrentner	230	430	422
Mehrfachrentner	698	2.350	2.135
<b>Frauen</b>	39.100	1.421	1.238
Einzelrentnerinnen	26.667	1.129	975
Versichertenrentnerinnen	20.694	1.117	986
Witwenrentnerinnen	5.963	1.128	940
Mehrfachrentnerinnen	12.433	2.070	1.883
<b>Gesamt</b>	<b>64.660</b>	<b>1.678</b>	<b>1.475</b>

Quelle: VDR – Rentenzahlbestandsstatistik zum 01.07.1999 für Mannheim

- In Mannheim gibt es Mitte 1999 insgesamt 64.660 Rentnerinnen und Rentner mit einer Durchschnittsrente von 1.678 DM.
- Frauen überwiegen im Rentenbezug mit 60 % und haben eine im Schnitt um 650 DM niedrigere Rente.
- Frauen und Männer unterscheiden sich auch nach der Rentenart: während Männer fast ausschließlich Versichertenrenten beziehen, erhalten Frauen etwa zur Hälfte Versichertenrenten, zu 1/6 Witwenrenten und zu 1/3 Mehrfachrenten.
- Die Rentenhöhen liegen in Mannheim um ca. 10 % höher als im Bundesdurchschnitt – eine Folge des höheren Lohnniveaus der «Industriestadt» Mannheim.

Einen weiteren Überblick über das Rentenniveau in Mannheim erhält man, wenn man nach Rentnerstatus und Rentenhöhe unterscheidet:

<sup>31</sup> Dabei wird unterschieden zwischen einer «**Rentenbestandsstatistik**» (Stichtag hier: 31.12.1998), die Renten unterscheidet nach Rentenart, Rentenhöhe, der Art der Kranken-/Pflegeversicherung, Dauer der Beitragszeiten, Versicherungs- oder Arbeitsjahre, und einer «**Rentenzahlbestandsstatistik**», die Rentner/-innen unterscheidet nach Geschlecht, Alter, Rentnerstatus und Rentenzahlbeitrag (Stichtag hier: 01.07.1999).

**Tabelle 5 Rentner/-innen nach Rentenart und Rentenhöhe in Mannheim 1999**

Rentenhöhe in DM	Versicherungsrentner/- innen		Witwenrentner/-innen		Mehrfachrentner/- innen	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
< 300	2.000	4,4	400	6,5	7	0,1
300-599	4.253	9,4	791	12,8	133	1,0
600-899	3.823	8,4	965	15,6	420	3,2
900-1199	5.054	11,2	1.300	21,0	698	5,3
1200-1499	5.785	12,8	1.395	22,5	1.137	8,7
1500-1799	4.732	10,4	814	13,1	1.963	15,0
1800-2099	4.612	10,2	349	5,6	2.060	15,8
2100-2399	5.146	11,4	141	2,3	2.172	16,6
2400-2699	4.669	10,3	32	0,5	1.658	12,7
2700-2999	3.157	7,0	5	0,1	905	6,9
>= 3000	2.095	4,6	1	0,0	1.916	14,7

Quelle: VDR – Rentenzahlbestandsstatistik zum 01.07.1999 für Mannheim

- Knapp 1/3 der Mannheimer Rentner/-innen haben ein Renteneinkommen vom mehr als 2.400 DM.
- 1/3 der Rentner/-innen liegen mit ihrer Versichertenrente unter 1.200 DM, in erster Linie Frauen. Bei den Witwenrenten sind es mehr als die Hälfte, fast ausschließlich Frauen.

### 3.2 Schätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs – Infratest-Hochrechnung

In einer Infratest-Studie<sup>32</sup>, die der Einführung der Pflegeversicherung vorausging, wurden private Haushalte zur Pflegebedürftigkeit interviewt. Danach wird deutlich, dass die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter steigt. Ab dem 85. Lebensjahr ist jede vierte Person davon betroffen, bei den 80-84-Jährigen ist es nur jede zehnte Person, bei den unter 70-jährigen älteren Menschen sinkt die Pflegebedürftigkeitsrate auf 1,5 %.

Die Schätzung des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen nach dem überarbeiteten «Pflegeintervallmodell» von Infratest Burke für Mannheim ergibt folgenden pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bedarf: Ausgehend von dieser bundesweiten repräsentativen Umfrage wären dies Ende 1999 in Mannheim 2.780 Personen (65 Jahre und älter) mit Pflegebedarf in Einrichtungen (daneben hätten ca. 3.600 einen Pflegebedarf in Privathaushalten und ca. 5.850 einen hauswirtschaftlichen Bedarf).<sup>33</sup>

Die Zahlen dieser Pflegebedarfsschätzung weichen von der des Landes leicht ab, u. a. auch deshalb, weil dort von einer geringeren Gesamteinwohnerzahl Mannheims ausgegangen wird (vgl. Kap. 3.3).

<sup>32</sup> Schneekloth, Ulrich u. a., 1996: Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten – Endbericht, BMFSFJ-Schriftenreihe Bd. 111.2, Stuttgart.

<sup>33</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Wirkungen der Pflegeversicherung (Autoren: Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo), BMG-Kurzberichte Forschung, Bd. 127, Baden-Baden 2000.

### 3.3 Hilfe- und Pflegebedarf in Mannheim

Für Mannheim enthält der Landespflegeplan Baden-Württemberg u. a. folgende Daten, Schätzungen bzw. Vorgaben:

- Bis zum Jahr 2010 steigt bei einer insgesamt rückläufigen Einwohnerzahl der Anteil Hochaltriger um rund 20 % (vgl. Kap. 3.1.1).
- Bei einer Gesamtzahl von 308.903 Einwohner/-innen (davon ca. 70.335 60 Jahre und älter, ca. 50.903 65 Jahre und älter bzw. ca. 11.843 80 Jahre und älter) im Jahr 1998 (zu beachten: die Mannheimer Einwohnerfortschreibung geht hier von 320.000 Einwohner/-innen aus!) haben 6.359 der 65-Jährigen und Älteren einen vorrangig hauswirtschaftlichen Bedarf und 3.088 einen Pflegebedarf im ambulanten Bereich, davon 1.411 in Pflegestufe I, 1.254 in Pflegestufe II und 423 in Pflegestufe III. 3.824 Personen sind in Wohn-, Alten- oder Pflegeheimen untergebracht.
- Nach der Hochrechnung der Pflegestatistik der AOK Baden-Württemberg liegen die Werte etwas niedriger : danach sind 2.896 Mannheimer/-innen oder 4,2 % der Bevölkerung ab 60 Jahren pflegebedürftig, davon 1.305 in Pflegestufe I, 1.230 in Pflegestufe II und 361 in Pflegestufe III.
- Von 3000 Pflegebedürftigen ab 60 Jahren in Privathaushalten («Nutzer ambulanter Dienste») nehmen mehr als 3/4 (exakt 2.291 bzw. 75,4 %) Pflegegeld in Anspruch; 318 bzw. 10,6 % erhalten Sachleistungen und 391 bzw. 13 % Kombinationsleistungen.
- Für 2010 sieht der Landespflegeplan nach der oberen Berechnungsvariante 2.740 Dauerpflegeplätze vor (untere Berechnungsvariante: 2.440 Plätze), 80 Kurzzeitpflegeplätze (bzw. 60) und 160 Tagespflegeplätze (bzw. 120).

Bis zur Entwicklung eigener Indikatoren<sup>34</sup> im örtlichen Zusammenhang sind die Anhaltswerte des Landes der Orientierungsrahmen für die kommunale Planung.

#### 3.3.1 Pflegebegutachtungen

Hauptbetätigungsfeld des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sind die Einzelfallbegutachtungen von Menschen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Prüfung der Arbeitsunfähigkeit (letzteres ist nicht Thema dieses Berichts). Daneben gehört es auch zur Aufgabe des MDK, die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und ihrer Umsetzung und Anwendung, die das Verordnungs- und Leistungsverhalten z.B. der Ärzte und Krankenhäuser prägen, zu steuern. Die auf das Versorgungssystem gerichteten Aufgaben beziehen sich unter anderem auf

- Krankenhausplanung,
- neue Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung,

---

<sup>34</sup> Zur Entwicklung solcher indikatorengestützten Bedarfswerte, die über reine einwohnerbezogenen Richtwerte hinaus gehen und ein Indikatorensystem für die kommunale Bedarfsplanung liefern sollen, vgl.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), 1995: Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen, Band I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Band II: Planungshilfen für die Kommunen, Düsseldorf.

- Förderung der Qualität in der gesamten Medizin,
- Transparenz der Arzneimittelversorgung.

In diesem Kontext unterstützt der MDK die Krankenkassen/Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen und wirkt bei der Gestaltung von Verträgen mit. Er bringen den sozialmedizinischen Sachverstand so ein, dass Versorgungs- und Leistungsstrukturen zugunsten der Versicherten weiter verbessert werden.

**Tabelle 6: Pflegebegutachtungen des MDK im ambulanten Bereich in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999**

Bezirk	Pflegestufe				Gesamt	EW	EW	EW
	0	I	II	III			60 u.ä.	80 u.ä.
<b>Nord</b>	210	273	208	40	731	58.876	13.102	1.948
<b>Nordost</b>	102	110	82	16	310	53.477	14.204	2.261
<b>Neckarstadt</b>	192	218	144	35	589	54.418	10.363	1.697
<b>Mitte</b>	207	240	186	50	683	73.984	15.455	3.084
<b>Almenhof/Neckarau</b>	76	96	72	13	257	31.672	7.616	1.439
<b>Süd</b>	160	146	133	24	463	47.412	10.048	1.338
<b>nicht zugeordnet</b>	642	1.006	839	200	2.687	.	.	.
<b>MA-Gesamt</b>	<b>1.589</b>	<b>2.090</b>	<b>1.666</b>	<b>381</b>	<b>5.726</b>	<b>319.689</b>	<b>71.808</b>	<b>11.767</b>

Quelle: MDK Mannheim; Gesamtzahl der Begutachtungen im Jahr 1999; ein Gesamtüberblick der Begutachtungen seit Einführung der Pflegeversicherung für den ambulanten Bereich von 1996 bis 2000 war aufgrund der Datenlage nicht möglich.

- In Mannheim sind im Jahr 1999 von 5.762 Personen in Privathaushalten 36,5 % in Pflegestufe I, 29,0 % in Pflegestufe II und 6,6 % in Pflegestufe III eingestuft worden; 27,8 % haben keine Zuordnung in eine dieser Pflegestufen erhalten.
- Lässt man die Pflegestufe 0 außer Betracht, dann ergibt sich folgende Verteilung: 50,5 % in Pflegestufe 1, 40,3 % in Pflegestufe 2 und 9,2 % in Pflegestufe 3. Das entspricht in etwa der bundesweiten Einteilung der Leistungsbezieher/-innen der sozialen Pflegeversicherung: 52,2 % in Stufe 1, 36,9 % in Stufe 2 und 10,9 % in Stufe 3 im ambulanten Bereich.<sup>35</sup>
- Eine regionale Aufteilung der Pflegebegutachtungen nach den Bezirken der Sozialstationen ist problematisch, weil fast die Hälfte der Fälle vom MDK regional nicht zugeordnet wurden. Bei ca. 8 % der Menschen ab 60 Jahren, die im ambulanten Bereich Pflegeversicherungsleistungen erhalten, gibt es zwischen den Bezirken Schwankungen: mit einem bedeutend höheren Anteil in MA-Nordost und einem wesentlich niedrigeren Anteil in MA-Nord.

<sup>35</sup> Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherungsstatistik, zitiert nach: Bundesregierung (Hg.), Lebenslagen in Deutschland. Daten und Fakten. Materialband zum Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001.



**Tabelle 7: Pflegebegutachtungen des MDK im stationären Bereich in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999**

Bezirk	Pflegestufe				Gesamt
	0	I	II	III	
<b>Nord</b>	15	44	74	21	154
<b>Nordost</b>	18	45	86	29	178
<b>Neckarstadt</b>	24	67	109	29	229
<b>Mitte</b>	33	91	155	51	330
<b>Almenhof/Neckarau</b>	21	55	73	17	166
<b>Süd</b>	9	16	34	15	74
<b>nicht zugeordnet</b>	50	128	212	93	483
<b>MA-gesamt</b>	<b>170</b>	<b>446</b>	<b>743</b>	<b>255</b>	<b>1.614</b>

Quelle: MDK Mannheim; Gesamtzahl der Begutachtungen im Jahr 1999

- Lässt man die ca. 10 % der Einstufungen in die Pflegestufe 0 im stationären Bereich außer Betracht, dann verteilen sich die Leistungsbezieher/-innen nach der Begutachtung durch den MDK wie folgt: 30,9 % in Pflegestufe I, 51,5 % in Pflegestufe II und 17,7 % in Pflegestufe III.
- Gegenüber dem Bundesdurchschnitt – 37,4 % in Stufe I, 41,5 % in Stufe II und 21,5 % in Stufe III ergibt sich aus Sicht der Betroffenen ein besseres Bild, insbesondere deshalb, weil im Zuge von Folgegutachten besonders mehr Menschen mit psychischen Altererkrankungen Zugang in eine Pflegestufe gefunden haben.
- Bei einer Aufschlüsselung nach Leistungsarten der Pflegeversicherung ist festzustellen, dass mehr als die Hälfte auf Pflegegeld entfällt. Die Aufteilung im einzelnen: 50,2 % Pflegegeld, 8,1 % Pflegesachleistungen, 10,2 % Kombinationsleistungen, 25,7 % vollstationäre Pflege, Rest betrifft Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Urlaubspflege, vollstationäre Pflege in Behindertenheimen (= Zahlen für den Bund 1999; eine entspr. Aufschlüsselung für Mannheim ist noch erforderlich).
- Die regionale Verteilung der Pflegeeinstufungen hängt im stationären Bereich maßgeblich vom Standort der stationären Pflegeeinrichtungen ab.

Die Daten des MDK sind eine wichtige Grundlage für die Pflegebedarfsplanung. Im Zuge der weiteren Altenhilfeberichterstattung sollen sie aktualisiert, differenziert und auch überregional und interkommunal ausgewertet werden.<sup>36</sup>

### 3.3.2 Pflegeversicherungsleistungen

Hier sind die Pflegeversicherungsleistungen einer Pflegekasse nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen, nach Pflegestufen und regional aufgeschlüsselt. Für ein vollständiges Bild der Pflegeversicherungsleistungen sind die entsprechenden Angaben aller Pflegekassen erforderlich, zumal die AOK nur einen bestimmten Versichertenausschnitt in ihrem Mitgliederbestand hat.

<sup>36</sup> Ein Beispiel für eine kommunale Bedarfsplanung, die maßgeblich mit MDK-Daten arbeitet, ist die Münchner Altenhilfeplanung, vgl. Landeshauptstadt München/Sozialreferat (Hg.), Vollstationäre Pflege für ältere Menschen in München. Bedarfsplanung 1999, Beiträge zur Sozialplanung 155. Zitat aus diesem Bericht: «Der MDK fungiert als 'Zugangskontrolle' für die vollstationäre Pflege und reguliert somit den Bedarf an Pflegeplätzen» (Seite 21).

**Tabelle 8 Pflegeversicherungsleistungen der AOK nach Altersgruppen, ambulanten und stationären Leistungen und Pflegestufen 1999**

Altersgruppe	ambulant								stationär				Ges.	
	Sachleistungen				Pflegegeld				Ges.	St.1	St.2	St.3		Ges.
	St.1	St.2	St.3	Ges.	St.1	St.2	St.3	Ges.						
bis 59 Jahre	7	4	9	20	169	160	59	388	12	11	11	34	442	
60 - 64 Jahre	4	4	1	9	39	49	6	94	18	13	3	34	137	
65 - 69 Jahre	4	5	3	12	97	47	13	157	19	14	8	41	210	
70 - 74 Jahre	14	18	2	34	99	47	6	152	30	24	13	67	253	
75 - 79 Jahre	31	20	5	56	122	67	11	200	47	51	16	114	370	
80 - 84 Jahre	29	29	11	69	105	46	6	157	64	58	23	145	371	
85 - 89 Jahre	41	36	14	91	140	82	15	237	97	124	51	272	600	
90 Jahre u.m.	26	29	8	63	95	72	6	173	84	158	63	305	541	
<b>Gesamt</b>	<b>156</b>	<b>145</b>	<b>53</b>	<b>354</b>	<b>866</b>	<b>570</b>	<b>122</b>	<b>1.558</b>	<b>371</b>	<b>453</b>	<b>188</b>	<b>1.012</b>	<b>2.924</b>	

In den Sachleistungen sind auch die Kombileistungen enthalten.

- Bei den Leistungen der Pflegekasse für den ambulante Pflege überwiegen mit 82 % die Pflegegeldzahlungen. Der Anteil an Sachleistungen, d. h. die Inanspruchnahme professioneller Dienste für die häusliche Pflege ist vergleichsweise gering. Gemessen am faktischen Bedarf für eine qualifizierte Pflege zu Hause ist eine Steigerung der Sachleistungen fachlich gefordert.
- Der Anteil stationärer Pflegeversicherungsleistungen liegt bei 35 %, wobei der überwiegende Teil auf pflegebedürftige Menschen ab 75 Jahre entfällt.
- Pflegeversicherungsleistungen für die ambulante Pflege werden im Schnitt von jüngeren Altersgruppen in Anspruch genommen. Mit der Hochaltrigkeit steigt die Notwendigkeit zu stationärer Pflege.
- Von den Menschen ab 60 Jahre aufwärts in Mannheim haben im Jahr 1999 3,5 % Leistungen von dieser Pflegekasse erhalten, bei den Hochaltrigen ab 80 Jahren waren es 12,8 % aller Mannheimer/-innen in dieser Altersgruppe.<sup>37</sup>
- Der Anteil der Pflegestufe 3 liegt bei den Pflegeversicherungsleistungen im ambulanten Bereich bei 9 %, bei den Leistungen für die stationäre Pflege doppelt so hoch.
- Ca. 15 % der Pflegeversicherungsleistungen kommen Personen unter 60 Jahren zugute, darunter einem hohen Anteil an Kindern nach Unfällen, mit Down-Syndrom, Kiefern-Gaumen-Spalten etc.

<sup>37</sup> Geht man von einem Marktanteil von 45 % der AOK an den Pflegeversicherungsleistungen aus (wenn man den bundesweiten Anteil auch für Mannheim unterstellt), dann erhalten nach einer solchen Modellrechnung in Mannheim ca. 5.500 Personen ab 60 Jahren (davon ca. 3.400 ab 80 Jahren) Leistungen einer Pflegekasse; im stationären Bereich wären es ca. 2.200 pflegebedürftige Menschen ab 60 Jahren (bzw. ca. 1.600 ab 80 Jahren).

**Tabelle 9 Pflegeversicherungsleistungen der AOK für die ambulante Pflege in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999**

Sozialstationen- Bezirk	Ambulante Leistungen								Gesamt
	Sachleistungen				Pflegegeld				
	St. 1	St. 2	St. 3	Ges.	St. 1	St. 2	St. 3	Ges.	
<b>Nord</b>	46	35	13	94	231	172	31	434	528
<b>Nordost</b>	28	24	11	63	141	87	16	244	307
<b>Neckarstadt</b>	30	17	15	62	178	102	32	312	374
<b>Mitte</b>	27	38	8	73	129	94	19	242	315
<b>Neckarau/Almenhof</b>	6	8	0	14	60	39	7	106	120
<b>Süd</b>	19	23	6	48	127	76	17	220	268
<b>Gesamt</b>	<b>156</b>	<b>145</b>	<b>53</b>	<b>354</b>	<b>866</b>	<b>570</b>	<b>122</b>	<b>1.558</b>	<b>1.912</b>

Quelle: Pflegestatistik der AOK

- Die Pflegeversicherungsleistungen für die häusliche Versorgung verteilen sich auf die Stadtteile unterschiedlich. Gemessen am Bevölkerungsanteil liegen hier die Bezirke der Sozialstationen MA-Nord und MA-Mitte an der Spitze, unterdurchschnittliche Leistungen dieser Pflegekasse fließen nach Almenhof/Neckarau. Das ist ein Indiz dafür, dass die AOK einen überproportionalen Mitgliederbestand in Regionen mit eher einkommensschwacher Bevölkerung hat.

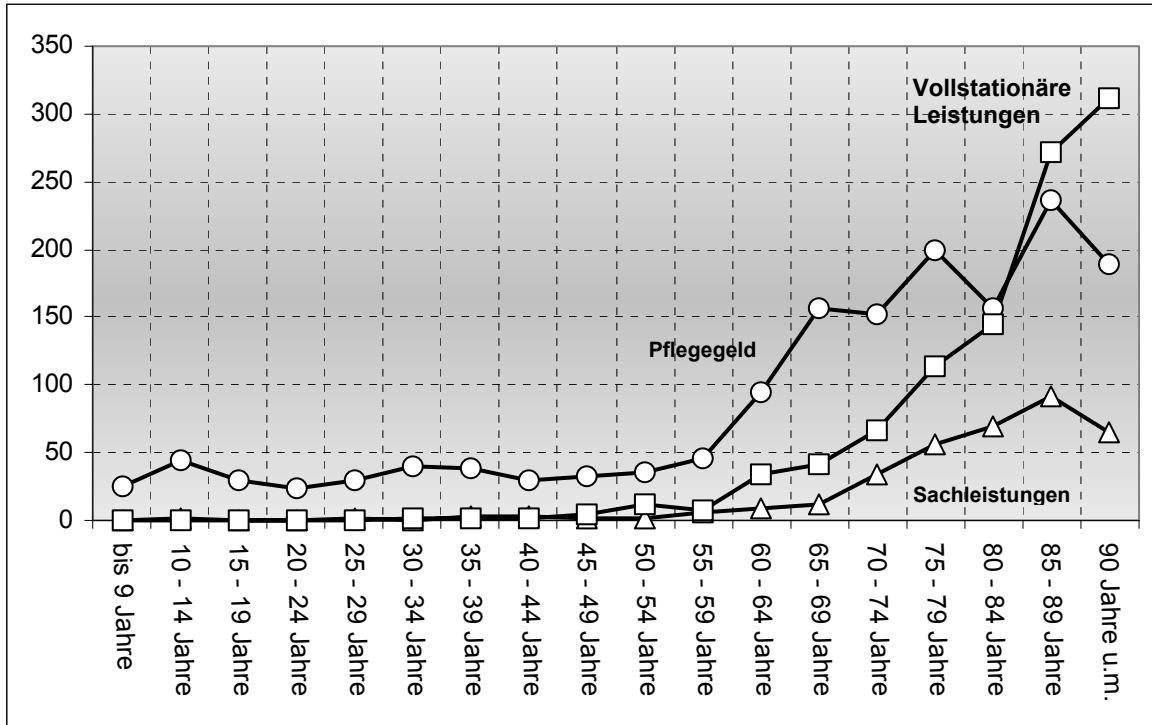
**Tabelle 10 Pflegeversicherungsleistungen der AOK für die stationäre Pflege in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999**

Sozialstationen- Bezirk	Stationäre Leistungen				Pflegeplätze	
	St. 1	St. 2	St. 3	Ges.	Anzahl	je EW ab 80
<b>Nord</b>	50	46	17	113	166	8,5 %
<b>Nordost</b>	68	64	31	163	482	21,3 %
<b>Neckarstadt</b>	63	74	20	157	401	23,6 %
<b>Mitte</b>	115	187	85	387	782	25,4 %
<b>Neckarau/Almenhof</b>	61	62	23	146	439	30,5 %
<b>Süd</b>	14	20	12	46	132	9,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>371</b>	<b>453</b>	<b>188</b>	<b>1.012</b>	<b>2402</b>	<b>20,4 %</b>

Quellen: Pflegestatistik der AOK, KEWIS, Heimstatistik; Stand der Pflegeplätze: 6/2000

- Die Pflegeversicherungsleistungen für die stationäre Pflege orientieren sich in ihrer regionalen Verteilung in erster Linie an den Standorten der Mannheimer Altenpflegeheime (vgl. hierzu Grafik 16). Die Regionen MA-Nord und MA-Süd sind hier mit Pflegeplätzen unterversorgt. Für die weitere Planung in der stationären Pflege hat der Sozialausschuss daher auch konsequenterweise die Schaffung neuer Pflegeplätze in diesen beiden Regionen im Spätjahr 2000 beschlossen (vgl. hierzu Kap. 4.1.5).

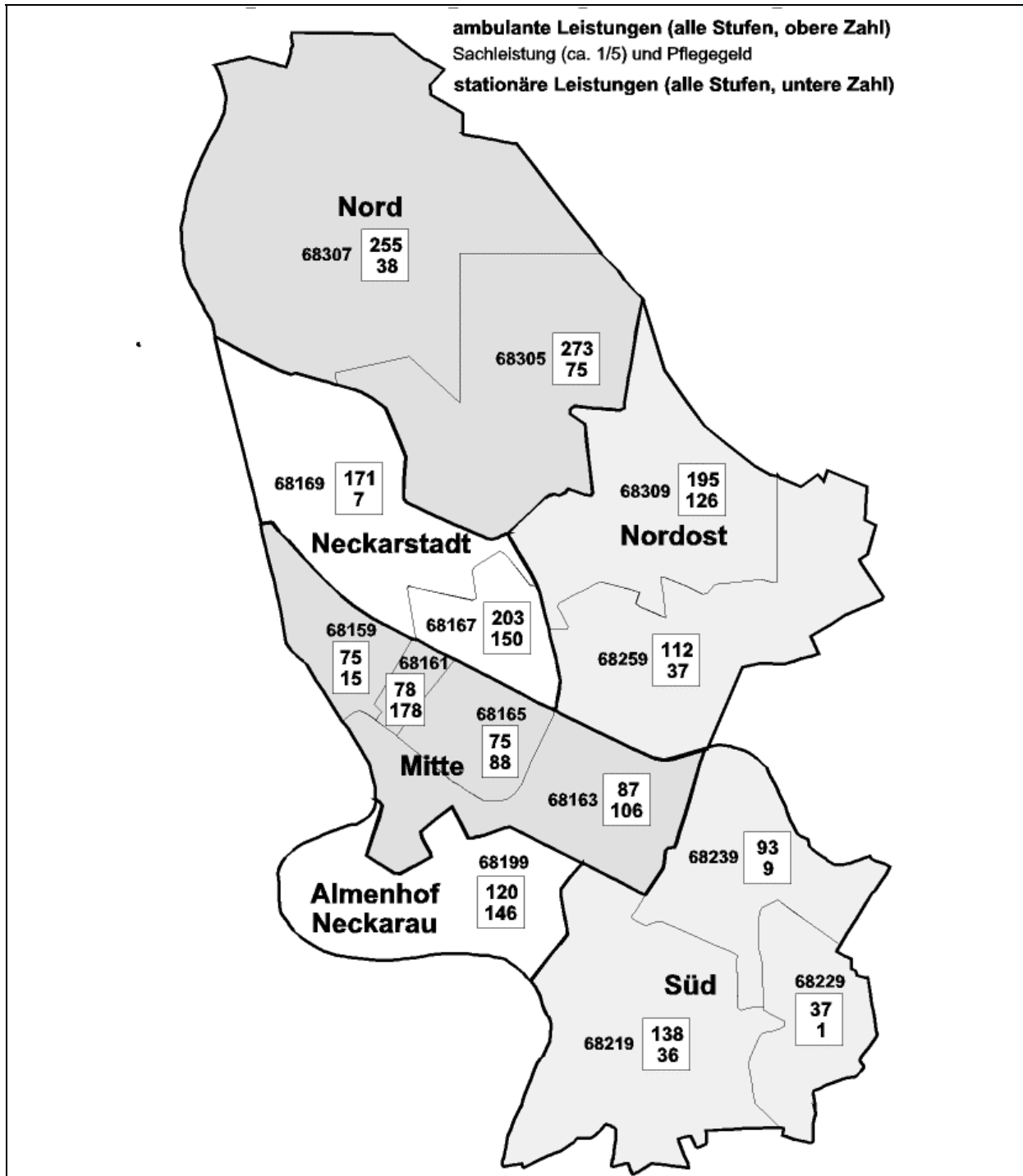
**Grafik 8 Altersverteilung der Pflegeversicherungsleistungen der AOK 1999**



Quelle: Pflegestatistik der AOK

- Die Grafik zeigt noch einmal die altersabhängige Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen: mit Eintritt in das Rentenalter beginnt praktisch die Inanspruchnahme, zunächst vorwiegend mit Pflegegeld zur Unterstützung der häuslichen Pflege bis ins Alter von 75-80 Jahren, in der Phase der Hochaltrigkeit steigt dann vor allem der Anteil stationärer Pflegeleistungen. Der Anteil von Sachleistungen ist demgegenüber vergleichsweise gering.

**Grafik 9: Pflegeversicherungsleistungen der AOK nach Regionen 1999**



Diese Übersichtskarte gibt innerhalb der Sozialstationen-Einzugsbereiche noch eine kleinräumigere Aufschlüsselung der Pflegeversicherungsleistungen auf der Ebene der Postleitzahlen-Bezirke.

### 3.3.3 Hilfe zur Pflege

Im Zuge der laufenden Sozialhilfeberichterstattung werden künftig auch regelmäßige Auswertungen zu den Hilfen in besonderen Lebenslagen durchgeführt, insbesondere zu der Hilfe zur Pflege. Das rundet im Zusammenhang mit den Altersstrukturdaten, Pflegebegutachtungen, Pflegerversicherungsleistungen und Pflegedienstleistungen das Bild über die pflegerische Versorgung in Mannheim ab.

Der Sozialhilfeträger unterstützt pflegebedürftige Personen, indem er die mit der Pflege verbundenen Kosten übernimmt oder abmildert – insbesondere für die Fälle, wo ein pflegerischer Bedarf vorliegt, aber keine Zuteilung einer Pflegestufe erfolgt ist oder wenn die Leistungen der Pflegekasse zur Bestreitung der Kosten für die häusliche Versorgung bzw. ambulante Versorgung oder die Heimkosten nicht ausreichen.

Die Hilfe zur Pflege unterstützt (unter Berücksichtigung der Einkommensgrenzen nach § 79 bzw. 81 BSHG vorrangig die häusliche Pflege (§ 69 in Verbindung mit § 3a BSHG). Das geschieht in Form von Pflegegeld oder durch die Übernahme angemessener Kosten für (private oder professionelle) Pflegepersonen sowie durch Hilfsmittel und Beitragszahlungen für eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson, wenn diese nicht anderweitig gesichert ist. Wenn die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht oder (vgl. § 3a BSHG Abs. 2 BSHG) mit unverhältnismäßigen Mehrkosten gegenüber einer stationären Unterbringung verbunden ist, übernimmt die Hilfe zur Pflege die Aufwendungen für die stationäre Pflege.<sup>38</sup>

An Stelle des früheren Kostendeckungsprinzips ist seit Januar 1999 die Übernahme von Vergütungen für stationäre Leistungen durch den Sozialhilfeträger an eine dreifache Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung geknüpft (der «Baden-Württembergische Weg» zur Vereinbarung der Pflegesätze und Entgelte im Pflegeheim nach dem 8. Kapitel SGB XI und §§ 93ff BSHG).

**Tabelle 11: Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 2000 (Stand: Juli)**

Region	Pfleigestufen					Gesamt
	0k	0g	I	II	III	
<b>Nord</b>	2	4	14	29	11	60
<b>Nordost</b>	1	14	37	55	21	128
<b>Neckarstadt</b>	12	3	42	60	19	136
<b>Mitte</b>	18	28	46	86	39	217
<b>Almenhof/Neckarau</b>	11	11	52	40	18	132
<b>Süd</b>	4	4	11	13	7	39
<b>MA-Gesamt</b>	<b>48</b>	<b>64</b>	<b>202</b>	<b>283</b>	<b>115</b>	<b>712</b>

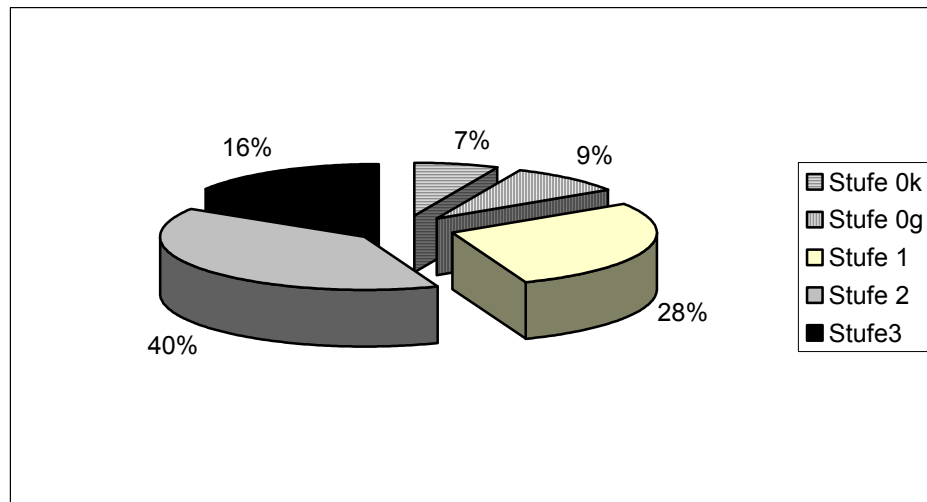
*Bei der «Pfleigestufe 0» ist ein pflegerischer Bedarf gegeben, der 45 Minuten täglich unterschreitet. Hierbei unterscheidet der Sozialhilfeträger noch in eine «Stufe 0k» (0-19 Minuten – kein Bedarf) und in eine «Stufe 0g» (20-44 Minuten – geringer Bedarf).*

Die hier präsentierten Daten der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen basieren auf DV-gestützten Sozialhilfe-Verfahren und berücksichtigen nur ca. 3/4 aller Anspruchs-

<sup>38</sup> Bundesregierung (Hg.), Lebenslagen in Deutschland. Daten und Fakten. Materialband zum Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001, Seite 221.

berechtigten . Das restliche 1/4 der Fälle ist zum Teil noch nicht in das DV - Verfahren aufgenommen oder befindet sich noch im Antragsverfahren, weil z. B. noch kein/e Betreuer/-in bestellt oder die Pflegeeinstufung noch nicht durchgeführt wurde.

**Grafik 10 Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen 2000**



Quelle: FB 50/MASIS – MAnnheimer SozialhilfeInformationsSystem

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung sind die Leistungen der Hilfe zur Pflege und damit die finanziellen Aufwendungen durch die Kommune erheblich zurückgegangen: 84 % der Pflegebedürftigen sind eingestuft. Die überwiegende Mehrheit von ihnen (über 90 %) erhalten die Sozialhilfeleistung ergänzend zur Pflegeversicherungsleistung. Die Minderheit der Eingestuften, die nicht Mitglied einer Pflegekasse sind (weniger als ein Zehntel der Pflegebedürftigen), sowie über 100 Personen ohne eine Pflegestufe nach PflegeVG erhalten ausschließlich Hilfe zur Pflege.

Vor Umsetzung der Pflegeversicherung wurden für über 1.800 Heimbewohner/-innen die Heimkosten übernommen. Diese Zahl hat sich aktuell auf ca. 1.100 Heimbewohner/-innen (davon rund 100 Personen, die durch auswärtige Sozialhilfeträger unterstützt werden) reduziert. Etwa 40 % der Personen, die vor Einführung der Pflegeversicherung über die Sozialhilfe finanziert wurden, tragen die Kosten der Versorgung im Pflegeheim selbst. Insgesamt beziehen in Mannheim immer noch rund 40 % der Heimbewohner/-innen Leistungen der Sozialhilfe.

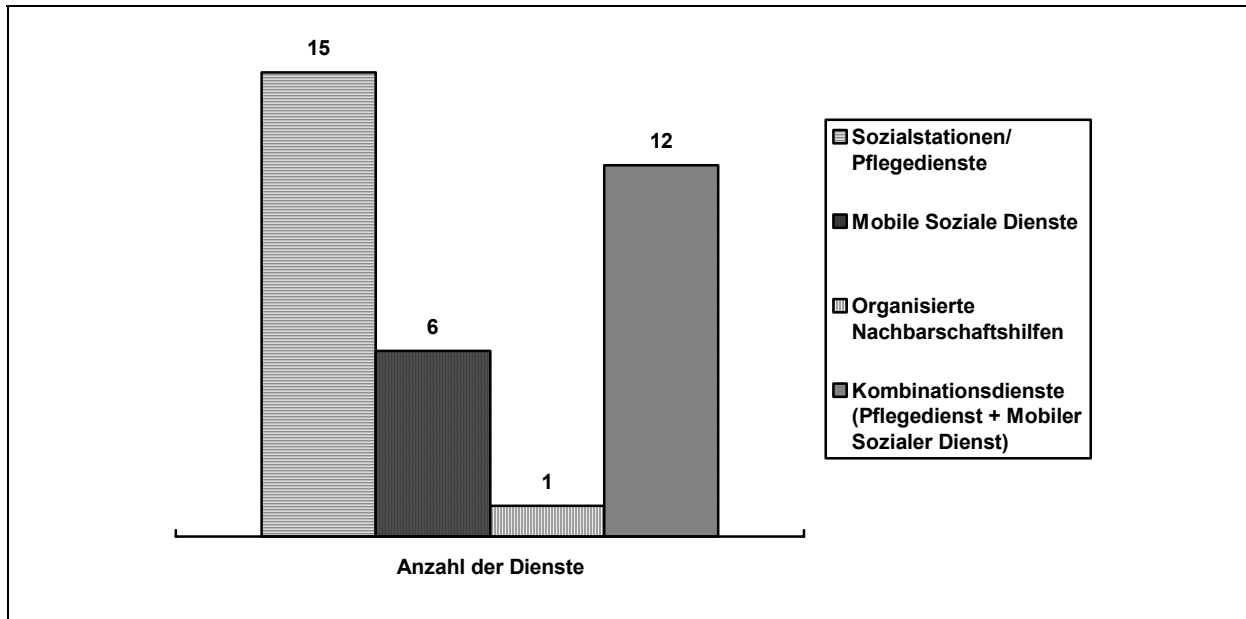
Die Einführung der Pflegeversicherung hatte eine dauerhafte Reduzierung der Sozialhilfenaufwendungen (örtlich und überörtlich) von jährlich gut 30 Mio. DM zur Folge. Damit wurde das sozialpolitische Ziel der Pflegeversicherung, durch die Leistungen der Pflegeversicherung möglichst viele Sozialhilfebezieher/-innen aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen, erreicht.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> «Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, sind die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit der Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung vom Jahresende 1994 zum Jahresende 1995 um knapp 60 vH von rd. 157.000 auf rd. 74.000 zurückgegangen ... Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Bezogen auf das Jahresende 1995 gab es 1998 im stationären Bereich rd. 130.000 Personen weniger, die auf pflegebedingte Leistungen angewiesen waren. Dies entspricht einem Rückgang von 44,4 vH.», vgl: BMG 2001, Zweiter Bericht, S. 69/70.

### 3.3.4 Pflegeleistungen ambulanter Dienste

Die Pflege- und Betreuungsstatistik des Landes Baden-Württemberg, die 1999 durch die Bundes-Pflegestatistik abgelöst wurde (vgl. Kap. 2.2.5), enthält u. a. Angaben zu den Typen ambulanter Dienste und den vom ihnen versorgten Menschen.

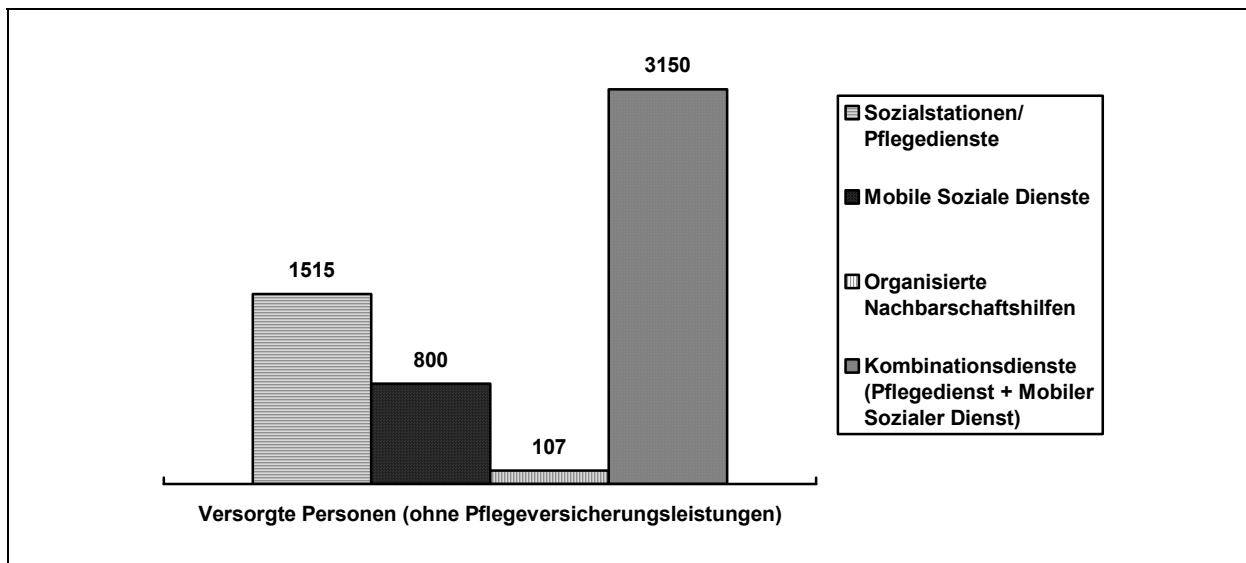
**Grafik 11: Ambulante Dienste in Mannheim 1999**



Quelle: Statistisches Landesamt, Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Stand: 01.01.1999

Der Landesstatistik zufolge gibt es in Mannheim Anfang 1999 15 Sozialstationen und weitere 19 ambulante Dienste (vgl. hierzu Kap. 4.1).

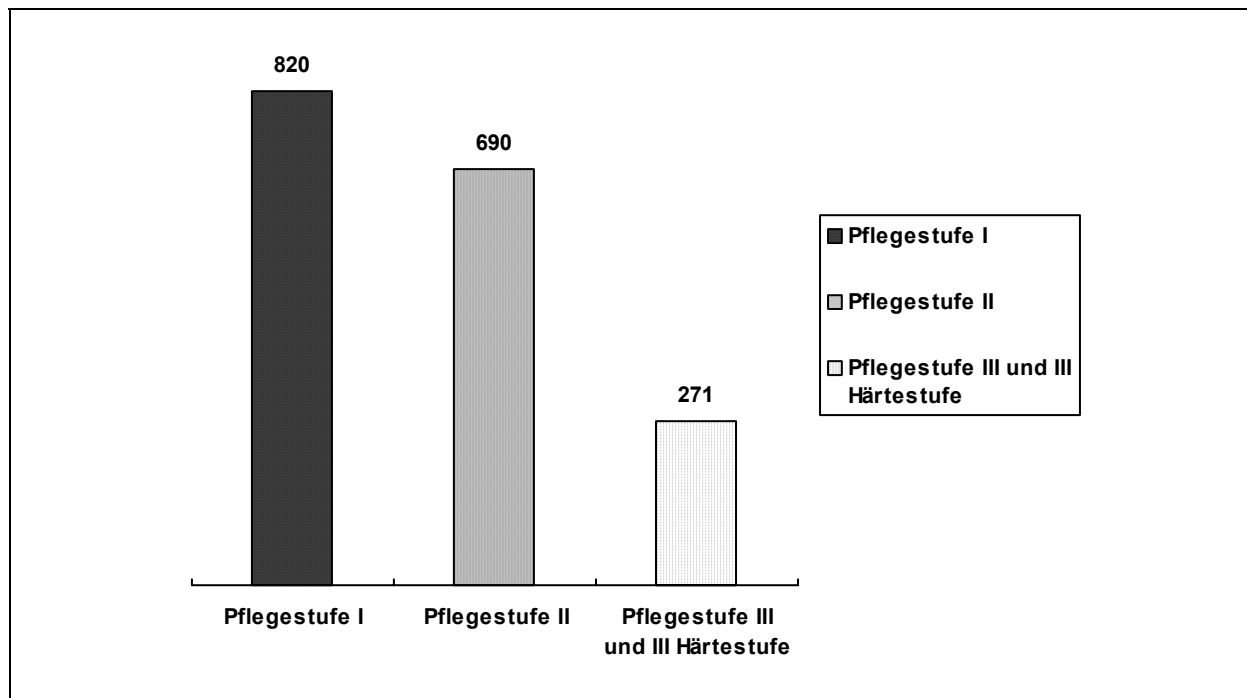
**Grafik 12: Anzahl der durch Ambulante Dienste versorgten Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen in Mannheim im Jahr 1999**



Quelle: Statistisches Landesamt, Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Fallzahlen 1998



**Grafik 13: Anzahl der durch Ambulante Dienste versorgten Personen mit Pflegeversicherungsleistungen in Mannheim 1999**



Quelle: Statistisches Landesamt, Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Fallzahlen aus dem Berichtsjahr 1998

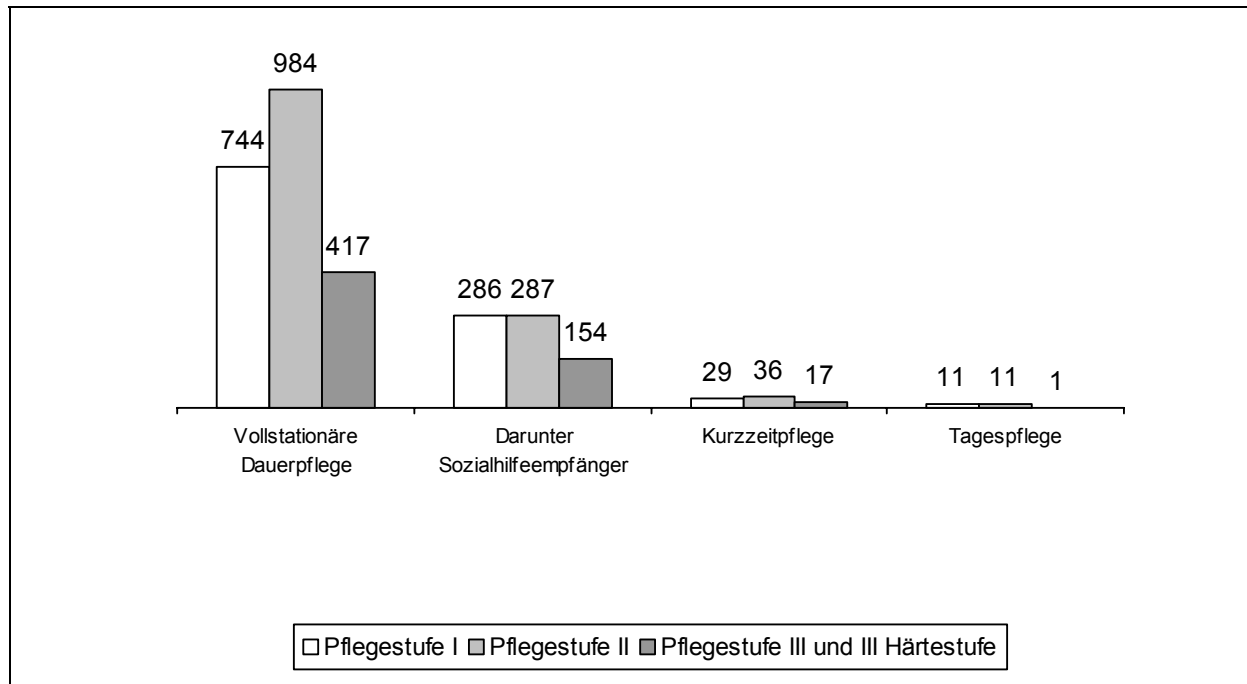
- Der überwiegende Teil der durch ambulante Dienste in Mannheim versorgten Personen, nämlich 3/4, ist nicht pflegebedürftig bzw. hat keinen Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen, 1/4 der «Kunden» hat eine Einstufung in eine Pflegestufe (vgl. Grafiken 12 und 13).
- Den Hauptteil der Dienstleistungen im ambulanten Bereich stellen heute kombinierte Dienstleistungen dar, d. h. die Pflegedienste erweitern ihre Angebotspalette.
- Die ambulanten Dienste haben im Berichtsjahr 1998 insgesamt 1.781 Personen mit Pflegeversicherungsleistungen versorgt. Knapp die Hälfte der Kunden ist in Pflegestufe I.

«Härtere Daten» über das Leistungsangebot und die Struktur der von ambulanten Pflegeeinrichtungen und Diensten betreuten und gepflegten Personen, als sie die Landespflegestatistik ausweist, liefern die jeweiligen Geschäftsstatistiken der Einrichtungen, die auch systematische Auswertungen nach Geschlecht, Alter, Nationalität, innerstädtischem Wohnort und die Art der Hilfeleistungen zulassen. Mit dem Diakonischen Werk ist im Jahr 2000 exemplarisch eine solche Auswertung vorbereitet worden, die jedoch nur Sinn macht, wenn ein Großteil der Träger seine Geschäftsstatistik für gemeinsame Planungszwecke öffnet.

### 3.3.5 Stationäre Pflege

Die baden-württembergische Pflege- und Betreuungsstatistik lässt auch einen Überblick über die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten älteren Menschen in Mannheim (für das letzte Berichtsjahr 1998 dieser Landesstatistik) zu:

**Grafik 14: Versorgte Personen mit Pflegeversicherungsleistungen in stationären Einrichtungen in Mannheim 1999**



Quelle: Statistisches Landesamt, Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Fallzahlen aus dem Berichtsjahr 1998

- Nach der Landesstatistik waren im Jahr 1998 insgesamt 2.145 Personen mit Pflegeversicherungsleistungen in Altenpflegeheimen, darunter 1/3 Sozialhilfebezieher/-innen. (Zu den aktuellen Zahlen vgl. Kap. 4.1, insbesondere auch zu den hier noch niedrigen Zahlen teilstationärer Angebote.)

### 3.4 Zunahme psychischer Alterserkrankungen

Die Ausgangslage, die das Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit zur Gründung des Gerontopsychiatrischen Forums in Mannheim im Jahr 1993/1994 veranlasst hat, lässt sich mit folgenden Beobachtungen beschreiben:

- Wenig Verständnis für die besondere Situation von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in der Altenhilfe und im Gesundheitsbereich;
- Zu wenige und kaum bedarfsgerechte Angebote für diesen Personenkreis;
- Einrichtungen und Träger, die auf diese Thematik nicht eingestellt sind;
- Berichte über die Zunahme versorgungsbedürftiger dementer Menschen in ambulanten und stationären Einrichtungen vor dem Hintergrund einer demografischen Zunahme älterer Menschen;

- Zunehmende Nachfrage pflegender Angehöriger nach Entlastung in ihrem Betreuungsalltag;
- Klagen über fehlende Hilfsmöglichkeiten und mangelnde Kooperation;
- Unklare Finanzierung für Demenzkranke vor Einführung der Pflegeversicherung.

Die Arbeitsgruppe Psychogeriatric beim Zentralinstitut für Seelische Gesundheit hat Mannheim mit ihrer epidemiologischen Versorgungsforschung zu einer der best erforschten Städte für Demenzerkrankungen gemacht – von hohem Wert für die kommunale Sozialplanung und die Angebotsplanung der Träger. Ihre Mitwirkung im Gerontopsychiatrischen Forum Mannheim<sup>40</sup> hat maßgeblich dafür gesorgt, dass das Gerontopsychiatrische Forum immer Anschluss an den Stand der wissenschaftlichen Diskussion in diesem Bereich gefunden hat. Die folgenden Daten basieren maßgeblich auf Ergebnissen aus Studien dieser anwendungsorientierten Forschungsgruppe.

*Das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Rund 60 % der Demenzformen werden der Alzheimerschen Krankheit zugeordnet, 20 % sind Folge vaskulärer Erkrankungen, der Rest ist durch beider Faktoren gleichzeitig oder seltene Krankheiten des Gehirns bedingt. Mittelschwere und schwere Demenzen treten bei ca. 6 % der über 65-Jährigen auf, leichte Demenzen in ähnlicher Höhe. In Mannheim betrifft das zusammen rund 6.000 Menschen.*

Es gibt viele Ursachen von Demenzen. Im Vordergrund stehen Demenzen vom Alzheimer Typ. An zweiter Stelle stehen die Demenzen vom vaskulären Typ (Durchblutungsstörungen), gefolgt vom so genannten Mischtyp (Kombination aus den erstgenannten Typen). Demenzen vom Alzheimer-Typ liegt eine Degeneration des Hirngewebes zu Grunde. Es kommen im Krankheitsverlauf z. B. Einschränkungen der Merkfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Orientierung, Halluzinationen und Wahnvorstellungen bis hin zum Verfall der Persönlichkeit vor. Das Verhalten ist geprägt von zunehmender Teilnahmslosigkeit und Vernachlässigung. Diese Entwicklung ist häufig begleitet von körperlichem Abbau, z. B. durch Inkontinenz oder Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, die unter Umständen eine Rund-um-die-Uhr-Pflege erfordern.

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Demenz (Prävalenz<sup>41</sup>). Bei den 65- bis 69-Jährigen sind es unter 2 %, bei den 80- bis 84-Jährigen 8 bis 13 %, bei den über 90-Jährigen liegt die Rate zwischen 25 und 42 %.

---

<sup>40</sup> Das **Gerontopsychiatrische Forum Mannheim** wurde im Jahr 1993/1994 als offenes verwal-tungs-, träger- und berufsgruppenübergreifendes Gremium gegründet und hat alle Beteiligten der gerontopsychiatrischen Versorgung an einem Runden Tisch versammelt. Mit einer Vielzahl von Veranstaltungen, Aktivitäten und Projekten hat dieses Forum das Thema psychische Alterserkrankungen und Demenz in den vergangenen sieben Jahren aus der Tabuzone gerückt und die freigeinnützigen und privaten Träger dazu animiert, spezielle Dienstleistungsangebote für demenzkranke Menschen zu entwickeln und ihre Zusammenarbeit kooperativer und effizienter zu gestalten. Das Forum hat dazu beigetragen, dass besondere Qualitätsstandards für die Betreuung und Pflege von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen entwickelt werden, in den Pflegeeinrichtungen konzeptionell-baulich-räumlich zum Zuge kommen und als Kriterien Eingang in Förderrichtlinien und die Förderpraxis erhalten.

Die Trägerschaft für das Forum hat das Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit übernommen. Die Leitung und Moderation wurde dem städtischen Sozialplaner übertragen (vgl. Mitglieder im Anhang).

Die Bilanz seiner Aktivitäten und Vorhaben hat das Gerontopsychiatrische Forum jetzt in einem 7-Jahresbericht niedergelegt, der zugleich das Selbstverständnis dieser Lobby für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in Mannheim widerspiegelt (vgl. Stadt Mannheim 2001).

<sup>41</sup> Prävalenz = Häufigkeit bestimmter Erkrankungen zu einem bestimmten Zeitpunkt.

In Zukunft wird die Zahl Demenzkranker zunehmen. Jährlich ist in Mannheim mit ca. 750 Neuerkrankungen zu rechnen (bei einer Inzidenzrate<sup>42</sup> von 1,5 %). Gleichzeitig nimmt das familiäre Pflegepotential ab. Die institutionelle Versorgung Demenzkranker gewinnt dadurch zunehmend an Bedeutung.

Unter den ca. 2.500 Heimbewohner/-innen (im Durchschnitt 5 % der über 65-Jährigen) steigt der Anteil der Demenzkranken. Fast die Hälfte aller Heimaufnahmen gehen auf demenzielle Störungen zurück. Fast 60 % der Heimbewohner/-innen leiden an einer Demenz. Nach einer epidemiologischen Studie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (Weyerer/Schäufele 1999) in 15 Mannheimer Altenpflegeheimen vor und nach Einführung der Pflegeversicherung ist der Anteil Demenzkranker unter den Heimbewohner/-innen 1995/96 von 53,8 % auf 58,6 % in 1997/98 gestiegen. Das Fachpersonal wurde im gleichen Zeitraum um ca. 13 % reduziert.

Mehr als 2/3 der Demenzerkrankten verbringen ihr Lebensende im Heim.

Über 60 % der Demenzkranken werden von der eigenen Familie versorgt. Diese Versorgungssituation stößt jedoch bei Rückgang des familiären Pflegepotenzials an ihre Grenzen. Die pflegenden Angehörigen sind an der Grenze ihrer Belastbarkeit. Sie sind dringend auf Unterstützung durch ambulante Dienste angewiesen, weil sie auf Dauer den hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand ohne professionelle Unterstützung nicht leisten können.

Eine Demenzerkrankung bedeutet nicht nur eine hohe seelische und körperliche Beanspruchung für die betroffenen Familien, sie bringt in der Regel auch eine starke finanzielle Belastung mit sich. Nehmen Angehörige fremde Hilfe in Anspruch, um den Anforderungen der häuslichen Betreuung auch über einen längeren Zeitraum gewachsen zu sein, entstehen oft beträchtliche Kosten.

### **3.5 Nachfragemuster – alte und pflegebedürftige Menschen als «Kunden»**

Ein umfassendes Bild über das Alter in Mannheim gibt es nicht. Die Lebens- und Notlagen älterer Menschen sind nur in Ausschnitten bekannt, am besten, wo es um Teilbereiche der Versorgung oder spezielle Dienstleistungen geht. Die Interessen, Bedürfnisse und Perspektiven der älteren Menschen, ihr Selbstbild, Selbstverständnis und Selbstbewusstsein werden zwar zunehmend zum Leitbild erklärt, in der Praxis aber noch nicht hinreichend zum bestimmenden Maßstab für die Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen und die Kommunalpolitik. Im Gegensatz zur Wirtschaft, die ältere Menschen längst als kaufkräftige Kunden im Visier hat, sehen die sozialpolitischen Akteure Alter immer noch in erster Linie als Versorgungsproblem, als Risiko einer mehr oder minder starken Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Neben dem Versorgungsbedarf dürfen im Planungsprozess die Eigeninteressen und Potenziale älterer Menschen aber nicht zu kurz kommen.

**«Kundenorientierung»** heißt, das Dienstleistungsangebot an den Belangen der nachfragenden Nutzer/-innen auszurichten. Die Modernisierung des Altenhilfeangebotes gelingt nur, wenn die Nutzer/-innen zu autonomen «Kunden» werden, in ihren alltäglichen Bedürfnissen wahrgenommen werden und die Träger ihre Leistungsangebote auf diese Belange zuschneiden und effektive Verfahren zur Qualitätssicherung entwickeln.

---

<sup>42</sup> Inzidenz = Zahl der Neuerkrankungen in einem Jahr.

Die «**Kundenperspektive**» kommt in den zwei Hearings mit Senior/-innen und Seniorenorganisationen Ende 2000 im Rahmen der Info-Tage für die Ältere Generation (vgl. Kap. 2.1.2) zum Ausdruck, bei denen ihnen drei Fragen vorgelegt wurden:

- Wie sieht die Stadt aus Ihrer Sicht aus – wo ist sie seniorenfreundlich/altengerecht, wo nicht?
- Wie erleben und bewerten Sie die Altenhilfe und Pflegelandschaft in Mannheim – vor allem im Hinblick auf Bedarfsdeckung und Kundenfreundlichkeit?
- Wie sehen Sie Ihre Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten an einer seniorenfreundlichen Stadt?

An den beiden Hearings teilgenommen haben einmal 20 Seniorinnen und Senioren aus unterschiedlichen Bereichen und in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen, und zum andern Vertreter/-innen politischer, verbandlicher und sonstiger Seniorenorganisationen und -einrichtungen<sup>43</sup>.

Durchgängige Meinung war: **Mannheim ist eine seniorenfreundliche Stadt**, aber in einigen Bereichen gibt es Defizite oder Verbesserungsbedarf:

- *Verkehr- und Mobilität:* Bemängelt wurden hier insbesondere fehlende öffentliche Toiletten im Innenstadtbereich, zu wenige Behindertenparkplätze in der City, fehlende Fußgängerampeln und zu kurze Grünphasen (z. B. Übergang der Quadrate zum Jungbusch und beim Café Koch im Lindenhof) und das Fehlen eines Seniorentaxis. Die Unterführung zwischen Theresienkrankenhaus und AOK ist großes Problem für Behinderte und ältere Menschen.
- *Städtebau und öffentlicher Raum:* Bemängelt wurde hier der fehlende rollstuhlgerechte Zugang in einige öffentliche Gebäude, fehlende Bürgersteigabsenkungen (insbesondere in der Innenstadt und Oststadt), ein zu geringer Bestand an barrierefreien Wohnungen (die keinen schnellen Umzug im Alter erfordern), zu wenige Einkaufsmöglichkeiten in Neubaugebieten (quartiernahe Angebote statt Einkaufsmärkte auf der grünen Wiese), fehlende öffentliche Trinkgelegenheiten an gut zugänglichen Plätzen (für ältere Menschen eine hohe Bedeutung; hier wurde ein «Trinkbrunnen-Konzept» vorgeschlagen); sehr unterschiedlich bewertet wurden die neuen Sitzbänke in der Fußgängerzone.
- *Sicherheit:* für mehr Sicherheit älterer Menschen in der Abendzeit wurde mehr Präsenz der Ordnungskräfte und der Polizei vorgeschlagen und zum Angstabbau Trainingsangebote für ältere Menschen.
- *Altenhilfe- und Pflegelandschaft:* hier wurde eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung und die Einstellung zusätzlichen Personals und seine Qualifizierung gefordert, Begegnungsmöglichkeiten zwischen Jung und Alt, Besuchsdienste in Pflegeheimen analog den «Grünen Damen» im Krankenhaus, der weitere Ausbau von Einzelzimmern in Altenpflegeheimen sowie künftig mehr pflegerische Angebote für ausländische Senior/-innen. Sehr kundenfreundlich beurteilt wurden die Arbeit der Bürgerdienste, die Wohnraumberatung des Seniorenbüros und das

---

<sup>43</sup> Vertreten waren die Seniorenunion der CDU, die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Senioren (ASS), die Katholische Arbeitnehmer-Bewegung (KAB), der Mannheimer Seniorenrat e.V., der Deutsche Seniorenring e.V., der VdK-Kreisverband Mannheim, der Sprecher der Heimbeiräte der Mannheimer Altenpflegeheime, die Berufsfachschule für Altenpflege (bfw), Vertreter der städtischen SeniorenTreffs und eine Vertreterin des Diakonischen Werks für die ehrenamtliche Seniorenarbeit.

Arbeit der Bürgerdienste, die Wohnraumberatung des Seniorenbüros und das Netzwerk der Selbsthilfegruppen.

- *Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten:* die Betroffenenbeteiligung soll stadtteil- und themenorientiert und auch in den Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen ausgebaut werden. Bürgerschaftliches Engagement und nachbarschaftliche Beziehungen sollen gestärkt werden. Die Altenpflegeheime und Heimbeiräte sollen sich mehr in den Stadtteil öffnen und sich stärker in die allgemeine Seniorenarbeit einbeziehen. Das Stadtjubiläum 2007 und die Lokale Agenda 21 sollen Wege zur stärkeren Einbeziehung älterer Menschen gefunden werden. Eingerichtet werden soll eine zentrale Beschwerdestelle bzw. ein «Kummerkasten» für ältere Menschen (beim Seniorenbüro in K 1 in Vorbereitung). Der Begegnung von Jung und Alt wird zur Verständigung der Generation hohe Bedeutung beigemessen. Kontrovers gesehen wird eine eigenständige politische Vertretung der Senior/-innen im Gemeinderat.

Das sind die wesentlichen Bewertungen, Kritikpunkte und Anregungen aus den beiden Hearings. Im Dialog mit anderen Fachbereichen wird vom Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren (verantwortlich vom Seniorenbüro und der Sozialplanung) geprüft, ob und wie die Vorschläge aus den Hearings umgesetzt werden können. Umsetzungsstand und Umsetzungsmöglichkeiten sollen dann unter Beteiligung anderer Fachbereiche mit den Senior/-innen und den Seniorenorganisationen besprochen werden.

Grundsätzlich wurde diese offene Form der Beteiligung von Senior/-innen und Seniorenorganisationen in der Altenhilfe- und Stadtpflegeplanung ausdrücklich begrüßt. Im Rahmen der jährlichen Info-Tage für die Ältere Generation sollen nach dem Wunsch der Beteiligten solche Hearings zur ständigen Einrichtung werden.

### **3.6 Bürgerschaftliches Engagement im Alter und in der Pflege**

*«Die Arbeit der in der Pflege ehrenamtlich engagierten Menschen ist unbezahlbar. Nicht die medizinische Versorgung steht im Vordergrund, sondern persönliche Zuwendung und menschliche Nähe. Sie sind kein Ersatz professioneller Pflegeleistung und dennoch eine wertvolle Bereicherung. Je besser die Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und beruflich engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist, desto größer ist der Nutzen. Unzureichende Kommunikation, mangelnde gegenseitige Akzeptanz und eine unklare Abgrenzung führen dagegen zu Reibungsverlusten. Aus der erhofften Entlastung kann so eine Belastung werden ... Die Einrichtungen müssen noch stärker auf die Wünsche und Möglichkeiten interessierter Bürger eingehen. Da gibt es ungenutzten Gestaltungsspielraum.»*

*Sozialminister Dr. Repnik zur Eröffnung des baden-württembergischen Landespflegetages 2001 am 10. Mai 2001 in Stuttgart, der unter dem Thema «Professionalität und Ehrenamt Zukunftsvision oder unüberbrückbarer Gegensatz» stand; Pressemitteilung des Landes Baden-Württemberg vom 10.05.2001.*

Bürgerschaftliches, ehrenamtliches und freiwilliges Engagement ist heute in vielen Einrichtungen der Altenhilfe zur Regel geworden. Soziale Betreuung älterer Menschen ist nicht im Minutentakt zu erledigen, sondern braucht Zeit und Zuwendung, die im Leistungskatalog der Pflegeversicherung nur unzureichend berücksichtigt ist. Hier sind viele Bürger/-innen für eine ehrenamtliche Arbeit zu gewinnen, wenn ihnen von der Einrichtung und den beruflich Tätigen der Weg dazu geöffnet wird und sie in ihrem Engagement ernst genommen und anerkannt werden. Es gibt hier viele Beispiele aus allen Bereichen der Altenhilfe: in den SeniorenTreffs, der Wohnberatung,

der Tagespflege, in den Pflegeheimen oder in der Hospizhilfe<sup>44</sup> – ob Vorlesen, Spazieren gehen oder Erzählrunden. Besonders gerne engagieren sich hier ältere Menschen im Vorruhestand.

Die Akzeptanz dieses Engagements lässt sich insbesondere dann erhöhen, wenn die Voraussetzungen stimmen: von den gesetzlichen Rahmenbedingungen, verbindlichen Standards für die ehrenamtliche Arbeit<sup>45</sup> bis zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Es geht nicht darum, das freiwillige und ehrenamtliche Engagement zu finanzieren, sondern dafür qualifizierte Voraussetzungen zu schaffen, die auch Fortbildungsmöglichkeiten, eine Begleitung und Aufwandsentschädigung für die Ehrenamtlichen beinhalten.

Für Mannheim steht eine umfassende Erhebung über das bürgerschaftliche, ehrenamtliche und freiwillige Engagement in der Altenhilfe und Pflege sowie über das Engagement älterer Menschen noch aus. Legt man die Ergebnisse bundesweiter Studien oder des Landes Baden-Württemberg<sup>46</sup> zugrunde, dann gibt es hier noch ein hohes ehrenamtliches Potenzial, das insbesondere zu einer Verbesserung der Pflege und des Images der Pflege beitragen kann.

---

<sup>44</sup> Das Land Baden-Württemberg hat im Mai 2001 eine Bundesratsinitiative zur Förderung der ehrenamtlichen Hospizarbeit durch die Krankenkassen auf den Weg gebracht. Der auch von anderen Bundesländern mitgetragene Referentenentwurf steht in Kürze im Bundesrat zur Entscheidung.

<sup>45</sup> Viele Verbände haben mittlerweile solche Standards formuliert. Vorbildlich sind die «MitMach-Regeln», die von der Mannheimer Börse für bürgerschaftliches Engagement gemeinsam mit vielen Organisationen in Mannheim 1999 entwickelt wurden.

<sup>46</sup> Vgl. z. B. die neue deutsche Ehrenamtsstudie von Infratest Burke u. a. oder die Empfehlungen der KGSt an die Kommunen zur Stärkung des Bürgerschaftlichen Engagements in KGSt-Bericht Nr. 6/1999.

## 4 Infrastruktur für ältere Menschen in Mannheim – Angebote, Versorgung, Qualität

Die institutionellen Angebote für ältere Menschen sind vielfältig. Bislang fehlt allerdings eine vollständige und aktuelle Übersicht über die gesamte Bandbreite der einzelnen Dienstleistungen von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. Mit diesem Stadtpflegerbericht wird ein erster systematischer Überblick über alle Anbieter sozialer Dienstleistungen in der Altenhilfe versucht. Die Zusammenstellung des Materials unterliegt allerdings noch gewisser Einschränkungen hinsichtlich seiner Vollständigkeit und Aktualität.

Perspektivisch erforderlich erscheint sowohl eine umfassende Erhebung insbesondere der verbandlichen, kirchlichen, betrieblichen und gewerkschaftlichen Altenarbeit, als auch eine fortgesetzte Datenpflege an zentraler Stelle.

Mit einer solchermaßen soliden und ständig aktuellen Datenbasis könnten in einem nächsten Schritt sozialräumliche Profile («gerontologische Stadtteilprofile») für die lokalen Versorgungsbereiche z. B. der Sozialstations-Bezirke oder auch der Stadtteile entwickelt werden. So ließen sich dezentrale Versorgungsstrukturen mit ihren Stärken und Schwächen abbilden und zu soziodemographischen Merkmalen der örtlichen (alternden) Wohnbevölkerung in Beziehung setzen.

### 4.1 Struktur des Hilfe- und Pflegeangebots in Mannheim

#### 4.1.1 Beratung und soziale Betreuung

##### 4.1.1.1 Seniorentreffs

Die Seniorentreffs sind Ausgangspunkte für Aktivitäten jeder Art, die eine sinnvolle Freizeitgestaltung, Kontaktmöglichkeiten und Lebensfreude vermitteln. Das Programm in den Seniorentreffs wird von den Besucher/-innen und Leiter/-innen gemeinsam gestaltet und ist daher je nach örtlicher Situation breit gefächert.

Die Öffnungszeiten sind grundsätzlich montags bis freitags 13.00 bis 18.00 Uhr (im einzelnen kann davon abgewichen werden).

**Tabelle 12: Stadtteilbezogene Seniorentreffs in städtischer Trägerschaft**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Feudenheim	FeudenheimTreff	Neckarstr. 11, 68259 MA	79 84 10	Frau Heitz
Friedrichsfeld	FriedrichsfeldTreff	Neudorfstr. 24, 68219 MA	47 84 08	Frau Edelman
Innenstadt	KurpfalzTreff	K1, 7, 68159 MA	15 16 07	Frau Reinhardt
Innenstadt	Mannheim - MitteTreff	P 7, 4, 68161 MA	2 83 10	Herr Wilke
Käfertal	KulturhausTreff Käfertal	Gartenstr. 8, 68309 MA	73 44 41	Frau Kriege
Lindenhof	LindenhofTreff	Eichelsheimer Str. 54- 56,	81 46 58	Frau Severin



		68163 MA		
Neckarau	AlmenhofTreff	Karl-Blind-Str. 5, 68199 MA	82 30 14	Frau Schipke
Neckarau	VolkshausTreff Neckarau	Rheingoldstraße 47-49, 68199 MA	85 81 78	Frau Fürst
Neckarstadt-Ost	HerzogenriedTreff	Am Brunnengarten 5, 68169 MA	30 18 66	Frau Rohr
Neckarstadt-West	BürgerhausTreff Neckarstadt	Lutherstr.17, 68169 MA	3 21 02 02	Frau Chang
Oststadt/ Schwetzingerstadt	AugartenTreff	Augartenstr. 69, 68165 MA	44 49 35	Frau Bertz
Rheinau	RheinauTreff	Relaisstr. 157, 68219 MA	89 51 10	Frau Ritter
Schönau	SchönauTreff	Pillauer Str. 15, 68307 MA	78 12 20	Frau Lehnert
Vogelstang	VogelstangTreff	Jenaer Weg 7, 68309 MA	70 79 75	Frau Scholz
Waldhof	GartenstadtTreff	Kirchwaldstr. 17, 68305 MA	74 33 96	Frau Westrich
Waldhof	RoggenstraßenTreff	Roggenstr. 5, 68305 MA	75 69 70	Frau Lukoschat
Waldhof	WaldhofTreff	Freier Weg 5-7, 68305 MA	75 23 28	Frau Ritter

Darüber hinaus existieren weitere stadtteilbezogene Seniorentreffs in frei-gemeinnütziger Trägerschaft:

**Tabelle 13: Stadtteilbezogene Seniorentreffs in freigemeinnütziger Trägerschaft**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Innenstadt	Seniorentreff der AWO für türkische Senioren	Jungbuschstr. 19, 68159 MA	148 93	Frau Girgin
Käfertal (Zuordn. Feu.hm)	Seniorenclub "Im Rott" (im Kirchenladen)	Marie-Bernays-Platz, 68309 MA	24 88 48	Herr Acker, Herr Schmidt
Oststadt/ Schwetzingerstadt	Seniorentreff der AWO Schwetzingerstadt	Seckenheimer Str. 72, 68165 MA	44 81 54	Frau Lammasch
Rheinau	Seniorentreff der AWO Rheinau	Plankstädter Str. 4, 68219 MA	89 17 29	Frau Henz
Sandhofen	Seniorentreff der AWO Sandhofen	Schönauerstr. 40a, 68309 MA	77 16 88	Frau Gertmann-Schmitt
Waldhof	ASB-Aktiven-Treff	Kirchwaldstr. 17, 68305 MA	7 62 82 63	Frau Auerswald

#### 4.1.1.2 Beratungsstellen für Senioren

Im Rahmen der Konzeption des Landes Baden-Württemberg «Neuordnung ambulanter Dienste» wurden von 1991 bis 1994 sieben dezentral bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege angesiedelte Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV) in Mannheim eingerichtet. Ihr Ziel war es, im Interesse älterer Menschen und deren Angehöriger wohnortnah, schnell und umfassend qualifizierte Beratung und Vermittlung von Hilfeleistungen anbieten zu können. Mit ihrer Einführung wurden die IAV-

Stellen in Mannheim mit 30.000 DM aus Landesmitteln pro Jahr und Fachkraft bis einschließlich 1996 bezuschusst. Nach schrittweiser Reduzierung ist die Landesförderung seit 1999 für die IAV-Stellen ersatzlos weggefallen. Auch nach dem Wegfall der Landesförderung bezuschusst die Stadt Mannheim die IAV-Stellen weiterhin - jährlich mit je 40.000 DM pro Jahr und Fachkraft – heute unter dem neuen Namen örtliche «Seniorenberatungsstellen».<sup>47</sup>

**Tabelle 14: Örtliche Seniorenberatungsstellen**

Einrichtung	Zuständig für:	Träger	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Seniorenberatungsstelle Neckarau/ Almenhof	Neckarau, Almenhof, Niederfeld, Lindenhof, Neuostheim, Neuhermsheim	Diakonisches Werk	Karl-Blind-Str. 4, 68199 MA	82 53 54	Frau Hauschild
Seniorenberatungsstelle Süd	Friedrichsfeld, Hochstätt, Rheinau, Seckenheim, Pfingstberg, Casterfeld, Suebenheim	Arbeiter-Samariter-Bund	Auf dem Sand 78, 68309 MA	7 27 07 38	Frau Ganzbuhl-Kloz
Seniorenberatungsstelle Nord	Waldhof, Gartenstadt, Luzenberg, Sandhofen, Schönau, Blumenau	Kath. Sozialstation Franziskushaus	Speckweg 6, 68305 MA	7 50 01 29	Frau Oswald
Seniorenberatungsstelle Nord-Ost	Feudenheim, Käfertal, Vogelstang, Wallstadt, Straßenheim	Diakonisches Werk	Tauberbischofsheimer Str. 9, 68259 MA	70 10 92	Herr Acker
Seniorenberatungsstelle Neckarstadt-West, Neckarstadt-Ost	Neckarstadt-West, Neckarstadt-Ost, Wohlgelegen, Herzogenried, Friesenheimer Insel	Arbeiterwohlfahrt	Murgstr. 3, 68167 MA	3 38 19 34	Herr Remensperger
Seniorenberatungsstelle Neckarstadt-West	Wohlgelegen, Herzogenried, Friesenheimer Insel	Paritätischer Wohlfahrtsverband	Alphornstr. 2a, 68169 MA	3 38 37 15	Frau Kasten
Seniorenberatungsstelle Mitte	Innenstadt, Jungbusch, Oststadt, Schwetzingerstadt	Caritasverband	B 5, 19a, 68159 MA	1 26 02 51	Frau Widmann

Stand: 6/2001

In aktuellen Jahresberichten haben die örtlichen Seniorenberatungsstellen ihre Beratungsarbeit für das Jahr 2000 ausgewertet.<sup>48</sup> – im Hinblick auf Beratungsinhalte, Beratungsintensität und Beratungsqualität, den (zunehmenden) Anteil von Menschen

<sup>47</sup> Vgl. hierzu Stadt Mannheim/Sozialamt, «Beratungsstellen für ältere Menschen und deren Angehörige in Mannheim - Entwicklung und Weiterführung», Informations-Vorlage Nr. 517/99 vom 13.10.1999, die der Sozialausschuss in seiner Sitzung vom 25.11.1999 zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

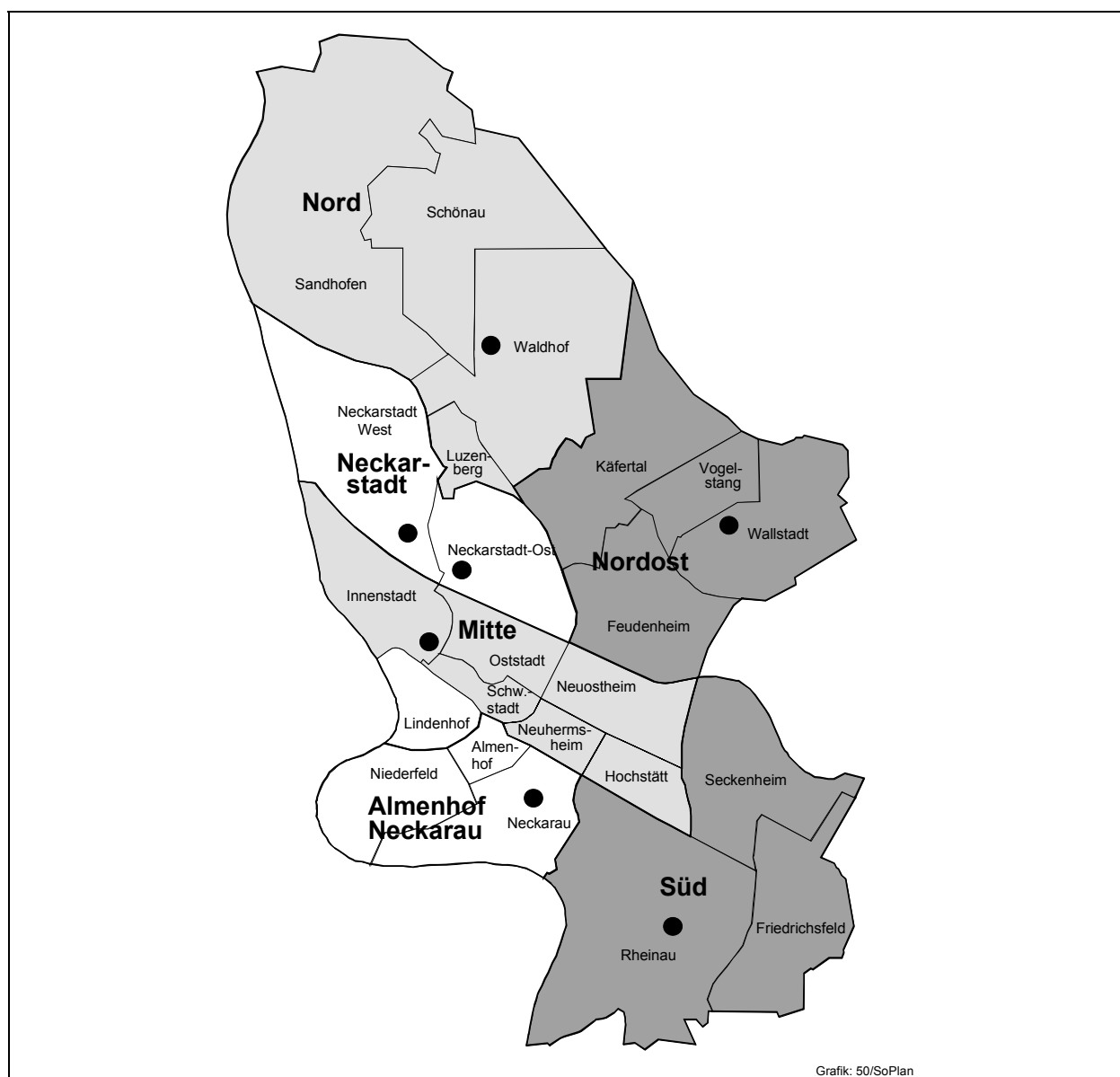
<sup>48</sup> Vgl. Stadt Mannheim/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren, «Erfahrungsbericht 2000 der Örtlichen Seniorenberatungsstellen», Informations-Vorlage vom 25.05.2001 für die Sozialausschusssitzung am 20.06.2001.

mit psychischen Alterserkrankungen in der Beratung und den Aufgabenbereich einzelfallübergreifende Arbeit.

Zusammenfassendes Fazit: Die Arbeit der örtlichen Seniorenberatungsstellen hat – trotz Reduzierung der personellen Beratungskapazität auf die Hälfte aufgrund finanzieller Vorgaben – an Bekanntheit, Akzeptanz und Qualität zugenommen, für die Zielgruppen gerontopsychiatrisch erkrankter Personen will man die eigene Tätigkeit qualifizieren und die «gemeinwesenorientierte Vernetzungsarbeit» aufrecht erhalten.

*«Insgesamt wird das Angebot der örtlichen Seniorenberatungsstellen im Interesse älterer Menschen und deren Angehörige als unverzichtbar erachtet. Die Beratungsarbeit soll deshalb aufrechterhalten und weitergeführt werden.»<sup>49</sup>*

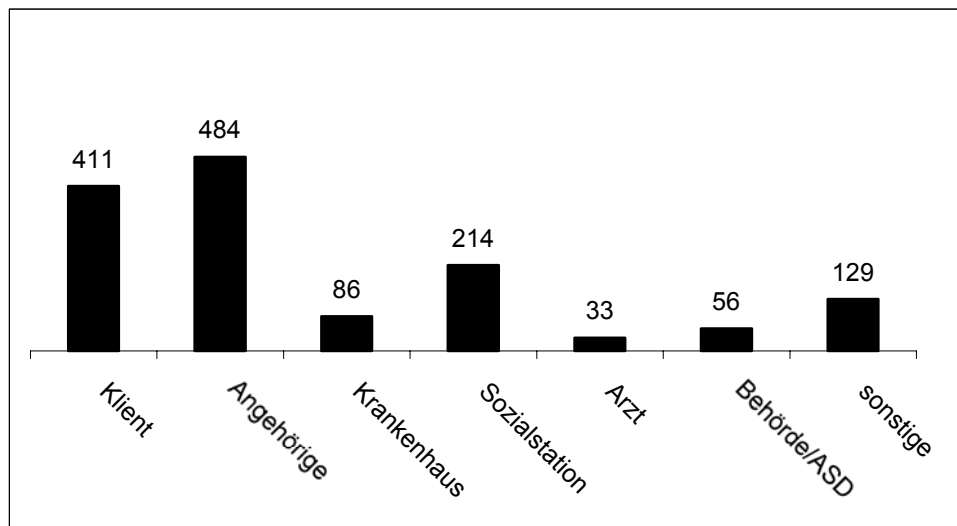
### Grafik 15: Örtliche Seniorenberatungsstellen in Mannheim



<sup>49</sup> Stadt Mannheim 2001, a.a.O., Seite 8.

Trotz Reduzierung der Beratungszeit auf 50 % einer Vollzeitstelle wurden die örtlichen Seniorenberatungsstellen in zunehmendem Maße in Anspruch genommen worden. So wurde im Jahr 2000 ein 16 %-iger Zuwachs an rat- und hilfeschuchenden Personen festgestellt. Wurden 1999 noch 1.216 Personen beraten, so waren es im Jahr 2000 schon 1.414 Personen.

**Grafik 1: Art der Kontaktaufnahme zur Seniorenberatungsstelle**



Quelle: *Beratungsstatistik 2000 der Seniorenberatungsstellen, Datenbasis: Alle Kontakte im Jahr 2000*

Die Kontaktaufnahme erfolgte überwiegend auf Initiative der Angehörigen und der älteren Menschen selbst. Die Vielfalt unterschiedlicher Dienstleistungsangebote vom ambulanten Pflegedienst bis hin zum stationären Bereich erfordern eine umfassende und auf den Einzelfall bezogene spezifische Beratung. Im Verlauf der Erstberatung konnten häufig vorhandene persönliche Ressourcen aktiviert und Betroffene bzw. Angehörige zu anschließendem selbstständigen Handeln motiviert werden. Fachpflegedienste oder andere Unterstützungspotentiale konnten rechtzeitig vermittelt bzw. Heimaufnahmen vorgebeugt und verzögert werden.

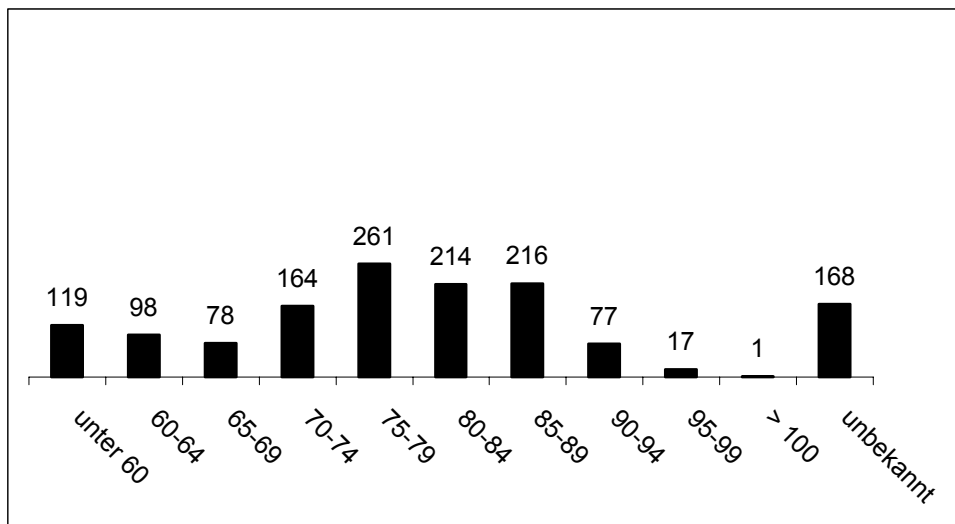
Allerdings wurde auch deutlich, dass die Beratungs- und Informationstätigkeit der Seniorenberatungsstellen – bei einem insgesamt steigenden Beratungsbedarf älterer Menschen in Mannheim, insbesondere im Hinblick auf psychische Alterserkrankungen – weniger prophylaktisch, sondern überwiegend reaktiv erfolgt.

Die zunehmende Individualisierung und Vereinzelung/Vereinsamung älterer Menschen erfordert vermehrt die persönliche Beratung und Unterstützung bei einfachsten Fragestellungen bis hin zur kompletten Hilfeplanung. Beratung und Unterstützung aus dem familiären bzw. sozialen Umfeld nimmt tendenziell ab. Infolge dieser Entwicklung wird seitens der Beratungsstellen ein hoher Bedarf an persönlichen Kontakten und Gesprächen auch außerhalb der Regelung eines Hilfebedarfs festgestellt, die jedoch von den Beratungsstellen nicht umgesetzt werden können.

Aus der Jahresstatistik der Seniorenberatungsstellen lässt sich ein Bild der Nutzer/-innenprofile der örtlichen Seniorenberatungsstellen zeichnen: die Seniorenberatungsstellen decken das gesamte Altersspektrum der Seniorinnen und Senioren ab.

Die überwiegende Zahl der Ratsuchenden ist allerdings zwischen 75 und 89 Jahren alt.

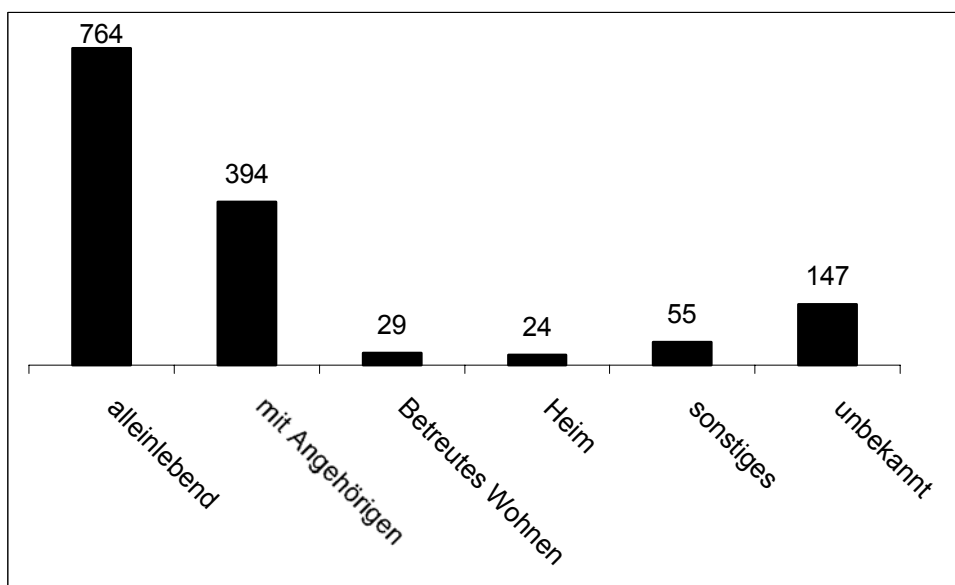
**Grafik 2: Altersstruktur der Nutzer/-innen von Seniorenberatungsstellen**



Quelle: Beratungsstatistik 2000 der Seniorenberatungsstellen

Alleinstehende und verwitwete Menschen machen die überwiegende Gruppe der Ratsuchenden in Seniorenberatungsstellen aus.

**Grafik 3: Wohnsituation der Nutzer/-innen von Seniorenberatungsstellen**



Quelle: Beratungsstatistik 2000 der Seniorenberatungsstellen

Besonders dramatisch nimmt der Beratungsbedarf für ältere Menschen mit psychischen Veränderungen zu. Dabei geht es um Altersverwirrtheit, Demenzerkrankungen, Depressionen, Suchtmittelabhängigkeit im Alter und psychosoziale Störungen und Halluzinationen. Da vielen Personen mit psychischen Erkrankungen die Einsicht

in ihr Krankheitsbild fehlt bzw. Angehörige dieses Krankheitsbild häufig nur schwer akzeptieren können, entsteht für diesen Personenkreis ein hoher und intensiver Beratungs- und Betreuungsbedarf. Gerontopsychiatrisch ausgebildete Fachkräfte bei ambulanten und teilstationären Diensten und in stationären Pflegeeinrichtungen sind hier dringend erforderlich. Eine längerfristige Begleitung und Betreuung dieses Personenkreises durch die Seniorenberatungsstellen ist nicht möglich. Ob und inwieweit dies – wie zum Teil schon andernorts<sup>50</sup> – eine Aufgabe ehrenamtlicher tätiger Menschen werden kann, ist vor Ort zu klären.

Die Träger der Seniorenberatungsstellen haben sich mit der Verwaltung darauf verständigt, dass die Beratung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen – mit Blick auf den steigenden Beratungsbedarf und die steigende Nachfrage – bei allen Seniorenberatungsstellen künftig zu einem besonderen Schwerpunkt wird und die Stelleninhaber/-innen sich entsprechend (weiter-)qualifizieren (vgl. auch Kap. 3.4.).

**Tabelle 15: Stadtweite Informations-, Beratungs- und Servicestellen**

Einrichtung	Träger	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Seniorenbüro	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 94 86	Herr Böhm
Koordination örtliche Seniorenberatungsstellen	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 34 05	Herr Pfeleiderer-Hatzner
Fachbereich Gesundheit - Sozialpsychiatrisches Sachgebiet	Stadt Mannheim	L 1, 1, 68159 MA	293 22 08	Frau Dillmann-Urban
Deutsche Parkinson Vereinigung	e.V.	Rheinhäuser Str. 16, 68165 MA	40 93 78	Frau Täuber
VIVA -Beratung und Begleitung älterer Menschen und ihre Angehörigen	e.V.	Jenaer Weg 7, 68309 MA	70 34 35	Frau Klein, Frau Boschmann, Frau Rinker, Frau Steinmetz
Verein für Kranken- und Altenpflege	e.V.	Jenaer Weg 7, 68309 MA	70 68 24	Frau Enger
Beratung, Heimplatzinfo, Wohnungsvermittlung	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 34 46 2 93 93 97	Herr Zeeb Frau Romero Arroyo
Wohnberatung, Betreutes Wohnen, Prüfstelle Qualitätssiegel	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 34 42	Herr Ruttmann
SeniorenTreffs und Hobbygruppen	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 30 88 2 93 93 95	Herr Balmer (Verwaltung) Herr Wilke (Fachberatung)
VeranstaltungsService Freizeit & Reisen Mannheim e.V.	Stadt Mannheim	Kurpfalzpassage, K 1, 7-13, 68159 MA	2 93 31 76 2 93 34 47	Herr Litterscheid Herr Landenberger

<sup>50</sup> Vgl. das Konzept von «HALMA – Beratungs-, Unterstützungs- und Vernetzungsstelle e. V. – Hilfe für altersverwirrte Menschen im Alltag», die heute mit 40 Ehrenamtlichen arbeiten, in: Dettling, Warnfried 2001: Die Stadt und ihre Bürger. Neue Wege in der kommunalen Sozialpolitik; Gütersloh (in Kürze veröffentlicht).

#### 4.1.2 Ambulante Angebote

**Tabelle 16: Sozialstationen**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Innenstadt	Vereinigung für Hauspflege und Familienhilfe e.V.	U 1, 15, 68161 MA	220 88	Frau Böll
Innenstadt	Kath. Sozialstation MA-Mitte	R 7, 11-13, 68165 MA	43 88 040	Frau Willer
Käfertal	Sozialstation des ASB	Edisonstr. 8, 68309 MA	728 02 34	Herr Schäfer
Neckarstadt-Ost	Kath. Sozialstation MA-Neckarstadt e.V.	Max-Josph-Str. 15, 68167 MA	33 22 89	Schwester Veronika Emig
Neckarstadt-Ost	Sozialstation der AWO	Murgstr. 3, 68167 MA	338 19 39	Herr Arifaj
Neckarstadt-West	Ev. Sozialstation MA-Neckarstadt	Industriestr. 2, 68169 MA	31 16 66	Frau Kepler
Oststadt/ Schwetzingenstadt	Ev. Sozialstation MA-Mitte	Augartenstr. 62, 68165 MA	44 98 75	Schwester Constanze Schröder
Neckarau	Ökumenische Sozialstation Neckarau-Almenhof e.V.	Karl-Blind-Str. 4, 68199 MA	82 80 551	Schwester Ines Ortel
Rheinau	Freie Sozialstation MA e.V.	Waldblick 5, 68219 MA	87 25 55	Frau Katstein
Rheinau	Kath. Sozialstation MA-Südost	Sommerstr. 19, 68219 MA	87 33 00	Frau Haberzettel
Sandhofen	Ev. Sozialstation MA-Nord	Mönchplatz 11, 68307 MA	77 00 30	Frau Habermehl
Seckenheim	Ev. Sozialstation MA-Süd	Freiburger Str. 14, 68239 MA	47 67 47	Herr Ringwald
Vogelstang	Kath. Sozialstation MA-Nordost	Eisenacherweg 40, 68309 MA	71 12 10	Frau Knauf
Waldhof	Kath. Sozialstation MA-Nord	Speckweg 6, 68305 MA	75 00 10	Frau Rupp
Wallstadt	Ev. Sozialstation MA-Nordost	Tauberbischofsheimer Str. 9, 68259 MA	70 92 70	Frau Friese

Stand: 6/2001

**Tabelle 17: Ambulante Pflegedienste**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Ansprechpartner/-in
Friedrichsfeld	Häuslicher Pflegedienst Annelen Reize	Sufflenheimerstr. 4, 68229 MA	481 56 00	Frau Reize
Friedrichsfeld	Johanniter Pflege-Team	Saarburger Ring 61, 68229 MA	48 30 30	
Innenstadt	Pflegedienst Cura Rolf Becker	H 7, 37, 68159 MA	1 34 07	Herr Becker
Käfertal	Jella - Pro Omnia Gabriele Baier	Innere Wingertstr. 10, 68309 MA	736 30 76	Herr Denow
Käfertal	Mobiler Pflegedienst Berle & Pfenning	Saarbrücker Str. 19, 68259 MA	79 39 09	Herr Berle

Käfertal	Pflegedienst Pro Vita Julia- ne Fatokun	Rollbühlstr. 85, 68309 MA	73 86 14	Frau Fatokun
Käfertal	Alten- u. Krankenpflege Wolfgang Ziaja	Wachenheimer Str. 2, 68309 MA	33 88 60	Frau Hartmann
Lindenhof	Privater Pflegedienst Propfe GbR.	Bellenstr. 4-10, 68163 MA	82 44 75	Frau Zimmer
Neckarau	Seniorenresidenz Nieder- feld GmbH - Ambulanter Pflegedienst	Speyerer Str. 78, 68163 MA	8 19 60	Frau Kregel
Neckarau	Ambulante Pflege Mann- heim	Neckarauer Str. 229, 68199 MA	8 33 77 36	Frau Dietz
Neckarau	Alten- u. Krankenpflege V. Radisch-Neubert	Steubenstr. 102-104, 68199 MA	85 83 77	Frau Radisch- Neubert
Neckarau	Medicor - ambulanter Pfl- gedienst Harald Lutz-Rhein	Rheingoldstr. 77, 68199 MA	841 30 10	Frau Berg
Neckarstadt-Ost	Ambulanter Pflegedienst pro seniore	Carl-Benz-Str. 10, 68167 MA	3 37 10	Frau Pasch
Neckarstadt-Ost	Mobile u. betreute Alten- u. Krankenhilfe Helmut We- belsiep	Lange Rötterstr. 64, 68167 MA	33 50 44	Herr Webelsiep
Neckarstadt-Ost	Hilfen mit Herz Pflegeservi- ce GmbH	Lange Rötter Str. 104, 68167 MA	336 59 97	Frau Schramm
Neckarstadt-Ost	roll in e.V.	Landwehrstr. 1, 68167 MA	30 32 12	
Neckarstadt-West	Haus Kranken Pflege Weh- ner GmbH	Riedfeldstr. 14, 68169 MA	336 13 20	Frau Wehner
Neckarstadt-West	Pflegedienst PARITÄT DPWV	Alphornstr. 2a, 68169 MA	338 37 14	Frau Berkemer-Lutz
Oststadt/ Schwetzingerstadt	Pflegedienst Family Care	Lameystr. 12, 68305 MA	762 46 70	Frau Köhler
Schönau	InduMed Ges. für Alten- und Krankenpflege mbH	Johann-Schütte-Str. 7, 68307 MA	77 49 92	Frau Bach
Seckenheim	Pflegedienst Anna-Maria	Seckenheimer Haupstr. 15, 68239 MA	714 10 51	Schwester Anna-Maria
Waldhof	Ambulanter Pflegedienst Güntert	Hainbuchenweg 51a, 68305 MA	74 61 62	Frau Güntert

Quelle: Eigene Erhebung, Stand: 6/2001

#### 4.1.3 Betreutes Wohnen

Stadtweit existieren zur Zeit 621 Wohnungen für Betreutes Wohnen. Alle Wohnungen sind belegt, die Wohnanlage Neuhermsheim wird gerade bezogen. Die Wartezeiten sind zum Teil sehr lang.

In zwei Wohnanlagen (Seckenheim, Innenstadt «Quadratedomizil») besteht die Möglichkeit, Wohneigentum zu erwerben.

In Planung sind darüber hinaus die Seniorenresidenz Rhein-Park in Neckarau mit 71 Wohnungen sowie Betreutes Wohnen Lindenhof mit 100 Wohnungen.



**Tabelle 18: Betreutes Wohnen**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Wohnungs- zahl
Feudenheim	Theodor-Fliedner-Haus	Theodor-Storm-Str. 100, 68259 MA	12 63 70	8 x 1 ½ Zi. 19 x 2 Zi.
Innenstadt	Haus Friede	K 4,10, 68159 MA	2 14 10	26 x 1 Zi. App.
Innenstadt	Marienhaus	R 7, 12-13 , 68161 MA	4 38 80 40	24 App. zwischen 40 - 70 qm
Innenstadt	Quadratedomizil	T 3, 18-20, 68161 MA	1 22 51 32	22 x 1 Zi. 36 x 2 Zi.
Käfertal	Franz-Völker-Haus	Dürkheimer Str. 93, 68309 MA	7 20 10	17 x 2 Zi.
Käfertal	Joseph-Bauer-Haus	Dürkheimer Str. 94, 68309 MA	7 20 11 02	10 x 1 Zi App..
Lindenhof	Propfe Senioren-domizil	Bellenstr. 4-10, 68163 MA	82 44 75	24 x 1 Zi. 19 x 2 Zi. 2 x 3 Zi.
Neckarau	Seniorenresidenz Niederfeld	Speyerer Str. 75, 68163 MA	8 19 60	40 x 1 Zi. 67 x 2 Zi.
Neuostheim/ Neuhermsheim	Seniorenwohnanlage Dehof- Arkaden	Gerd-Dehof-Platz 1-5, 68159 MA	8 60 72 58	46 x 1 Zi. 30 x 2 Zi.
Oststadt/ Schwetzingerstadt	Franz-Islinger-Haus	Seckenheimer Str. 11a-13, 68159 MA	3 21 81 21	4 x 1 Zi. 13 x 2 Zi.
Rheinau	Maria-Scherer- Haus	Minneburgstr. 66-70, 68219 MA	89 83 31	8 x 1 Zi. 9 x 2 Zi.
Schönau	Betreutes Wohnen	Parsevalstr. 11-13, 68307 MA	3 38 19 34	44 x 1 Zi. 16 x 2 Zi.
Seckenheim	Betreutes Seniorenwohnen	Innerer Heckweg 16, 68239 MA	3 09 63 68	32 x 1 Zi. 24 x 2 Zi.
Wallstadt	Carl-Benz-Seniorenzentrum	Schwertlilienweg 15- 19, 68259 MA	4 20 30	7 x 1 ½ Zi. 74 x 2 Zi.

Quelle: Seniorenbüro, Stand: 6/2001

#### 4.1.4 Teilstationäre Angebote

##### 4.1.4.1 Kurzzeitpflegeplätze

Pflegebedürftige Menschen können in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden, wenn weder häusliche Pflege noch stationäre Pflege möglich ist. Leistungen der Kurzzeitpflege werden für längstens vier Wochen in einer Höhe bis zu 2.800 DM erbracht. Kurzzeitpflege dient vor allem der Entlastung pflegender Angehöriger.

**Tabelle 19: Ganzjährig verfügbare Kurzzeitpflegeplätze in Mannheim**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Plätze
Käfertal	Joseph-Bauer-Haus	Dürkheimer Str. 94, 68309 MA	7 20 10	10
Neckarau	Wichernhaus	Rheingoldstr. 25, 68199 MA	84 40 20	2
Rheinau	Maria-Scherer-Haus	Minneburgstr. 66, 68219 MA	8 79 10	6
Vogelstang	Fritz-Esser-Haus	Weimarer Str. 30-32, 68309 MA	7 16 70	1

Stand 6/2001

**Tabelle 20: Eingestreute Kurzzeitpflegeplätze**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Plätze
Käfertal	Pflegeheim Käfertal	Nelkenstr. 14, 68309 MA	73 50 54	2
Käfertal	Zinzendorf Haus	Planetenweg 17-19, 68305 MA	762550	1
Lindenhof	Richard-Böttger-Heim	Meeräckerplatz 2-4, 68163 MA	293 66 21	4
Neckarau	Pflegeheim Almenhof	Neckarauer Str. 229, 68199 MA	833 77-0	10
Neckarau	Pflegeheim Neckarau	Neckarauer Str. 15, 68199 MA	8 63 54	3
Neckarstadt-Ost	Ida-Scipio-Heim	Murgstr. 2-6, 68167 MA	293 58 50	10
Neckarstadt-Ost	pro seniore Residenz	Carl-Benz-Str. 10, 68169 MA	3 37 10	20
Neuostheim/ Neuhermsheim	Thomas Haus	Reiterweg 54, 68163 MA	44 08-0	2
Oststadt/ Schwetzingenstadt	Pauline-Maier-Haus	Bassermannstr. 47- 53, 68165 MA	293 65 29	1
Schönau	Otto-Bauder-Haus	Heilberger Str. 34-40, 68307 MA	777070	1
Vogelstang	Fritz-Esser-Haus	Weimarer Str. 30-32, 68309 MA	71670	1
Waldhof	Pflegeheim Waldhof-Ost	Wiesbadenerstr. 11, 68305 MA	293 56 51	1

Stand 6/2001

#### 4.1.4.2 Tagespflegeplätze

Tagespflege bietet als teilstationäres Dienstleistungsangebot älteren (und auch jüngeren) Menschen eine Alternative zum Leben im Heim. Sie haben die Möglichkeit, tagsüber in einer Einrichtung gezielte Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen, gleichwohl aber grundsätzlich in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. Damit ist dieses Angebot eine wirkungsvolle Entlastung für pflegende Angehörige, die dringend auf solche Unterstützungsangebote angewiesen sind. Pflegebedürft-

tigen Menschen bietet die Tagespflege auch die Möglichkeit, neue Kontakte zu schließen und einen abwechslungsreichen und angenehmen Tagesablauf zu erleben. Die Träger von Tagespflegeangeboten bieten zudem rehabilitative und therapeutische Angebote (Alltagstraining, Gedächtnistraining, Krankengymnastik, Fußpflege, Ergotherapie, Logopädie etc.) – als Regel- bzw. als Zusatzangebot – und Begleitdienste zu Ärzten, Apotheken u.a. Einzelne Tagespflegeeinrichtungen haben ihr Angebot speziell auf den Personenkreis verwirrter alter und demenzkranker Menschen zugeschnitten.

Zur Jahresmitte 2001 gibt es in Mannheim ein Tagespflegeangebot von 72 Plätzen. Im Herbst 2001 öffnet die Gesellschaft zur Betreuung und Pflege alter Menschen gGmbH (c/o ASB Mannheim) ihre Tagespflegeeinrichtung in Käfertal mit einem besonderen Schwerpunkt für verwirrte alte Menschen. Laut gängigen Richtwerten (0,25 bis 0,30 % der über 65-Jährigen oder 5 % der Pflegeplätze) besteht in Mannheim ein Bedarf von ca. 150 Plätzen. Das faktische Angebot an örtlich angebotenen Tagespflegeplätzen liegt damit unter den Bedarfsrechnungen des Landes. Aus Sicht der Träger ist die vorhandene Platzzahl für die derzeitige Nachfrage allerdings ausreichend.

**Tabelle 21: Tagespflegeeinrichtungen in Mannheim**

Stadtbezirk	Einrichtung	Adresse	Telefon	Plätze
Feudenheim	Theodor-Fliedner-Haus	Theodor-Storm-Str. 100, 68259 MA	12 63 7-0	10
Innenstadt	Quadratedomizil	T 3, 17-20, 68161 MA	1 22 51 33	15
Käfertal	Arbeiter-Samariter-Bund	Auf dem Sand 78, 68309 MA	7 27 07 38	15
Neckarau	Pflegeheim Almenhof	Neckarauer Str. 229, 68199 MA	83 37 70	2
Neckarstadt-Ost	Ida-Scipio-Heim	Murgstr. 4-6, 68167 MA	3 37 81 43	15
Neckarstadt-West	Integrative Tagespflegeeinrichtung	Alphornstr. 2a, 68169 MA	3 38 37 23	15

Stand 6/2001

#### 4.1.5 Stationäre Angebote

##### 4.1.5.1 Pflegeheime

In den letzten zehn Jahren wurden – vor allem nach Einführung der Pflegeversicherung – fast alle Altenheimplätze in Pflegeplätze umgewandelt. Die Zahl der Pflegeheimplätze hat in diesem Zeitraum um 840 zugenommen. Die Altenheime Laurentianum und St. Clara wurden geschlossen, die Altenheime Haus Friede und Marienhaus in Betreutes Wohnen umgewandelt (vgl. Sozialamt 2000<sup>51</sup>).

<sup>51</sup> Stadt Mannheim/Sozialamt 2000: Stationäre Pflege in Mannheim– Bestand und Bedarf an Altenpflegeheimplätzen, Beschluss-Vorlage Nr. 448/00 vom 31.08.2000.

**Tabelle 22: Entwicklung der Pflegeplätze 1990 bis 2000**

Stand	Altenheimplätze	Altenpflegeheimplätze	Gesamt
9/1990	780	1591	2371
4/1992	757	1735	2492
9/1997	110	2407	2517
1/2000	47	2451	2498

Quellen vgl. Fußnote <sup>52</sup>

Die bestehenden Pflegeheimplätze verteilen sich auf die einzelnen Pflegeheime wie folgt (Stand: August 2000):

**Tabelle 23: Die Mannheimer Pflegeheime**

Stadtbezirk	Name der Einrichtung	Adresse	Telefon	Plätze
Feudenheim	Theodor-Fliedner-Haus	Theodor-Storm-Str. 100, 68259 MA	12 63 70	100
Innenstadt	Karl-Weiß-Heim	L 10, 4-6, 68161 MA	12 63 10	55
Innenstadt	Kath. Bürgerhospital	E 6, 1, 68159 MA	2 25 78	67
Käfertal	Joseph-Bauer-Haus	Dürkheimer Str. 94, 68309 MA	7 20 10	130
Käfertal	Pflegeheim Käfertal	Nelkenstr. 14, 68309 MA	73 50 54	37
Käfertal	Unionshaus	Unionstr. 8-10, 68309 MA	7 29 10	55
Käfertal	Zinzendorf Haus	Planetenweg 17, 68305 MA	76 25 50	95
Lindenhof	Richard-Böttger-Heim	Meeräckerplatz 4, 68163 MA	81 20 67	131
Lindenhof	Rudolf-Emlein-Haus	Rheinaustr.17, 68163 MA	82 31 30	36
Neckarau	Seniorenresidenz Niederfeld	Speyerer Str. 75, 68163 MA	8 19 60	82
Neckarau	Pflegeheim Almenhof	Neckarauer Str. 229, 68199 MA	83 37 70	163
Neckarau	Pflegeheim Neckarau	Neckarauer Str. 15, 68199 MA	8 63 54	119
Neckarau	Wichernhaus	Rheingoldstr. 25, 68199 MA	84 40 20	78
Neckarstadt-Ost	Caritasheim Maria Frieden	Max-Joseph-Str. 46-48,	33 81 30	148

<sup>52</sup> Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen zur Betreuung – Versorgung und Pflege alter Menschen in Mannheim», Stadt Mannheim, Dezernat III /Sozialamt, Mai 1985

1990 «Baumaßnahmen und Bedarfszahlen an Alten- und Pflegeheimplätzen in Mannheim», Info-Vorlage Nr. 730/90 vom 25.9.1990.

Stand und Entwicklung der stationären Altenhilfe in Mannheim, Beschluss-Vorlage Nr. 444/92 vom 29.5.1992.

Anträge der Mannheimer Altenpflegeheime zur Aufnahme in das Pflegeheimverzeichnis, 1997.  
Aktualisierte Übersicht des Bestandes vollstationärer Pflegeangebote in Mannheim, 2000.

		68167 MA		
Neckarstadt-Ost	Ida-Scipio-Heim	Murgstr. 4, 68167 MA	3 37 80	141
Neckarstadt-Ost	pro seniore Residenz	Carl-Benz-Str. 10, 68167 MA	3 37 10	112
Neckarstadt-West	Altenheim St. Agnes	Mittelstr. 30, 68161 MA	33 80 60	25
Neustheim/ Neuhermsheim	Thomas Haus	Reiterweg 54, 68163 MA	4 40 80	153
Oststadt/ Schwetzingerstadt	Albert-Schweitzer-Haus	Viehhofstr. 25, 68165 MA	44 50 40	132
Oststadt/ Schwetzingerstadt	Pauline-Maier-Haus	Bassermannstr. 47, 68165 MA	41 10 37	128
Rheinau	Maria-Scherer-Haus	Minneburgstr. 66, 68219 MA	8 79 10	132
Schönau	Otto-Bauder-Haus	Heilsberger Str. 30, 68307 MA	77 70 70	100
Vogelstang	Fritz-Esser-Haus	Weimarer Str. 30, 68309 MA	7 16 70	171
Waldhof	Pflegeheim Waldhof-Ost	Wiesbadener Str. 7, 68305 MA	74 10 56	66

Stand: 8/2000

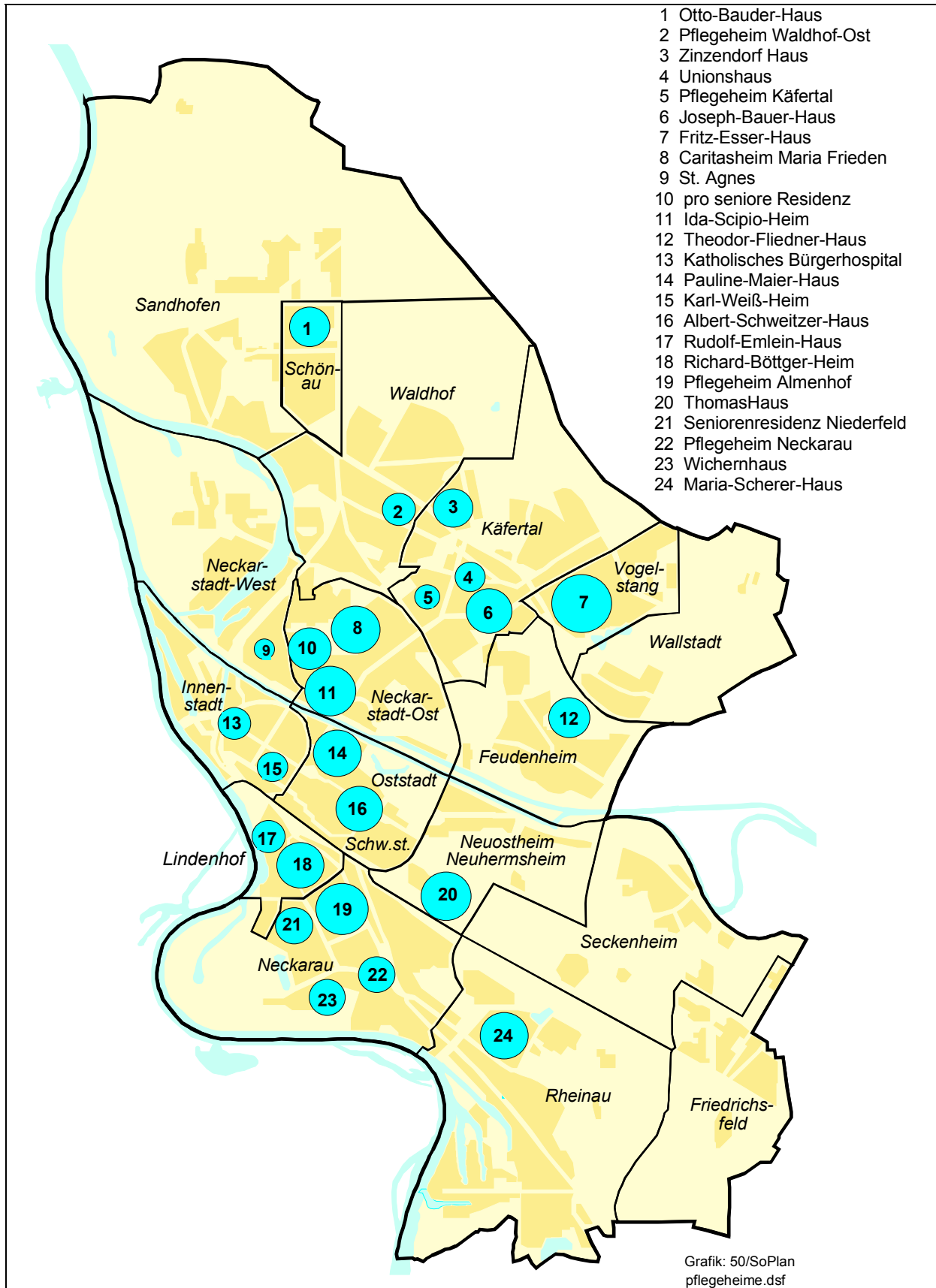
Nach den Vorgaben der Landesplanung für die örtliche Bedarfsplanung ist mit 2.541 Pflegeplätzen der derzeitige Bedarf in Mannheim nahezu gedeckt. Bis zum Jahr 2010 besteht jedoch ein zusätzlicher **Bedarf von ca. 300 Heimplätzen**.

Im baden-württembergischen Landespflegeplan 2000 sind die «Leitlinien für die Weiterentwicklung der stationären Infrastruktur» formuliert, die auch in Mannheim Maßstab für die fachliche Weiterentwicklung sind:

- Gewährleistung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige, wirtschaftliche und fachlich qualifizierte stationäre Dienstleistungsangebote,
- Gewährleistung eines gut aufeinander abgestimmten und vernetzten, zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen möglichst durchlässigen stationären Versorgungsangebotes,
- Gewährleistung von Versorgungssicherheit im Rahmen einer wohnortnahen, gemeinde- bzw. stadtteilbezogenen stationären Versorgungsstruktur,
- Gewährleistung einer kontinuierlichen Modernisierung und Qualifizierung der bestehenden Pflegeeinrichtungen und deren Betreuungskonzepte entsprechend den sich ändernden Anforderungen und Aufgaben in der stationären Pflege.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg, Teil III: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe, Seite 13.

**Grafik 16: Standorte der Altenpflegeheime in Mannheim**



Anmerkung: Die Größe der Kreise ist proportional der Platzzahl der Altenpflegeheime.

#### **4.1.5.2 Hospizhilfe**

In Mannheim gibt es derzeit ein stationäres Hospiz im Joseph-Bauer-Haus, das St. Vincent Hospiz (Dürkheimer Str. 94, 68309 Mannheim, Tel. (06 21) 72 01-2 68, Fax (06 21) 72 01-1 61). Träger ist der Caritasverband Mannheim e.V.

Im St. Vincent Hospiz mit seinen sechs Plätzen, als einem eigenständigen Wohntrakt des Käfertaler Joseph-Bauer-Hauses, werden seit Anfang März 2000 Menschen aufgenommen, deren Krankheit weder geheilt noch zum Stillstand gebracht werden kann. Hier werden sie in der Zeit des Sterbens unterstützt und begleitet, sodass sie ihre letzten Lebensabschnitt als lebenswert und erfüllt empfinden können.

Der Arbeiter-Samariter-Bund plant ein weiteres stationäres Hospiz

Das Diakonische Werk Mannheim und der Caritasverband Mannheim e.V. tragen im ambulanten Bereich gemeinsam schon seit Jahren die «Ökumenische Hospizhilfe Mannheim» (Ltg: Heidi Herborn, C 3, 5-6, 68159 Mannheim, Tel. (06 21) 1 59 93-58, Fax (06 21) 1 59 93-63. Die Hospizarbeit dieser Träger ist christlichen Wertvorstellungen verpflichtet; sie richtet sich an alle, unabhängig von Glauben, Weltanschauung oder Nationalität. Seit vielen Jahren begleitet die ökumenische Hospizhilfe Mannheim schwerkranke und sterbende Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Mit ihrer Hilfe soll sowohl den Patienten, dort wo sie es wünschen, im Hospiz oder zu Hause ein möglichst beschwerde- und schmerzfreies Dasein ermöglicht werden, als auch Angehörige und Freunde in der Zeit des Abschiednehmens begleitet werden.

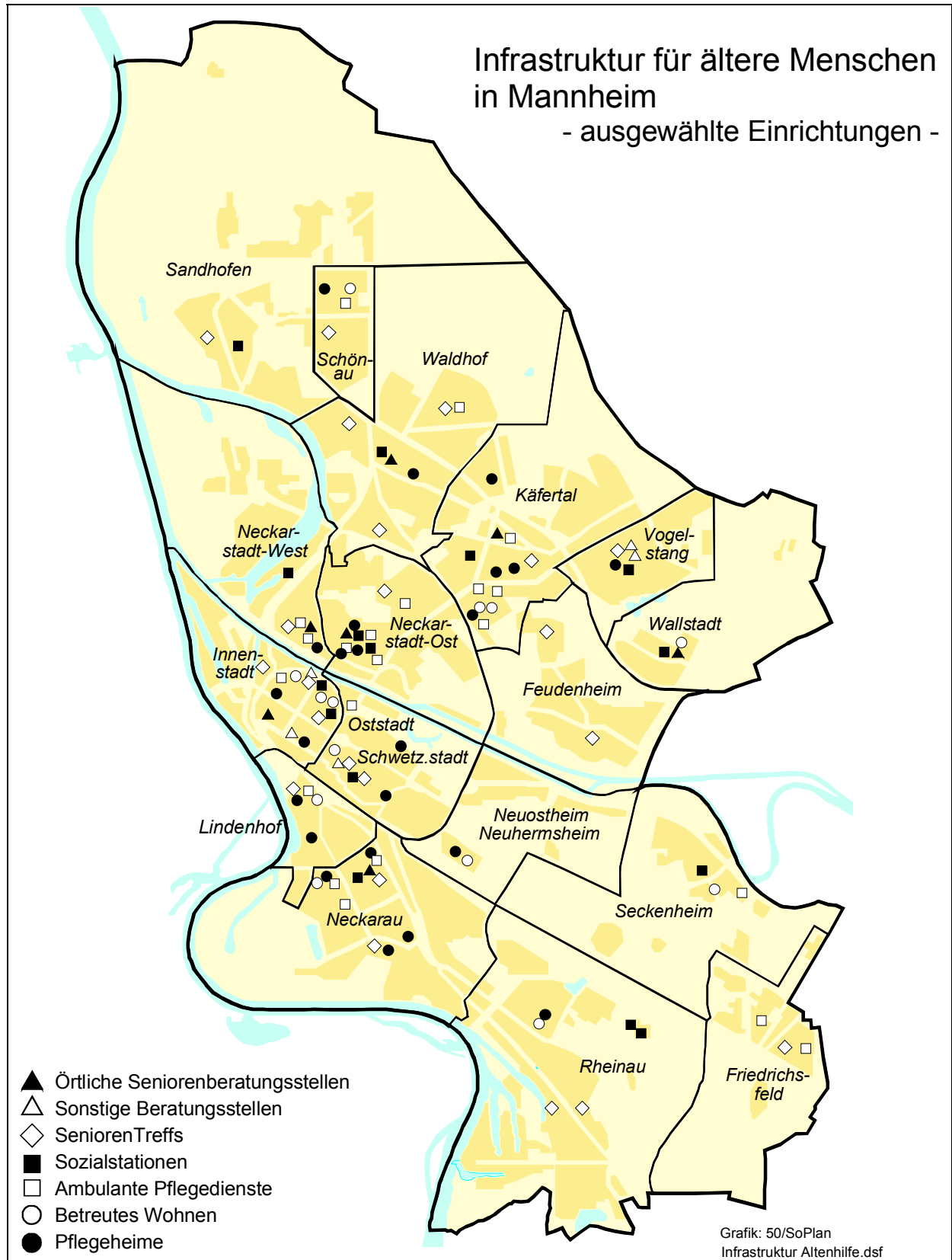
Der Arbeiter-Samariter-Bund (Landesverband Baden-Württemberg e.V., Ortsverband Mannheim) hat ebenfalls einen Hospizdienst eingerichtet (Kontakt: Rolf Kieninger, Auf dem Sand 78, 68309 Mannheim, Tel. (06 21) 7 27 07-35, Fax (06 21) 7 27 07-40.

Hospizarbeit im Verständnis dieses Trägers bedeutet – ähnlich der Konzeption der Ökumenischen Hospizhilfe, schwerkranken, sterbenden Menschen und trauernden Angehörigen Beistand zu leisten. Sie sollen unabhängig von ihrer Abstammung, ihrer Sprache, ihrer Heimat und Herkunft, ihres Glaubens, ihrer religiösen und politischen Anschauungen, bis zu ihrer letzten Lebensstunde möglichst im Zusammenwirken mit Familie, Freunden, Mitarbeitern, sowie Helfern und Helferinnen unter fachlicher Anleitung begleitende Hilfe und Trost erfahren.

Ein vom Stadtpflegeausschuss initiiertes «Runder Tisch Hospiz» (Koordination bei der Ökumenischen Hospizhilfe) dient als Plattform zur Verständigung über die Hospizarbeit in Mannheim:

*«Hier sollen Kräfte gebündelt, Erfahrungen ausgetauscht, Angebote vernetzt und Veranstaltungen organisiert werden. Das wollen all jene Einrichtungen (von A wie "Ambulante Aidspflege, über P wie "Palliativstation" bis Z wie "Zentralinstitut für seelische Gesundheit" , die sich ein Sterben in Würde bzw. Gesundheitsfürsorge zur Aufgabe gemacht haben.»*

**Grafik 17: Sozialräumliche Darstellung zentraler Infrastruktureinrichtungen**





## 4.2 Gerontopsychiatrische Versorgung in Mannheim

Das Wissen über psychische Alterserkrankungen ist bei Angehörigen und vielen Berufsgruppen oft mangelhaft. Die geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenz ist bei Ärzten und Pflegekräften gleichermaßen entwicklungsbedürftig. Demenzerkrankungen kommen häufig da nicht an, wo Kompetenz sitzt. Die Betreuung und Versorgung psychisch veränderter alter Menschen ist unzureichend und unbefriedigend. Die offenen Finanzierungsfragen der notwendigen Betreuung Demenzerkrankter sind auch durch die aktuellen Neuregelungen der Pflegeversicherung nicht im Sinne einer Gleichstellung körperlich und psychisch kranker Menschen geregelt. Die Gefahr der Ausgrenzung psychisch kranker alter Menschen bleibt, weil die Finanzierung und damit die Infrastruktur für eine entsprechende Diagnostik und Therapie ungeklärt ist.<sup>54</sup> Die Information über das gerontopsychiatrische Beratungs- und Leistungsangebot<sup>55</sup> ist sowohl bei Betroffenen und ihre Angehörigen als auch auf der Dienstleistungsseite lückenhaft. Die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und pflegerischen Bereich und den Berufsgruppen aus diesen Feldern sowie der offene Blick in die Nachbardisziplinen ist erst in Ansätzen vorhanden.<sup>56</sup> Dabei nimmt die Zahl verwirrter und psychisch kranker alter Menschen ständig zu (vgl. hierzu die Ausführungen in Kap 2.2.4 und 3.2). «Ignoriert, fehldiagnostiziert, fehlbehandelt und fehlplaziert» – so wird in einer Expertise zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung zusammenfassend das erhöhte Risiko psychisch kranker alter Menschen in dieser Situation beschrieben.<sup>57</sup>

Mit dieser Schnelldiagnose lässt sich die Situation in vielen Kommunen charakterisieren – so auch in Mannheim.

Um eine erste Übersicht über die gerontopsychiatrischen Angebote in Mannheim zu erhalten, hat das Gerontopsychiatrische Forum als Kooperationsprojekt mit der örtlichen Hochschule für Sozialwesen einen gleichnamigen Wegweiser erstellt, der im

---

<sup>54</sup> Die Kritik kommt hier vor allem von Pflegeeinrichtungen, Lobbyorganisationen, Fachverbänden und Pflegekassen: der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP), dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Hirnliga, Arbeitskreis Gesundheit im Alter und vielen anderen Organisationen; vgl. stellvertretend den gemeinsamen Aufruf der BVDN, Dt. Alzheimer Ges. mit dem BKK-Bundesvorstand: **«Die Versorgung von Demenzerkrankten muss dringend verbessert werden»**, in: Ärzte Zeitung vom 26.04.2001.

<sup>55</sup> «Was tun wenn ...» lautete auch der Titel einer Veranstaltung des Gerontopsychiatrischen Forums am 25.10.2001 für pflegende Angehörige, Einrichtungen, Träger und Berufsgruppen aus dem medizinischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Bereich als Antwort auf diese Informationsdefizite. In der zweiten Jahreshälfte 2001 führt das Gerontopsychiatrische Forum aus dem gleichen Grund monatliche **«Informationsabende zur Demenz»** durch.

<sup>56</sup> «Sind Versorgung, Beratung, Pflege und Betreuung der demenzerkrankten Patienten in einem Netz professioneller und ehrenamtlicher Helfer verknüpft, können die Angehörigen zum ersten Mal nach Jahren wieder durchatmen, ihren Sorgen und Beschwerden Luft machen.» So lautet das Fazit des bundesweit bekannt gewordenen interdisziplinären Projektes **«ProDem»** (Pro Demenz) in Stuhr bei Bremen, in dem Ärzt/-innen, Pflegedienste, Physiotherapeut/-innen, Logopäd/-innen und Sozialarbeiter/-innen eng zusammen arbeiten – von der Früherkennung bis zur sozialen Betreuung. Vgl. Ärzte Zeitung vom 28.03.2001.

<sup>57</sup> Helmchen, Hanfried/Kanowski, Siegfried, 2001: Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), 2001: Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Opladen, S. 18.

Herbst 2001 als «Verbraucherinformation» fertig gestellt wird<sup>58</sup> mit gezielten Hinweisen auf das jeweilige Dienstleistungsangebot und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme, der dann auch ins Internet eingestellt werden soll. Das ersetzt keine systematische Bestandsaufnahme der gerontopsychiatrischen Betreuungs- und Versorgungslandschaft<sup>59</sup> und ihrer Kooperationsstrukturen, keine Untersuchungen der Klientel von Hausarzt/-innen, von Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen, ist aber ein erster Einstieg.

Die folgende Übersicht gibt ein erstes Bild über dieses «Lückenszenario», zeigt aber auch ganz deutlich, dass es hier durch eine spezifische Bereitschaft und engagierte Träger und Mitarbeiter/-innen in den letzten Jahren zu einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Alterserkrankungen gekommen ist, nachdem dieses Jahre zuvor allenfalls ein Randthema war. Basis sind die Angaben der Träger im Rahmen der o. g. Erhebung.

**Tabelle 24: Spezifische Angebote für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen**

Bereich	Institution	Zielgruppe/Angebote
<b>Frühdiagnostik</b>	Arbeitskreis Demenz des Gesundheitsprojektes niedergelassener Ärzte	Demenzprojekt: Screening für Hausarzt/-innen, Routinisierung der Überweisung an Facharzt/-innen und Kliniken, Kooperation mit dem außerärztlichen Netz (Start im Herbst 2001)
<b>Information und Beratung</b>	Seniorenberatungsstellen	Erstinformation für Demenzkranke und ihre Angehörigen
	Fachbereich Gesundheit/ Sozialpsychiatrisches Sachgebiet	Psychisch Kranke, Angehörige, Bezugspersonen; Beratung über ergänzende Hilfeeangebote (Psycholog/-innen, Arzt/-innen, Sozialarbeiter/-innen)
	Beratungsstelle VIVA - Beratung und Begleitung älterer Menschen und ihre Angehörigen e.V.	Ältere und verwirrte Menschen und deren Angehörige, Beschäftigte der Altenarbeit, klientenspezifische Biografiearbeit, Angehörigenberatung
	Verein für Kranken- und Altenpflege e.V. Vogelstang	Angehörige von Alzheimer Patienten
	Angehörigengruppe beim ZI	Selbsthilfegruppe für Angehörige von Alzheimerpatienten, Erfahrungsaustausch, medizinische Fachauskünfte, Rechtsinformationen und Informationen über soziale Hilfen und Betreuungsmöglichkeiten
	Demenzsprechstunde im ZI	Einmal im Monat

<sup>58</sup> Christine Goldberg und Johanna Piecha haben dazu auf Seiten der Hochschule für Sozialwesen die Institutionenbefragung in der ersten Jahreshälfte 2001 durchgeführt und machen ihre Diplomarbeiten zu diesem Thema. Betreut wird das Projekt durch Prof. Dr. Manfred Oster und Prof. Astrid Hedtke-Becker. Verantwortlich auf Seiten der Stadtverwaltung ist der Leiter des Gerontopsychiatrischen Forums, Walter Werner.

<sup>59</sup> Eine solche Bestandsaufnahme wurde gerade vom ISO-Institut Saarbrücken für den Landkreis Saarlouis vorgelegt. Vgl. Kirchen-Peters, 2000.

	Alzheimer Gesellschaft Pfalz e.V.	Alzheimer Angehörigengruppe Mannheim-Ludwigshafen
	Seniorenbüro	Wohnen im Alter: Erstellung von Gutachten für Pflegekassen
	Gerontopsychiatrisches Forum Mannheim	Veranstaltungen, Informationsabende, Wegweise, Internetpräsentation, Expert/-innen-Runden
<b>Ambulante Dienste</b>	Ev. Sozialstation MA-Mitte	Fachkrankenschwester für Gerontopsychiatrie
	Kath. Sozialstation MA-Nord	Fachkraft für Fragen der Pflegeversicherung
	Kath. Sozialstation MA-Nordost	Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie
	Häuslicher Pflegedienst Annelen Reize	Fachkrankenschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie und Psychiatrie
	Hilfen mit Herz – Pflegeservice GmbH	Erinnerungslädchen, Erinnerungsnachmittage
	Pro Vita – Ambulante Krankenpflege und Seniorenbetreuung	Fachkrankenschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie
<b>Teilstationäre Angebote</b>	Gesellschaft zur sozialen Betreuung und Pflege gGmbH	Gerontopsychiatrische Tagespflege (15 Plätze ab Sept. 2001)
	Fritz-Esser-Haus	3-4 Tagespflegeplätze für Demenzkranke
	Paritätischer Wohlfahrtsverband	Tagespflege, z. T. für Demenzkranke
<b>Betreutes Wohnen</b>	Haus Friede	Aktivierung Demenzkranker für das Alltagsleben, Biografiearbeit, Arbeit nach der Validationsmethode
	Marien Haus	Fachkrankenschwester für Gerontopsychiatrie
<b>Pflege im Heim</b>	Albert-Schweitzer-Haus	Validationsgruppe (Lehrerin für Validation, Validationsanwender)
	Altenpflegeheim Waldhof-Ost	Personal z. T. in Ausbildung zur/m Fachkrankenschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie
	Ida-Scipio-Heim	Bildung einer Dementenwohngruppe
	Karl-Weiß-Heim	Ca. 25 Plätze für Personen mit psychischen Alterserkrankungen, Spezialbetreuungsbe reich
	Kath. Bürgerhospital	Alt gewordene chronisch psychisch Kranke, Tagesstrukturierung, Fachkrankenschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie und Psychiatrie
	Maria-Scherer-Haus	Bildung einer Dementenwohngruppe
	Otto-Bauder-Haus	Dementenwohngruppe, Fachkrankenschwester für Gerontopsychiatrie in Ausbildung
	Pflegeheim Almenhof	Geschlossene Abteilungen für Gerontopsychiatrie, 108 Plätze für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen, Fachkrankenschwestern für Gerontopsychiatrie

	Pflegeheim Wichernhaus	z. T. demenziell Erkrankte, Bildung einer Dementenwohngruppe, Snoezelen-Therapie
	Richard-Boettger-Heim	2 Validationsgruppen (Validationsanwender)
	Seniorenresidenz Niederfeld gGmbH	Dementengruppe
	Theodor-Fliedner-Haus	Spezielle gerontopsychiatrische Abteilung (25 Plätze), Snoezelen-Therapie
	Unionshaus	Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie
<b>Klinisch- psychiatrischer Bereich</b>	Klinikum Mannheim gGmbH/ Zentrum für Geriatrie	Geriatrischer Schwerpunkt in der IV. Med. Klinik
	Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH	Rehageriatrie und Tagesklinik, Patient/-innen mit gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen (Ärzt/-innen, Sozialpädagog/-innen)
	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)	Gerontopsychiatrische Station (noch nicht eröffnet)
	Altentagesklinik am ZI	weiterführende Diagnostik und Behandlung akut und chronisch psychisch kranker alter Menschen bei Verbleib der Patient/-innen während der teilstationären Behandlung in ihrem gewohnten Umfeld
	Memory Clinic am ZI/ Gedächtnisambulanz	Differentialdiagnose von Gedächtniserkrankungen im Alter nach telefonischer Voranmeldung und Überweisung eines niedergelassenen Arztes; Einleitung medikamentöser Therapien und Betreuung und Beratung der Angehörigen
	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden	Abt. Gerontopsychiatrie im Krankenhaus – offene und geschlossene Station für Bewohner/-innen der Stadt MA; ambulanter psychiatrischer Pflegedienst u. a. für alte verwirrte Menschen; psychiatrisches Altenpflegeheim für multimorbide gerontopsychiatrische Bewohner/-innen; psychiatrisches Pflegeheim für ältere und alt gewordene psychisch Kranke und seelisch Behinderte
<b>Rechtliche Betreuung</b>	Betreuungsbehörde der Stadt Mannheim	Rechtliche Vertretung psychisch Kranker, gerontopsychiatrisch Erkrankter u.a. in Vermögensangelegenheiten, Gesundheitsfürsorge und Fragen der Aufenthaltsbestimmung
	Kommunaler Betreuungsverein e. V.	Durchführung von Betreuungen durch Haupt- und Ehrenamtliche, Information über Vollmacht und Betreuungsverfügung
	Diakonieverein im Diakonischen Werk	Rechtliche Vertretung für psychisch Erkrankte
	Sozialdienst Katholischer Frauen e. V.	Nach vorheriger telefonischer Terminabsprache
	Betreuungsverein Palatinum e. V.	Dienstags 17-19 Uhr

<b>Sonstige Angebote</b>	Caritas-Konferenzen	Betreuung auch von psychisch veränderten alten Menschen, Sommerferien auch für Demenzerkrankte
	Freizeitgruppen für Demenzerkrankte am ZI	Seniorenclub «Heitere Spätlese» und «Auf Wiedersehen»
	Gedächtnistraining	Diverse Anbieter
<b>Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung</b>	DRK-Fachschule für Altenpflege	6 Lehrgänge, 141 Auszubildende zur/m Altenpfleger/-in Ausbildung zum Validationsanwender
	Altenpflegeschule Mannheim gGmbH	5 Lehrgänge, 92 Auszubildende zur/m Altenpfleger/-in
	bfw-Altenpflegeschule	3 Lehrgänge, 47 Auszubildende zur/m Altenpfleger/-in
	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch	2-jährige Fortbildung zum/r Altenpfleger/-in für Gerontopsychiatrie und geriatrische Rehabilitation

Quelle: Erhebung für den Wegweiser «Gerontopsychiatrische Angebote in Mannheim», Stand:6/2001

Diese (vorläufige) Angebotsübersicht zeigt ein buntes Bild gerontopsychiatrischer Dienste, Einrichtungen und Initiativen. Über ihr spezifisches Pflegekonzept, ihren Leistungszuschnitt, ihre Inanspruchnahme, die Personalstruktur, baulich-räumlichen Bedingungen und ihre Qualität sowie ihre Kooperation und Vernetzung untereinander in der Stadt oder auf Stadtteilen können hier noch keine Aussagen getroffen werden.

### 4.3 Kooperation und Vernetzung in der gerontopsychiatrischen Versorgung

Je mehr sich das ambulante und stationäre gerontopsychiatrische Versorgungssystem ausdifferenziert, desto schwieriger ist es selbst für Fachleute, einen Überblick über die bestehende Einrichtungsvielfalt mit ihren Angeboten zu bewahren.<sup>60</sup>

Die in der Gesundheitsversorgung vorherrschende Aufteilung in ambulant und stationär mit den entsprechenden Vergütungssystemen ist starr und verstärkt eher betriebswirtschaftlich orientiertes, institutionsbezogenes Denken und Handeln der einzelnen Einrichtungen und Dienste. Die allgemeinen Wirtschaftlichkeits- und Kostendämpfungsüberlegungen im Gesundheitswesen wirken dabei noch verschärfend. Die Folge ist, dass die Leistungen der Einrichtungen und Dienste nicht immer aufeinander abgestimmt werden. Es kommt gerade bei Menschen mit psychischen Alterserkrankungen zu (kostenintensiven) Reibungsverlusten bei der Patientenversorgung wie z.B. Doppeluntersuchungen, Drehtüreffekte und Patientenverschiebungen.

Vielversprechend ist dagegen die Schaffung kooperativer Strukturen<sup>61</sup> zwischen den ambulanten und stationären Einrichtungen. Kooperative Strukturen zielen darauf ab,

<sup>60</sup> Der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern hat Ende 2000 eine Planungshilfe für zukunftsweisende Konzepte zur Versorgung Demenzerkrankter für die Kommunen herausgegeben. Ein vergleichbarer Orientierungsrahmen des Landeswohlfahrtsverbandes Baden fehlt noch.

<sup>61</sup> Das Gerontopsychiatrische Forum versteht sich als Wegbereiter für solche Kooperationsbeziehungen und ist in seiner jetzt siebenjährigen Geschichte selbst Ausdruck einer solchen Kooperation geworden; vgl. das Kooperationsmodell des Forums im Anhang.

vorhandene Informationslücken zu schließen und für die Patienten ein dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechendes sowie den individuellen Verhältnissen angepasstes Therapieangebot zusammenzustellen.

Je enger die beteiligten Institutionen zusammenarbeiten können, desto reibungsloser, patientenorientierter und kostenbewusster kann die gerontopsychiatrische Versorgung langfristig funktionieren.

Die bisher bestehenden Kooperationsbeziehungen zeigen teilweise gute Ansätze. Insgesamt gesehen besteht aus Sicht des Gerontopsychiatrischen Forums jedoch noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Dieser ist auf verschiedenen Ebenen angesiedelt (und hat in den Grundzügen nicht nur Gültigkeit für den gerontopsychiatrischen Bereich, sondern auch darüber hinaus); zunächst die Hindernisse für eine bessere Kooperation, dann die Empfehlungen für bessere Vernetzung:

### **Kooperationsbarrieren auf der Ebene der Patienten und ihrer Angehörigen**

*Mangelnde lückenlose Dokumentation über einen Patienten an einer zentralen Stelle (Stichwort: Patientenbuch/Behandlungsbuch/Patientenkarte)*

Patienten im höheren Lebensalter leiden häufig unter einer Vielzahl von Erkrankungen, die sich überwiegend als chronisch erweisen. Die Untersuchungen und Befunde sind zumeist vielfältig, jedoch nicht immer direkt zugänglich. Es besteht insbesondere in Akutsituationen (z. B. notfallmäßige stationäre Aufnahme) kein Zugang zu bisher erhobenen Daten. Auch kommen dadurch unnötige Mehrfachuntersuchungen zustande, die einerseits unnötige Belastungen für die Patienten darstellen, andererseits überflüssige Kosten für die Versichertengemeinschaft hervorrufen. Häufig bestehen auch Informationsdefizite bezüglich der bisher geleisteten pflegerisch-psychosozialen Versorgung. Bei der Forderung nach einer zentralen, unmittelbar erreichbaren Dokumentationsstelle fällt sofort das Stichwort «Datenschutz». Datensicherheit hängt jedoch in erster Linie von den verwendeten Schutzsystemen ab.

### **Kooperationsbarrieren auf der Ebene der Einrichtungen und Dienste**

*Mangelnde Übersicht über bestehende Einrichtungen und ihre Leistungskataloge*

Bislang fehlt eine Übersicht, in der sich die gerontopsychiatrisch tätigen Einrichtungen und Dienste mit ihrem Leistungsspektrum darstellen können. Woher soll man wissen, ob und wo bei einem spezifischen Therapiebedarf das entsprechende Angebot vorgehalten wird? Hier wird der neue Wegweiser «Gerontopsychiatrische Angebote in Mannheim» ebenso Abhilfe schaffen wie der geplante Internetauftritt des Gerontopsychiatrischen Forums.

*Ökonomie vor Qualität*

Der ökonomisch verständliche Wunsch, die Auslastung der eigenen Institution möglichst hoch zu halten, konkurriert dann mit dem Wunsch nach angemessener Versorgung der Patienten, wenn bestimmte erforderliche Leistungen nicht angeboten werden können. Solange Einrichtungen bei Bedarf nicht mit den entsprechenden Leistungsanbietern kooperieren, muss dies zwangsläufig zur Unterversorgung der betroffenen Patienten führen.

### *Zusammenarbeit zwischen Institutionen zu sehr personabhängig*

Die Güte der Zusammenarbeit zwischen den am gerontopsychiatrischen Netzwerk beteiligten Institutionen hängt bislang sehr von der Verantwortungswahrnehmung, dem Engagement und der Motivation der zuständigen Mitarbeiter ab. Dies wird insbesondere nach einem Personalwechsel deutlich.

### **Kooperationsbarrieren auf der Ebene der Fachkräfte**

#### *Transferprobleme stationär – ambulant sowie ambulant – stationär*

Der Übergang vom stationären Aufenthalt in die häusliche Versorgung ist gegenwärtig durch gesetzliche Bestimmungen unnötig erschwert. Bei inhaltlich mangelhafter oder verspäteter gegenseitiger Information (z. B. zwischen Krankenhaus und Hausarzt) kann es vorkommen, dass die Patienten nicht durchgängig versorgt sind, da die häusliche Pflege vom Hausarzt verordnet werden muss. Hier sind in Zukunft bessere und einheitliche Überleitungsverfahren erforderlich.

#### *Kommunikationsprobleme zwischen den beteiligten Berufsgruppen*

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen gerontopsychiatrisch tätigen Berufsgruppen ist gegenüber den sonstigen medizinischen Bereichen vergleichsweise gut. Sie könnte jedoch noch deutlich verbessert werden. Es besteht nach wie vor ein Kommunikationsgefälle auf Grund unterschiedlicher Kompetenzen, Ausbildungen, Arbeitsbelastungen, Arbeitszeiten, Tätigkeitsvergütungen, mangelnder Kenntnisse bzgl. des Ausbildungs- und Kenntnisstandes anderer Berufsgruppen, Vorurteilen und teilweise «historisch gewachsener» Zuständigkeiten und Verhaltensmuster.

### **Kooperationsbarrieren auf der Ebene der Politik und Gesetzgebung**

#### *Viele Konzepte – Wer steuert ihre Umsetzung?*

Der Hausarzt als «Steuermann und Gesundheitsmanager» für die Belange gerontopsychiatrischer Patienten wäre – wie es der Gesetzgeber vorsieht - sicherlich eine gute Adresse der Koordination. Das Problem besteht einerseits in der chronischen Arbeitsüberlastung der Hausärzte und andererseits in der nicht adäquaten Vergütung koordinierender Leistungen. Auch der engagierteste Allgemeinmediziner wird sich angesichts dieser Problematik außerstande sehen, jedem einzelnen gerontopsychiatrischen Patienten vollauf gerecht zu werden und «Case-Management» unter Berücksichtigung aller wichtigen Aspekte zu betreiben.

#### *Lücken in der Pflegeversicherung*

Ein weiteres Hindernis besteht in den teilweise realitätsfernen Richtlinien für die Zuordnung zu den drei Pflegestufen, die mit Einführung der Pflegeversicherung in Kraft getreten sind. Psychische Beeinträchtigungen (Demenzen, Depressionen) spielen bei der Festlegung der Pflegestufen eine untergeordnete Rolle. Die Pflegesätze werden daher kaum dem tatsächlichen Betreuungsaufwand gerecht.

## **Der Weg zu einer besseren Kooperation: patientenorientierte gerontopsychiatrische Versorgung durch Vernetzung**

Aus den oben genannten Problemen lassen sich nachfolgende Überlegungen anstellen, wie in Mannheim ein gerontopsychiatrisches Versorgungsnetz auf den einzelnen Ebenen gestaltet werden könnte. Das Gerontopsychiatrische Forum in seiner interdisziplinären Mischung kann hier den Motor für eine intensivere Kooperation spielen:

### **Vernetzung auf der Ebene der Patienten und ihrer Angehörigen**

Ca. 60 % der dementen Menschen werden von ihren Angehörigen versorgt und gepflegt. Sowohl die Erkrankten als auch ihre Angehörigen leiden aufgrund der Vielfalt und der Schwere der Symptomatik unter massiven Einbußen ihrer Lebensqualität. Damit sie die Pflegeleistung auch künftig noch erbringen können, bedürfen sie einerseits immer mehr der Unterstützung durch ein gut ausgebautes, leistungsfähiges stationäres wie ambulantes gerontopsychiatrisches Versorgungsnetz. Andererseits können Angehörigenselbsthilfegruppen für weitere Entlastung sorgen.

### **Vernetzung auf der Ebene der einzelnen Einrichtungen und Dienste**

*Erstellung eines «Wegweisers»:* Sämtliche Einrichtungen des gerontopsychiatrischen Netzwerkes sollten in einem Wegweiser aufgeführt werden. Aus diesem Wegweiser sollten auch sämtliche jeweiligen Aufgabenbereiche und Leistungsangebote sowie die sachliche, fachliche und personelle Ausstattung hervorgehen. Es sollte zudem für alle erkennbar sein, wer für Kooperationen mit anderen Einrichtungen des gerontopsychiatrischen Netzwerkes verantwortlich zuständig ist. Der Wegweiser sollte sowohl in Form eines Kataloges, einer CD-Rom sowie einer eigenen Web-Site mit den entsprechenden Links erstellt werden, da der Kreis der Adressaten über unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten verfügt.

*«Vom Fall zum Feld»:* Nicht nur der Einzelfall ist wichtig, sondern auch das Wohnumfeld, in dem altersverwirrte Menschen leben. Daher sollte es auch eine Übersicht über stadtteilbezogene (quartierbezogene) Besonderheiten geben.

*Transparenz führt zu Qualitätssicherung:* Das Offenlegen der Angebote gewährt nicht nur die Patienten bzw. deren Angehörige die Möglichkeit, sich ein Bild von der potentiellen Leistungsstruktur einer bestimmten Einrichtung zu verschaffen. Auch die «Mitbewerber» erhalten dadurch die Möglichkeit, sich über die Ressourcen der Konkurrenz zu informieren und evtl. bestehende Lücken aufzufüllen oder aber die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen zu suchen, die eine komplementäre Angebotsstruktur in Bezug auf die eigene vorhalten. Transparente Angebotsstrukturen bieten auch Anknüpfungspunkte für eine Spezialisierung oder erleichtern das Aufspüren von Nischen. Auf diese Weise wird eine beständige Auseinandersetzung mit dem jeweiligen «Stand der gerontopsychiatrischen Versorgung» angestoßen. Dies führt zwangsläufig dazu, die eigene Leistungsfähigkeit in Frage zu stellen und im Wettbewerb zu verbessern. Damit wird ein entscheidender Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet.



## **Vernetzung auf der Ebene der Fachkräfte**

*Case-Management/Fall-Konferenzen:* Um eine dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechende Therapie für einen gerontopsychiatrischen Patienten zu gewährleisten, ist es wünschenswert bzw. notwendig, alle erforderlichen Berufsgruppen an einen Tisch zu bringen. Nur auf diese Weise können die zum Teil divergierenden Maßnahmen und Ziele praktikabel miteinander koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Im idealen Fall wird dieses Case-Management vom Hausarzt geleitet werden. Auf Grund der oben genannten Probleme sollte hier eine eigene Abrechnungsziffer für alle Beteiligten geschaffen werden, um diese Konferenzen überhaupt zustande kommen zu lassen.

## **Vernetzung auf der Ebene der Politik und Gesetzgebung**

*Weg vom institutionsbezogenen hin zum patientenzentrierten Denken und Handeln:* Im Mittelpunkt aller Bemühungen sollten stets die Patienten stehen. Dies ist jedoch nur zu erreichen, wenn bestimmte Standards erfüllt werden und die zu erbringenden Leistungen angemessen honoriert werden. Insofern sind die Richtlinien für die Zuordnung zu den Pflegestufen entsprechend zu modifizieren und die sachlichen wie auch personellen Anforderungen an die Betreuungsinstitutionen auf ein angemessenes Niveau anzuheben.

## **Fazit des Gerontopsychiatrischen Forums: Vernetzung durch «Kommunikation» über alle Ebenen hinweg**

Die Möglichkeiten eines lokalen gerontopsychiatrischen Versorgungssystems sollten allen Interessierten in Form eines Wegweisers offen stehen. Ein Zugang zu übersichtlichen Fort- und Weiterbildungsprogrammen bieten allen an der gerontopsychiatrischen Versorgung Beteiligten – den Professionellen wie den Angehörigen – die Möglichkeit, ihren Informations- und Kenntnisstand zu erweitern. Diese Programme können ebenfalls themenbezogen Hinweise auf verfügbare Literatur, Zeitungsartikel sowie Internetseiten enthalten. Regelmäßige gemeinsame Foren aller Beteiligten sind für den Erfahrungsaustausch und die Diskussion offener Fragen unabdingbar.

## **4.4 Ausbildungs- und Personalsituation in der Altenpflege**

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Mannheim suchen intensiv nach pflegerischen Fachkräften. Die Zukunft der Pflege hängt entscheidend davon ab, ob es gelingt, den steigenden Bedarf an Pflegekräften zu decken und Nachwuchskräfte für den Pflegeberuf zu interessieren. Die Zahl der Vollzeit-, Teilzeit- und Ausbildungsstellen für Pflegeberufe muss erheblich ansteigen, wenn künftig ausreichend qualifiziertes Personal für die Altenpflege in Mannheim zur Verfügung stehen soll. Das Altenpflegegesetz mit seiner bundeseinheitlichen Regelung der Altenpflegeausbildung (vgl. Kap. 2.2.3) ist ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Pflegepersonalsituation, wobei hier – neben der generellen Frage des Inkrafttretens dieses

Bundesgesetzes<sup>62</sup> – die Frage der Finanzierung über eine Umlage oder den Pflege-satz noch zu klären ist.

Derzeit verlassen viele Pflegekräfte den Beruf, weil sie mit ihren Rahmenbedingun-gen völlig unzufrieden sind. Die Personalfluktuatoin in der Altenpflege ist an allen Berufen am höchsten, wie die Längsschnittstudie «Berufseinmündung und Berufs-verbleib von Altenpflegekräften» des Berufsinstituts für Berufliche Bildung (BIBB) und des Kuratoriums deutscher Altershilfe (KDA) von 1997 belegt:

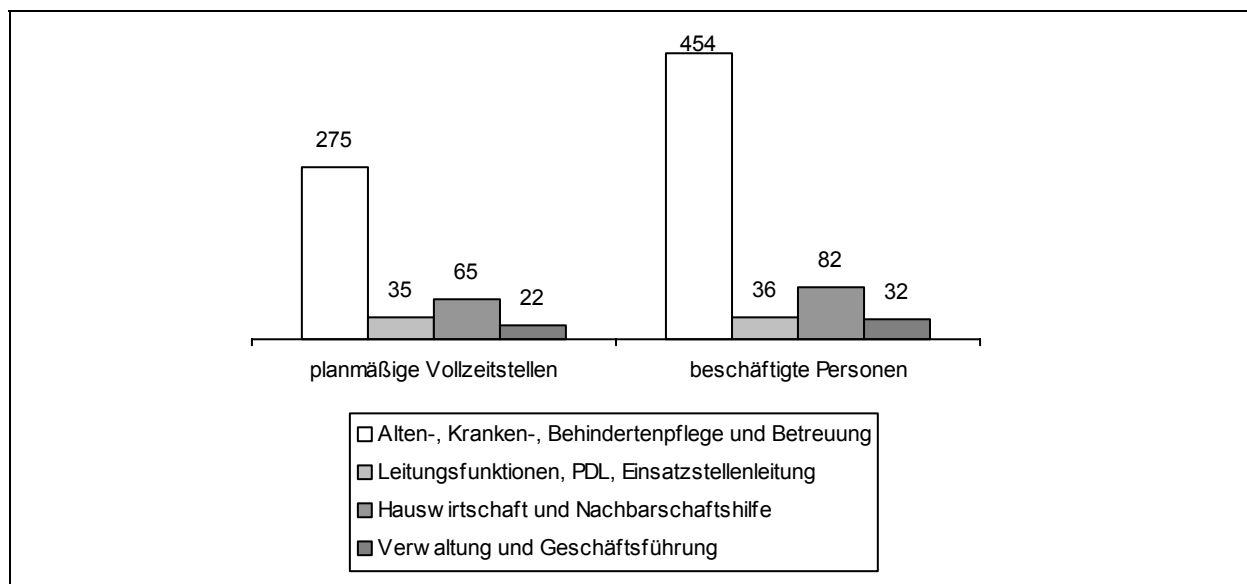
«Fünf Jahre nach dem Ende ihrer Berufsausbildung befinden sich nur noch etwas 18 % der Altenpfle-gerinnen und Altenpfleger eines Ausbildungsjahrgangs in ihrem erlernten Beruf. Vier von fünf der AusbildungsabsolventInnen von 1992 stiegen bis 1997 aus der Altenpflege aus ... Etwa ein Viertel der examinierten Altenpflegekräfte war schon im ersten Jahr aus dem gerade erlernten Beruf wieder aus-gestiegen. Die dafür am häufigsten genannten Gründe waren `körperliche und psychische Überforde-rung`, `schlechte Arbeitsbedingungen` und – bei den Frauen – `Mutterschaft`<sup>63</sup> .»

Der Kostendruck hat zu einem enormen Zeitdruck beim Personal geführt:

„Im Durchschnitt standen 1997 gerade 26 Minuten Pflegezeit je Pflegebedürftigen zur Verfügung, ga-ben die AltenpflegerInnen an. Um verantwortlich und bedürfnisgerecht pflegen zu können, wären nach den Antworten der befragten Pflegekräfte aber 48 Minuten – und damit fast doppelt so viel Zeit – not-wendig gewesen.“<sup>64</sup>

Die Pflege- und Betreuungsstatistik gibt einen Überblick über den Personalbestand in ambulanten Diensten und Pflegeheimen, wobei jeweils zwischen Vollzeitstellen, be-schäftigten Personen und einzelnen Berufsgruppen differenziert wird:

**Grafik 18: Personalbestand in Ambulanten Diensten**



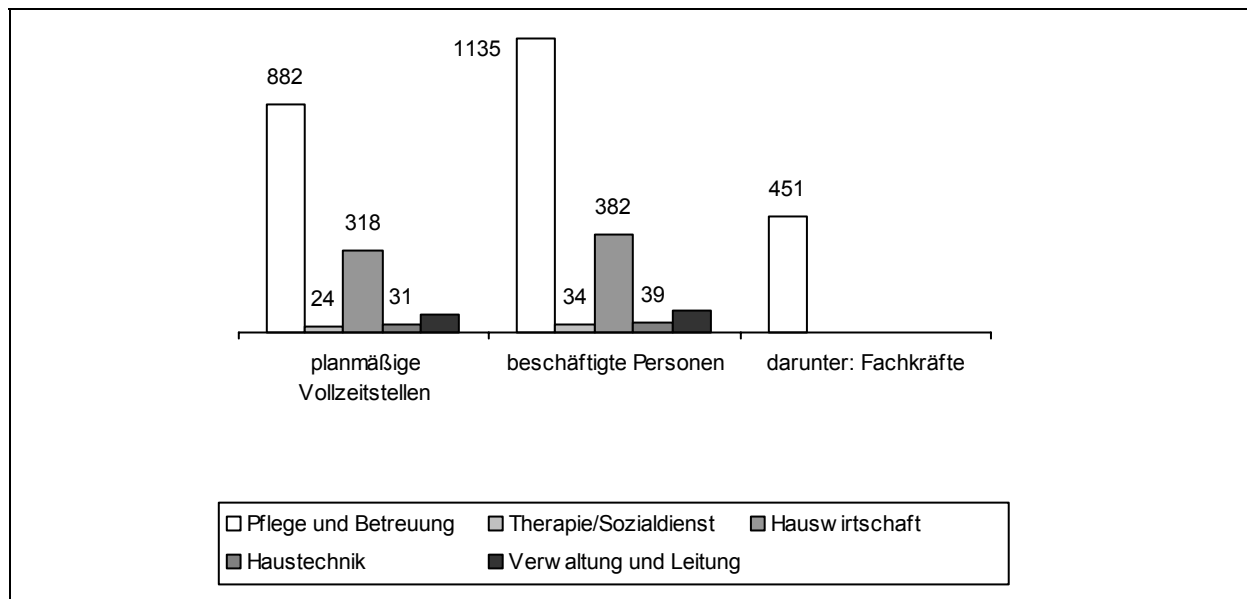
Quelle: Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Stand: 1.1.1999

<sup>62</sup> Vgl. Kap. 2.2.3, Fußnote 16, Seite 16.

<sup>63</sup> Zitiert nach KDA-Pressemitteilung vom 19.12.1997, vgl. [www.kda.de/presse/pm191297.htm](http://www.kda.de/presse/pm191297.htm).

<sup>64</sup> KDA-Pressemitteilung, a.a.O.

**Grafik 19: Personalbestand in Stationären Einrichtungen der Altenhilfe**



Quelle: Pflege- und Betreuungsstatistik 1999, Stand: 1.1.1999

- Anfang 1999 waren im ambulanten Bereich 454 und im stationären Bereich 1.135 Pflegekräfte beschäftigt, das entspricht 275 bzw. 882 Vollzeitstellen. Dem folgen als nächst stärkste Berufsgruppe die hauswirtschaftlichen Kräfte.

Die Mitarbeiterstruktur im ambulanten und stationären Bereich ist dabei vom Beschäftigungsstatus unterschiedlich, wenn man bundesweite Erhebungen<sup>65</sup> heranzieht:

- In ambulanten Pflegediensten hat der überwiegende Teil keine Vollzeitstelle: 41 % des Personals befindet sich in einem sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigungsverhältnis, 20 % sind geringfügig beschäftigt und nur 39 % sind vollzeitbeschäftigt.
- In stationären Pflegeeinrichtungen sind demgegenüber 32 % teilzeitbeschäftigt, 9 % geringfügig und 59 % vollzeitbeschäftigt.

Die **Ausbildung** zu Altenpfleger/-innen findet in Mannheim an drei Altenpflegeschulen statt. Hier werden Mitte 2001 (Stand Mai) insgesamt 280 Auszubildende zu Altenpfleger/-innen ausgebildet:

- Altenpflegeschule der Stadt Mannheim gGmbH: 92 Auszubildende in fünf Lehrgängen
- DRK-Altenpflegeschule Mannheim: 141 Auszubildende in sechs Lehrgängen
- bfw-Altenpflegeschule: 47 Auszubildende in drei Lehrgängen.

Gemeinsam mit der Stadt Mannheim überlegen die drei Altenpflegeschulen, wie sie in Zukunft eine «Ausbildungsoffensive» starten können.

Bei aller Professionalisierung der Pflege darf man jedoch nicht übersehen, dass die Familien – ob Partner/-in oder Kinder – nach wie vor die Hauptlast der Pflege bewältigen, auch wenn sie mittlerweile an der Grenze ihrer Belastbarkeit angekommen

<sup>65</sup> Ergebnisse der Infratest-Studie «Wirkungen der Pflegeversicherung» (2001), zit. nach: BMG (Hg.), Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Seiten 82 und 84.

sind. 40 % der pflegebedürftigen Menschen werden heute zu Hause versorgt. Professionelle Pflege allein wird den gesamten Pflegebedarf auch in Zukunft nicht decken können. Gefragt ist in der Zukunft eine Kombination von beruflicher und nicht-beruflicher Hilfe durch einen Mix aus privater und professioneller Pflege:

*«Pflege in der Zukunft bleibt auf die Ressource der informellen Pflege (Familie und Freunde) angewiesen ... Eine, wenn nicht die Perspektive für die Sicherung der Zukunft liegt in der Entwicklung von modernen Pflegemixturen unter Beteiligung informeller Hilfe, professioneller und marktgängiger Dienstleistungen im Feld der Pflege sowie freiwilliger Hilfe<sup>66</sup>.»*

Für die Zukunft ist eine kontinuierliche Datenerhebung über die Beschäftigungs- und Ausbildungssituation in der Pflege notwendig, um die Entwicklung besser planen und steuern zu können.

---

<sup>66</sup> Klie, Thomas, 2001: Die Zukunft der Pflege. Zwischen Mythos und Modernisierung, in: Dr. med. Mabuse 130, März/April 2001, S. 51.

## **5 Anhang**

### **5.1 Mitglieder des Stadtpflegeausschusses und seiner Arbeitsgruppen**

#### **5.1.1 Mitglieder des Stadtpflegeausschusses** (Stand: 6/2001)

Abelein, Gerhard/VDA Hauptverwaltung  
Aichholz, Willi/Mannheimer Seniorenrat e.V.  
Biedermann, Lydia/Sozialstation MA-Nordost e.V.  
Böhm, Jürgen/Seniorenbüro  
Dr. Engler-Thümmel, Holle/Fachbereich Gesundheit  
Bürgermeisterin Fürst-Diery/Dezernat III; Vorsitzende  
Galla, Michael/Lebenshilfe für geistig Behinderte, OV Mannheim e.V.  
Prof. Dr. Gladisch, Rainer/Klinikum Mannheim gGmbH, IV. Medizinische Klinik/Allgemeine Innere  
Medizin/Geriatrie  
Glage, Michael/Deutsches Rotes Kreuz  
Gramlich, Helmut/Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH  
Gummer, Dieter/Diakonisches Werk Mannheim  
Heldmaier, Andreas/VDAK/AEV  
Hoffmann, Reinhold/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren, stellv. Vorsitzender  
Kern, Hagen/Klinikum Mannheim gGmbH  
Kölmel, Margot/Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Mannheim e.V.  
Kuhn, Dieter/Innungskrankenkasse  
Lattek, Volker/Altenpflegeheime Mannheim gGmbH  
Lederle, Karl/Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Lutz-Rhein, Harald/Ambulanter Pflegedienst Medicor  
May, Dieter/Ev. Kirchengemeindeamt Mannheim  
Merkle, Klaus/AOK Mannheim  
Pasch, Marlene/pro seniore Residenz Mannheim  
Pfeifer, Franz/Caritasverband Mannheim e.V.  
Pfleiderer-Hatzner, Wolfram/Seniorenbüro  
Ratzel, Günter/Betriebskrankenkasse Rhein-Neckar  
Dr. Roth, Max/Med. Dienst der Krankenversicherung  
Schmidt-Nieraese, Helga/Allgemeiner Sozialer Dienst  
Stephan, Jürgen/Deutsches Rotes Kreuz  
Dr. Wachter, Jürgen/Verband der niedergelassenen Ärzte  
Weiß, Roland/Arbeiter-Samariter-Bund e.V.  
Werner, Walter/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren /Sozialplanung,  
Geschäftsführer

#### **5.1.2 Arbeitsgruppen des Stadtpflegeausschusses für den Stadtpflegebericht**

##### **Arbeitsgruppe 1 Orientierungsrahmen/Leitbild für die Mannheimer Altenhilfe und -pflege**

Jürgen Böhm/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren/Seniorenbüro  
Rudolf Helble/Fachbereich Gesundheit  
Volker Lattek/Städtische Altenpflegeheime gGmbH  
Prof. Astrid Hedtke-Becker, Fachhochschule für Sozialwesen  
Martina Döbele/Gemeinschaft Ambulanter Pflegedienste

##### **Arbeitsgruppe 2 Pflegeversicherung zwischen Markt-Planung-Steuerung**

Nikoletta Amouchas/Thomas Haus  
Mathias Maucher/Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES)

Klaus Merkle/AOK  
Lutz Ruden/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren  
Dr. Dieter Scheidet/Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)  
Klaus Schindewolf/Diakonisches Werk

### **Arbeitsgruppe 3 Kundenorientierung**

Roland Göttl/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren  
Renate Kober/Klinikum Mannheim gGmbH/Sozialdienst  
Anke Rühl/Gemeinschaft Ambulanter Pflegedienste  
Heike Schöber-Böer/Zinzendorf Haus  
Dr. Jürgen Wachter/Obmann der niedergelassenen Allgemeinärzte

### **Arbeitsgruppe 4 Gerontopsychiatrische Betreuung und Versorgung**

Inge Alscher/Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit/Psychiatriekoordination  
Prof. Dr. Rainer Gladisch/Klinikum Mannheim gGmbH/IV. Med. Klinik für Inneres und Geriatrie  
Irmine Heller-Brand/Seniorenberatungsstelle MA-Süd  
Regina Hertlein/Seniorenberatungsstelle MA-Mitte  
Margot Klein/Beratungsstelle VIVA  
Bärbel Kregel/Seniorenresidenz Niederfeld  
Andreas Lauer/VDA  
Helga Mann/Ida-Scipio-Heim  
Klaus Merkle/AOK  
Prof. Dr. Manfred Oster/Hochschule für Sozialwesen Mannheim  
Marlene Pasch/pro seniore Residenz  
Wolfram Pfeiderer-Hatzner /Seniorenbüro  
Helga Scholze/Sozialstation MA-Nordost

### **Arbeitsgruppe 5 Datenbankmanagement**

Mathias Maucher/Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES)  
Klaus Merkle/AOK  
Helge Ruttmann/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren/Seniorenbüro  
Dr. Dieter Scheidet/MDK  
Klaus Schindewolf/Diakonisches Werk

Moderation der einzelnen Arbeitsgruppen: Walter Werner/Geschäftsführer Stadtpflegeausschuss

## **5.2 Mitgliedseinrichtungen des Gerontopsychiatrischen Forums** (Stand 06/2001)

### **Seniorenorganisationen/Angehörigengruppen**

Seniorenrat  
Angehörigengruppe beim Zi

### **Beratungsstellen/Betreuungseinrichtungen/Ambulante und Soziale Dienste**

Seniorenberatungsstellen  
Betreuungsbehörde  
Kommunaler Betreuungsverein  
Ev. Sozialstationenverbund  
ASB-Tagespflege  
Vereinigung für Hauspflege und Familienhilfe

### **Altenpflegeheime**

Alten- und Pflegeheim Maria Frieden  
Altenpflegeheime Mannheim gGmbH  
Joseph-Bauer-Haus  
Kath. Bürgerhospital  
Otto-Bauder-Haus  
Maria Scherer-Haus/Seniorenzentrum e.V.  
pro seniore Residenz Mannheim  
Seniorenresidenz Niederfeld GmbH  
Fritz-Esser-Haus  
St. Anna-Haus  
Thomas Haus  
Zinzendorf Haus  
Seniorenzentrum Ludwigshafen/DSK

### **Ärzte/Gesundheitswesen/Kliniken/MDK**

Fachbereich Gesundheit  
Klinikum/IV. Med. Innere Medizin und Geriatrie  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Epidemiologie, Gedächtnisambulanz, Altentagesklinik  
Diakonie Krankenhaus  
Psychiatrisches Zentrum Nordbaden  
Obmann Niedergelassene Allgemeinärzte  
Sprecher Nervenärzte  
Gesundheitsprojekt niedergelassener Ärzte

### **Bildungseinrichtungen**

Hochschule für Sozialwesen Mannheim  
Städtische Altenpflegeschule  
DRK-Altenpflegeschule  
Volkshochschule/Abendakademie

### **Kostenträger**

Allgemeine Ortskrankenkasse  
Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren

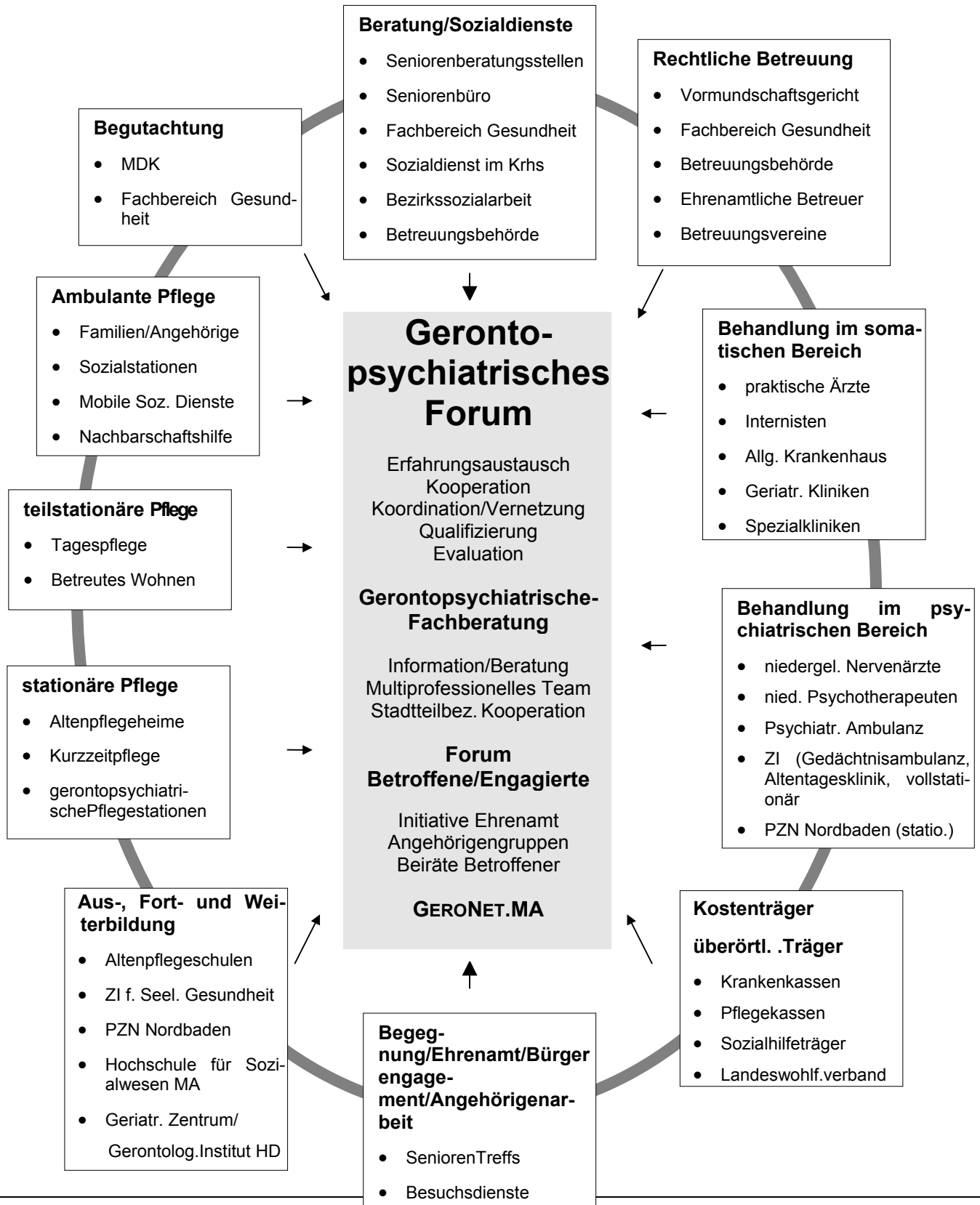
### **Sonstige**

Psychiatriekoordination/Sozialdezernat  
Psychosoziale Arbeitsgruppe Ludwigshafen  
Alzheimer Gesellschaft Pfalz

### **Moderation/Leitung**

Sozialplaner/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren  
i.A. der Sozialbürgermeisterin

### 5.3 Gerontopsychiatrisches Verbundnetz für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen in Mannheim» — ein Strukturmodell





## **5.4 Rechtsgrundlagen für die Altenhilfe- und Stadtpflegeplanung - Auszüge**

### **5.4.1 Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG)**

#### **§ 8 PflegeVG «Gemeinsame Verantwortung»**

Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

#### **§ 12 PflegeVG «Aufgaben der Pflegekassen»**

(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Die arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken darauf hin, dass Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden ...

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.

#### **§ 69 PflegeVG «Sicherstellungsauftrag»**

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Die schließen hierzu Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern ...

### **5.4.2 Regelungen des Landespflegegesetzes Baden-Württemberg**

Gesetz vom 11. September 1995, zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. April 1999

#### **§ 3 Absatz 2 LPfIG «Rahmenplan»**

Der Landespflegeplan umfasst Grundsätze und Ziele für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung sowie Hinweise zu pflegevermeidenden und –ergänzenden Maßnahmen und bildet den Rahmen für Kreispflegepläne. Er ist insbesondere mit Planungen im Gesundheitswesen abzustimmen. Bestehende Verpflichtungen zur Planung in mit der pflegerischen Versorgung verbundenen Bereichen bleiben unberührt.

#### **§ 4 LPfIG «Kreispflegeplan»**

Die Stadt- und Landkreise erstellen entsprechend den örtlichen Bedürfnissen und Gegebenheiten räumlich gegliederte Kreispflegepläne. Der Kreispflegeplan enthält die Darstellung von Bestand, Bedarf und erforderlichen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung ...

Der Kreispflegeplan ist unter Mitwirkung der an der örtlichen pflegerischen Versorgung Beteiligten zu erstellen.

#### **§ 17 LPfIG «Auskunftspflichten»**

Die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung, die privaten Versicherungsunternehmen sowie der Medizinische Dienst sind verpflichtet, dem Sozialministerium die für Zwecke der Planung und Investitionsförderung im Pflegebereich erforderlichen

derlichen Auskünfte, insbesondere den § 109 SGB XI (= Regelungen zu den Pflegestatistiken) genannten Sachverhalte zu erteilen. Daten der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen dürfen nur in anonymisierter Form übermittelt werden.

Die Angaben über einzelne Dienste und Einrichtungen ... unterliegen dem Datenschutz. Sie dürfen den Kreisen für Zwecke der Kreispflegeplanung ... weitergegeben werden.

### **5.4.3 Pflegestatistik-Verordnung**

Verordnung vom 24. November 1999

#### **§ 1 PflegeStatV «Erhebungsgegenstände»**

(1) Erhebungen der Bundesstatistik werden durchgeführt über

1. die Pflegeeinrichtungen
2. die Pflegegeldleistungen.

(2) Pflegeeinrichtungen im Sinne dieser Verordnung sind ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sowie teilstationäre und vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime), mit denen ein Versorgungsvertrag nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen).

#### **§ 2 PflegeStatV «Erhebungsmerkmale»**

(1) Erhebungsmerkmale bei den Erhebungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 sind für die Pflegeeinrichtung

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. In der Pflegeeinrichtung tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich (einschließlich Beschäftigungsumfang in der Pflege) und Berufsabschluss,
3. Zahl und Art der Pflegeplätze,
4. betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit sowie bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung,
5. an die Pflegeeinrichtung nach Art und Höhe der Pflegeleistung zu zahlende Entgelte für
  - a) allgemeine Pflegeleistungen nach Pflegekassen und
  - b) Unterkunft und Verpflegung.

(2) Erhebungsmerkmale bei den Erhebungen nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 sind

1. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
2. Empfänger von Pflegegeldleistungen nach §§ 37 oder 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort (Postleitzahl) und Grad der Pflegebedürftigkeit.

## Mannheimer Standards für eine menschenwürdige Pflege

### **Empfehlungen des Stadtpflegeausschusses zur Qualitätssicherung in den Mannheimer Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten**

*Pflege ist dem Grundsatz der Menschenwürde und Selbstbestimmung verpflichtet.*

*Pflege hat sich an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen zu orientieren.*

*Pflege ist eine Gemeinschaftsaufgabe von Pflegeeinrichtungen, Pflege- und Krankenkassen, Bund, Land und Kommune, die in Mannheim als gemeinsame Pflegebedarfsplanung im Stadtpflegeausschuss wahrgenommen wird.*

*Pflege ist ein kooperativer Prozess von pflegebedürftigen Menschen, Pflegenden, Leistungs- und Kostenträgern, der fachlich koordiniert und für die Beteiligten transparent sein muss.*

*Pflege ist eine Aufgabe des gesamten Gemeinwesens, die über den sozialen Bereich hinaus alle Bereiche des öffentlichen Lebens betrifft.*

*Pflege ist ein ständiger Entwicklungsprozess, in dem die Qualitätsstandards laufend fortentwickelt werden müssen.*

Es ist erklärtes Ziel des Mannheimer Stadtpflegeausschusses, eine *humane* und *aktivierende Pflege* unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten, in einer Qualität und mit einem zeitlichen Umfang, die sich an den Bedürfnissen des Betroffenen und seiner Lebenswelt orientieren.

Der Gesetzgeber gibt im Pflegeversicherungsgesetz<sup>67</sup> entsprechende Maßstäbe vor:

Die Einrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine

*humane und aktivierende Pflege  
unter Achtung der Menschenwürde*

zu gewährleisten.

Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen.

Zu den pflegerischen Dienstleistungen gehören

- die Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- die teilweise oder vollständige Übernahme dieser Verrichtungen,
- die Beaufsichtigung oder die Anleitung der Ausführung dieser Verrichtungen durch die Pflegeperson.

*Aktivierende Pflege* muss durchgängiges Prinzip in der Pflegearbeit sein, die innerhalb aller pflegerischen Tätigkeiten sichtbar wird und außerhalb der routinemäßigen Arbeitsabläufe die persönliche

<sup>67</sup> § 11 Abs. 1 und 2 sowie § 80 des Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

Selbständigkeit des betreuten alten Menschen soweit wie möglich wiederherstellt, bessert und erhält.<sup>68</sup>

Zu einem ganzheitlichen, umfassenden Modell *aktivierender Pflege* gehört die Unterstützung folgender «Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens»:<sup>69</sup>

- kommunizieren
- sich bewegen
- vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
- sich pflegen
- essen und trinken
- ausscheiden
- sich kleiden
- ruhen und schlafen
- sich beschäftigen
- sich als Mann /Frau fühlen und verhalten
- für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen
- soziale Bereiche des Lebens sichern
- mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen.

*Aktivierende Pflege* hat die weitestgehend eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person zum Ziel. Die Versorgung beschränkt sich nicht auf eine «Satt- und Sauber-Pflege», sondern ist darauf auszurichten, die Pflegebedürftigen in ihre Pflege und Betreuung *aktiv* einzubeziehen, um insbesondere den Willen und die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen.<sup>70</sup>

*Aktivierende Pflege* heißt, vorhandene Fähigkeiten bei der Verrichtung des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie den Pflegebedürftigen zu helfen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen bzw. wiederherzustellen und nicht vorhandene zu entwickeln.

*Aktivierende Pflege* orientiert sich an einer menschenwürdigen Lebensqualität und Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen im ambulanten und Heimbereich, unter Berücksichtigung ihrer Biografie und bisherigen Lebensgewohnheiten<sup>71</sup> und soll sie in die kulturelle und gesellschaftliche Umgebung einbeziehen, die auch bisher ihr Leben maßgeblich geprägt hat.

*Aktivierende Pflege* und eine sinnvolle *medizinische Rehabilitation* können den Betroffenen in medizinisch geeigneten Fällen unnötige Komplikationen, Einschränkungen und Behinderungen auf Dauer ersparen, denn Pflegebedürftigkeit ist kein unveränderbarer Zustand. Ziel ist ein aktives Leben im Alter statt personalintensiver Dauerpflege.

*Aktivierende Pflege* kann durch geeignete Behandlungsmaßnahmen, gezielte Unterstützung und Trainingsmöglichkeiten der körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Fähigkeiten ein Leben im Alter mit weniger Beeinträchtigungen durch Krankheit und Behinderungen ermöglichen.

*Aktivierende Pflege* fördert durch gezielte Behandlung und aktives Training pflegebedürftiger Menschen das Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes, dass sie nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitwirken können.

---

<sup>68</sup> Vgl. Kriterienkatalog des Sozialministeriums Baden-Württemberg für eine ausreichende Versorgung. Betreuung und Pflege ... nach § 1 Heimgesetz, Stuttgart 1989

<sup>69</sup> Nach Krohwinkel, in: Korecic, Pflegestandards Altenpflege, Heidelberg 1996

<sup>70</sup> Quelle: Bemerkungen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zur Entwicklung des SGB XI. In: PflegeVG, Filderstadt 1994.

<sup>71</sup> Gemeinsame Grundsätze für Qualitätsentwicklung nach § 80 SGB XI.

*Aktivierende Pflege* ist vom Grundsatz her als «soziales Grundrecht auf Rehabilitation» im Sozialgesetzbuch verankert: «Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.» (SGB I § 10)

Rehabilitation erschöpft sich demnach nicht darin, Kranken und Behinderten ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder zu vermitteln. Im umfassenden Sinne bedeutet Rehabilitation, die Fähigkeit zu erhalten oder wieder zu erlangen, ein selbständiges Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dies ist humanitäres Anliegen. Es ist auch wirtschaftliches Gebot.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* sieht im alternden und pflegebedürftigen Menschen ein vollwertiges Mitglied unserer demokratischen Gesellschaft und verwahrt sich gegen seine Reduzierung auf einen Kostenfaktor.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* ruft alle Beteiligten am Betreuungs- und Pflegeprozess auf, diese Plattform zu unterstützen und in der eigenen Arbeit als Maßstab einzuhalten.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* ruft den Gesetzgeber in Bund und Land sowie die Kostenträger auf, die Forderungen dieser Plattform zu ermöglichen.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* ruft die Einrichtungsträger auf, die Rahmenbedingungen zur Erfüllung dieses Maßstabes zu schaffen und zu erhalten.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* ruft die Mitarbeiter/innen dieser Einrichtungen auf, diesen Maßstab in ihrer Arbeit umzusetzen.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* ruft die Betroffenen, deren Angehörige und die gesetzlichen Betreuer/innen auf, diesen Maßstab einzufordern.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* appelliert an die Verantwortlichen – die Leistungserbringer und Leistungsträger – sich dafür einzusetzen, dass der aktivierenden und menschenwürdigen Pflege ein vernünftiger Zeitrahmen zur Verfügung steht, durchaus im Bewusstsein, dass die finanziellen Ressourcen begrenzt sind.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* gibt der Stadtpflegeplanung mit dieser Plattform einen ethischen Rahmen - in gemeinsamer Verantwortung der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, der Kommune, des Landes und der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes.

*Der Stadtpflegeausschuss Mannheim* verabschiedet diese *Mannheimer Plattform für eine menschenwürdige Pflege* als freiwillige Selbstverpflichtung aller seiner Mitglieder.

*Die Mitglieder des Stadtpflegeausschusses, Beschluss vom 9. Dezember 1997*

## 5.5 Standards in den Mannheimer Pflegeheimen – Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz Baden-Württemberg und außerhalb des Landespflegegesetzes

### Standards in den Mannheimer Altenpflegeheimen - Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz

#### I Präambel

Der Ständige Ausschuss des Landespflegeausschusses hat im März 1997 Kriterien zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz und des Sozialministeriums beraten. Diese Kriterien sind Grundlage für die Standards in den Mannheimer Altenpflegeheimen zur Förderung nach dem Landespflegegesetz.

#### II Allgemeine Kriterien

Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die jeweils geltenden Rechtsvorschriften zum Versorgungsvertrag und zur Entgeltvereinbarung nach dem Sozialgesetzbuch XI und nach dem Bundessozialhilfegesetz sowie die Rechtsvorschriften zum Schutz der Heimbewohner/-innen in Pflegeeinrichtungen nach dem Heimgesetz und den dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils gültigen Fassung umfassend zu beachten. Die Pflegeeinrichtung akzeptiert die Vorgaben des Landespflegegesetzes zur Planung und zur Förderung sowie zur gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen; dies schließt den Vorrang der Bestandserhaltung von Pflegeeinrichtungen vor Neubaumaßnahmen mit ein, soweit sie bedarfsgerecht sind und dies wirtschaftlich vertretbar ist.

Die Pflegeeinrichtung berücksichtigt bei den nachstehenden Planungen die besondere Situation der zukünftigen Heimbewohner/-innen. Sie strebt an, das bisherige Wohnumfeld auch in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Dies beinhaltet auch die bedürfnisgerechte Gestaltung der neuen Wohnsituation im Heim.

Die Pflegeeinrichtung bemüht sich in besonderer Weise um die Aus- und Fortbildung von qualifizierten Altenpflegekräften.

#### III Bau- und Raumkonzept der Pflegeeinrichtung

1. Der Anteil von Einzelzimmern bei einem Neubau soll möglichst hoch sein. Doppelzimmerplätze können in geringem Umfang, maximal

jedoch mit 20% der Gesamtplätze zur Verfügung gestellt werden. Bei Umbau einer bestehenden Pflegeeinrichtung hat die Schaffung von Einzelzimmern hohe Priorität und soll mindestens 40% der Platzzahl betragen. Bei Reduzierung der Platzzahl ist die Schaffung neuer Pflegeplätze durch einen Neubau bzw. Erweiterung einer bestehenden Einrichtung in Abstimmung mit der Stadt Mannheim prinzipiell möglich und förderfähig.

2. Für ganzjährig zur Verfügung stehende Kurzzeitpflegeplätze sollen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden.
3. Jedem Bewohner/-innenzimmer ist grundsätzlich ein eigener Sanitärbereich (Waschbecken, WC, Dusche) zuzuordnen; ggf. auch der Anschluss von zwei Einzelzimmern an einen gemeinsamen Sanitärbereich.
4. Es müssen ausreichende und geeignete Gemeinschafts- und Funktionsräume (z.B. für therapie-, rehabilitations- und tagesstrukturierende Maßnahmen) bereitgestellt werden.
5. Im Hinblick auf die Belange bei körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen muss das Pflegeheim in seiner gesamten Anlage barrierefrei und rollstuhlgerecht sein (gem. DIN 18025 Teil 1 und 2).

#### IV Standort der Pflegeeinrichtung

1. Die Pflegeeinrichtung soll zentral liegen und muss eine wohnortnahe und stadtteilorientierte Versorgung gewährleisten.
2. Die Pflegeeinrichtung muss gut an das öffentliche Nahverkehrsnetz angebunden sein.
3. Die Pflegeeinrichtung soll sicher und barrierefrei erreichbar sein.

#### V Versorgungskonzept der Pflegeeinrichtung

1. Die Pflegeeinrichtung soll mehrere Leistungsbereiche (z.B. stationäre Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege) abdecken, soweit hierüber im

Einzelfall Einvernehmen mit der Stadt Mannheim über den konkreten Bedarf besteht.

2. Die Pflegeeinrichtung versteht sich als Teil des örtlichen Gemeinwesens und sucht insbesondere die Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen der Altenhilfe, Schulen, Kindergärten und Vereinen in ihrem Einzugsbereich. Sie bietet einzelne Dienstleistungen für versorgungsbedürftige Menschen im Stadtteil an, wie z. B. Offener Mittagstisch. Die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements in den Alltag der Pflegeeinrichtung ist integraler Bestandteil ihres Versorgungskonzeptes.
3. Das Versorgungskonzept beinhaltet die Mitwirkung und Einbeziehung der Heimbewohner/-innen und deren Angehörigen in den Pflegeheimalltag.
4. Die Pflegeeinrichtung ermöglicht Bewohner/-innen aus allen Kulturkreisen die Pflege ihrer Lebensweisen und Traditionen.

#### **VI Kundenorientierung**

1. Im Mittelpunkt der Betreuung und Versorgung der Bewohner/-innen stehen deren Interessen und Bedürfnisse. Der Heimbeirat ist dabei einzubeziehen.
2. Die Pflegeeinrichtung macht allen Bewohner/-innen und den Angehörigen ihr Versorgungs- und Pflegeangebot transparent.

3. Die Pflegeeinrichtung ermöglicht grundsätzlich die Zu- und Abwählbarkeit von Zusatzleistungen.

#### **VII Allgemeine planerische Voraussetzungen**

1. Die konzeptionellen Vorstellungen der Pflegeeinrichtung sind bei Neubau, Erweiterungsbau, Sanierung oder Umstrukturierung einer Pflegeeinrichtung auf einer langfristig verlässlichen Ebene mit der Stadt Mannheim abzustimmen.
2. Die Pflegeeinrichtung muss Personen jeglicher Pflegebedürftigkeit aufnehmen, d.h. Menschen unterhalb der Pflegestufe 1 bei Heimpflegebedürftigkeit im Sinne des § 68 BSHG ebenso wie Heimbewohner/-innen der Pflegestufen I – III im Sinne des SGB XI bzw. des BSHG. Heimbewohner/-innen, für die der Sozialhilfeträger die Kosten übernimmt, dürfen nicht von der Heimaufnahme ausgeschlossen werden.
3. Die Pflegeeinrichtung nimmt vorrangig pflegebedürftige Einwohner/-innen aus Mannheim auf.

#### **VIII Förderverfahren**

Näheres zum Förderverfahren ist in der „Förderung von Pflegeheimen nach dem Mannheimer Sonderprogramm Stationäre Altenhilfe 2002 – Förderverfahren der Stadt Mannheim“ geregelt.

---

## **Standards in den Mannheimer Altenpflegeheimen - Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen außerhalb des Landespflegegesetzes**

### **I Präambel**

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen durch eine leistungsfähige, wirtschaftliche und neuen fachlichen Anforderungen entsprechende Pflegeinfrastruktur ist ganz wesentliches Ziel der Mannheimer Altenhilfepolitik.

Die Mannheimer Altenpflegeheime und die Stadt Mannheim sind sich der gemeinsamen Verantwortung bewusst, den zunehmenden Anforderungen an die Pflege und Betreuung, insbesondere dementer, gerontopsychiatrisch veränderter oder chronisch psychisch kranker Menschen in der stationären Pflege umfassend gerecht zu werden.

Die Stadt Mannheim unterstützt deshalb durch das «Mannheimer Sonderprogramm Stationäre Altenhilfe 2002» die Altenpflegeheime bei ihrer baulich-räumlichen Modernisierung auf der Grundlage neuer konzeptioneller und fachlicher Angebote.

Für die Inanspruchnahme einer Investitionsförderung aus dem städtischen Förderprogramm gelten die nachstehenden Regelungen:

### **II Allgemeine Kriterien**

Die gesetzliche Auftragslage zur Planung und Förderung stationärer Pflegeangebote ergibt sich wesentlich aus den Regelungen im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI), dem Landespflegegesetz (LPfG) und der Verordnung der Landesregierung zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz (Pflegeheim FVO). Bei der Beantragung öffentlicher Fördermitteln gilt der Vorrang der gesetzlichen Landesförderung nach dem Landespflegegesetz.

Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, die jeweils geltenden Rechtsvorschriften zum Versorgungsvertrag und zur Entgeltvereinbarung nach dem Sozialgesetzbuch XI und nach dem Bundessozialhilfegesetz sowie die Rechtsvorschriften zum Schutz der

Heimbewohner/-innen in Pflegeeinrichtungen nach dem Heimgesetz und den dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils gültigen Fassung umfassend zu beachten. Die Pflegeeinrichtung akzeptiert die Vorgaben des Landespflegegesetzes zur Planung und zur Förderung sowie zur gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen; dies schließt den Vorrang der Bestandserhaltung von Pflegeeinrichtungen vor Neubaumaßnahmen mit ein, soweit sie bedarfsgerecht sind und dies wirtschaftlich vertretbar ist.

Für den Fall, dass die zu erwartenden Investitionsaufwendungen die Mindestfördergrenze gem. § 3 Pflegeheimförderverordnung unterschreiten und deshalb ein Förderantrag nach dem Landespflegegesetz abgelehnt wurde, kann der Heimträger auf dieser Finanzierungs- und Berechnungsgrundlage einen Zuschuss aus dem «Mannheimer Sonderprogramm Stationäre Altenhilfe 2002» beantragen. Der Zuschuss kann auch als Vor- oder Zwischenfinanzierung bzw. als Zinshilfemittel bewilligt werden.

Die Pflegeeinrichtung berücksichtigt bei den nachstehenden Planungen die besondere Situation der Heimbewohner/-innen. Sie strebt an, das bisherige Wohnmilieu auch in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Dies beinhaltet auch die bedürfnisgerechte Gestaltung der neuen Wohnsituation im Heim.

Die Pflegeeinrichtung bemüht sich in besonderer Weise um die Aus- und Fortbildung von qualifizierten Altenpflegekräften.

### III Bau- und Raumkonzept der Pflegeeinrichtung

#### Allgemeine Anforderungen

1. Der Anteil von Einzelzimmern bei einem Neubau soll möglichst hoch sein. Doppelzimmerplätze können in geringem Umfang, maximal jedoch mit 20% der Gesamtplätze zur Verfügung gestellt werden. Bei Umbau einer bestehenden Pflegeeinrichtung hat die Schaffung von Einzelzimmern hohe Priorität und soll mindestens 40% der Platzzahl betragen. Bei Reduzierung der Platzzahl in einer bestehenden Einrichtung ist die Schaffung neuer Pflegeplätze in Abstimmung mit der Stadt Mannheim prinzipiell möglich und förderfähig.
2. Eine Flexibilisierung von Raum- und Betreuungskonzepten auf unterschiedliche Bewohnerbedürfnisse ist anzustreben.
3. Dem Individualbereich, insbesondere den Bewohnerzimmern ist bei der Gestaltung des Raumprogramms Priorität einzuräumen.
4. Im Hinblick auf die Belange bei körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen muss das Pflegeheim in seiner gesamten Anlage barrierefrei und rollstuhlgerecht sein (gem. DIN 18025 Teil 1 und 2).

#### Individualbereich

1. Durch flexible Grundrissgestaltung soll im Bedarfsfall die Zusammenlegung von zwei Einzelzimmern zu einer Einheit ermöglicht werden bzw. die Trennung einer Pflegewohnung in Einzelzimmer.
2. Jedem Bewohner/-innenzimmer ist grundsätzlich ein eigener Sanitärbereich (Waschbecken, WC, Dusche) zuzuordnen; ggf. auch der Anschluss von zwei Einzelzimmern an einen gemeinsamen Sanitärbereich.
3. Für ganzjährig zur Verfügung stehende Kurzzeitpflegeplätze sollen ausschließlich Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden.

#### Empfehlungen für ein demenzgerechtes Bauen und Milieugestaltung

1. Es müssen die baulichen Voraussetzungen in der Pflegeeinrichtung dafür vorliegen bzw. zeitnah geschaffen werden, dem Raum- und Betreuungsbedarf älterer Menschen mit psychischen Veränderungen gerecht zu werden.
2. Die Einrichtung überschaubarer beschützter Wohngruppen in einem Teil des Pflegebereiches sollte ermöglicht werden.
3. Die Wegeführung sollte klar angelegt (keine Sackgassensituation oder Endloswege), der Blickbezug in den Fluren ins Freie geschaffen sein.
4. In den Fluren sowie an Aktivitätsknoten sollte eine hohe Aufenthaltsqualität gegeben sein.
5. An zentraler Stelle sollte eine Therapieküche vorhanden sein.
6. Mehrgeschossige offene Hallen sind zu vermeiden.
7. Barrierefreier Zugang ins Freie in beschütztem Rahmen mit witterungsgeschütztem Aufenthaltsbereich sollte geschaffen werden.

#### Gemeinschaftsbereich

1. Es müssen ausreichende und geeignete Gemeinschafts- und Funktionsräume (z.B. für therapie-, rehabilitations- und tagesstrukturierende Maßnahmen) bereitgestellt werden.
2. Räume sollten multifunktional, auf- und unterteilbar geschaffen werden.

#### Funktionsräume

1. Lage und Anzahl der Funktionsräume sollten möglichst kurze Wege für das Personal ergeben.
2. Das Pflegebad sollte den Wohn- und Pflegeräumen zugeordnet sein.
3. Ausreichender Stauraum muss vorhanden sein.



#### IV Standort der Pflegeeinrichtung

1. Die Pflegeeinrichtung soll zentral liegen und muss eine wohnortnahe und stadtteilorientierte Versorgung gewährleisten.
2. Die Pflegeeinrichtung muss gut an das öffentliche Nahverkehrsnetz angebunden sein.
3. Die Pflegeeinrichtung soll sicher und barrierefrei erreichbar sein.

#### V Versorgungskonzept der Pflegeeinrichtung

4. Die Pflegeeinrichtung soll mehrere Leistungsbereiche (z.B. stationäre Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege) abdecken, soweit hierüber im Einzelfall Einvernehmen mit der Stadt Mannheim über den konkreten Bedarf besteht.
5. Die Pflegeeinrichtung versteht sich als Teil des örtlichen Gemeinwesens und sucht insbesondere die Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen der Altenhilfe, Schulen, Kindergärten und Vereinen in ihrem Einzugsbereich. Sie bietet einzelne Dienstleistungen für versorgungsbedürftige Menschen im Stadtteil an, wie z. B. Offener Mittagstisch. Die Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements in den Alltag der Pflegeeinrichtung ist integraler Bestandteil ihres Versorgungskonzeptes.
6. Das Versorgungskonzept beinhaltet die Mitwirkung und Einbeziehung der Heimbewohner/-innen und deren Angehörigen in den Pflegeheimalltag.
7. Die Pflegeeinrichtung ermöglicht Bewohner/-innen aus allen Kulturkreisen die Pflege ihrer Lebensweisen und Traditionen.

#### VI Kundenorientierung

1. Im Mittelpunkt der Betreuung und Versorgung der Bewohner/-innen stehen deren Interessen und Bedürfnisse. Der Heimbeirat ist dabei einzubeziehen.
2. Die Pflegeeinrichtung macht allen Bewohner/-innen und den Angehörigen ihr Versorgungs- und Pflegeangebot transparent.
3. Die Pflegeeinrichtung ermöglicht grundsätzlich die Zu- und Abwählbarkeit von Zusatzleistungen.

#### VII Allgemeine planerische Voraussetzungen

1. Die konzeptionellen Vorstellungen der Pflegeeinrichtung sind bei Neubau, Erweiterungsbau, Sanierung oder Umstrukturierung einer Pflegeeinrichtung auf einer langfristig verlässlichen Ebene mit der Stadt Mannheim abzustimmen.
2. Die Pflegeeinrichtung muss Personen jeglicher Pflegebedürftigkeit aufnehmen, d.h. Menschen unterhalb der Pflegestufe 1 bei Heimpflegebedürftigkeit im Sinne des § 68 BSHG ebenso wie Heimbewohner/-innen der Pflegestufen I – III im Sinne des SGB XI bzw. des BSHG. Heimbewohner/-innen, für die der Sozialhilfeträger die Kosten übernimmt, dürfen nicht von der Heimaufnahme ausgeschlossen werden.
3. Die Pflegeeinrichtung nimmt vorrangig pflegebedürftige Einwohner/-innen aus Mannheim auf.

#### VIII Förderverfahren

Näheres zum Förderverfahren ist in der „Förderung von Pflegeheimen nach dem Mannheimer Sonderprogramm Stationäre Altenhilfe 2002 – Förderverfahren der Stadt Mannheim“ geregelt.

---

## Förderung von Pflegeheimen nach dem Mannheimer Sonderprogramm Stationäre Altenhilfe 2002 - Förderverfahren der Stadt Mannheim

Fördergrundlagen sind die Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz und außerhalb des Landespflegegesetzes.

#### 1. Antragsteller und Zuwendungsempfänger

Antragsteller und Zuwendungsempfänger für die Fördermittel sind die Träger Mannheimer Altenpflegeheime.

Der Antrag ist vor Baubeginn zu stellen.

#### 2. Fördermaßnahme

Gefördert werden Sanierungs-, Modernisierungs- und Neubaumaßnahmen von Altenpflegeheimen im Stadtgebiet Mannheim, sofern sie den Förderkriterien entsprechen.

#### 3. Eigene Mittel

Die Träger der Pflegeheime haben für die Vorhaben in den Einrichtungen eigene Mittel in angemessenem Umfang einzusetzen.

#### 4. Kommunale Zuschüsse

Die Stadt Mannheim gewährt im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit und nach Maßgabe ihrer Haushaltspläne Fördermittel.

## 5. Höhe des Zuschusses

### 5.1 Förderung nach dem Landespflegegesetz

Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Förderbescheid des Landes Baden-Württemberg.

### 5.2 Förderung außerhalb des Landespflegegesetzes

Die förderfähigen Investitionskosten werden mit der Stadt Mannheim abgestimmt.

Förderfähig sind die Kosten, für die keine andere vorrangige öffentliche Förderung – insbesondere Landesförderung – möglich ist.

Die städtische Förderung beträgt maximal 40 % der förderfähigen Kosten.

## 6. Anerkennungsverfahren

Zuständig für die förderrechtliche Anerkennung der Maßnahme ist nach den „Standards in den Mannheimer Altenpflegeheimen – Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen nach dem Landespflegegesetz“ der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Baden, nach den „Standards in den Mannheimer Altenpflegeheimen – Kriterien der Stadt Mannheim zur Förderung von Pflegeheimen außerhalb des Landespflegegesetzes“ die Stadt Mannheim/Sozialdezernat.

Voraussetzung für die förderrechtliche Anerkennung einer Maßnahme ist, dass mit der geförderten Maß-

nahme die zeitnahe Umsetzung der Standards erreicht wird. Die Zeitplanung ist in der Konzeption zu konkretisieren.

Anträge auf Förderung nach dem Landespflegegesetz sind formgerecht mit entsprechendem Formantrag zu stellen. Der Antrag ist über die Stadt Mannheim/Sozialdezernat an den LWV Baden zu richten.

Anträge auf Förderung außerhalb des Landespflegegesetzes sind unter Beifügung des Ablehnungsbescheides des LWV Baden formlos direkt bei der Stadt Mannheim/Sozialdezernat zu stellen. Dem Antrag ist eine genaue Beschreibung (Konzeption) der Maßnahme mit einem detaillierten Kostenplan beizufügen.

## 7. Bewilligung der Förderung und Verwendungsnachweise

Bewilligungsbehörde ist die Stadt Mannheim/Sozialdezernat.

Der Verwendungsnachweis für die Maßnahme ist vom Zuwendungsempfänger bis zum 31. März des auf den Bewilligungszeitraum folgenden Jahres bei der Stadt Mannheim/Sozialdezernat vorzulegen.

Grundlage für das Förderverfahren sind „Vorläufigen allgemeinen Richtlinien der Stadt Mannheim über die Gewährung von Zuschüssen“ vom 18. Oktober 1988.

## Literatur

- Asam, Walter H., 1999: Kommunale Altenplanung nach dem SGB XI, in: Jansen, Birgit/Karl, Fred u. a. (Hg.). Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel, 707-728.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg), 1998: Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg), 1998: Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1995 und 1996. Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), 2000: Auftaktveranstaltung «Altenhilfestrukturen der Zukunft».. Ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 09. und 10. März 2000 in Bonn, Berlin 2000.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 2000: Wirkungen der Pflegeversicherung (Autoren: Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo), BMG-Kurzberichte Forschung, Bd. 127, Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), 2001: Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundesregierung (Hg.), Lebenslagen in Deutschland. Daten und Fakten. Materialband zum Ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001.
- Dettling, Warnfried 2001: Die Stadt und ihre Bürger. Neue Wege in der kommunalen Sozialpolitik; Gütersloh (noch nicht veröffentlicht).
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.), 1992: Nomenklatur der Altenhilfe. Frankfurt a. M.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), 2001: Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Opladen.
- Fischer, Andrea, 2000: Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz. BMG-Pressemitteilung vom 31.03.2000, Berlin.
- Förstl, Hans, 2001: Demenzen in Theorie und Praxis, Berlin.
- Friedrichs, Anne, 2001: Aufgaben und Regelungsbedarf eines Altenhilfe-Struktur-Gesetzes, in: ZFSH/SGB, 4/2001, 205-215.
- Fuchs, Judith, 1999: Die Situation von Pflegenden. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 10/1999. Frankfurt, 337 – 341.
- Gerontopsychiatrisches Forum Mannheim, 2001: Zielsetzungen, Aktivitäten, Perspektiven – 7-Jahresbericht.
- Gertse, Bettina/Rehbein, Isabel, 1998: Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Hansestadt Hamburg/Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1998: «Älter werden in der Fremde. Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger».
- Helmchen, Hanfried/Kanowski, Siegfried, 2001: Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), 2001: Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Opladen, 11-111.
- Hirsch, Rolf D./Fussek, Claus (Hg.), 2000: Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in Institutionen: Gegen das Schweigen. Bonner Schriftenreihe «Gewalt im Alter», Band 4, Bonn.
- Höft, Barbara, 1999: Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. Bonn.
- Infratest Burke Sozialforschung, 1995: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativbefragung im Rahmen des Forschungsprojekts «Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter», München.

- Infratest Burke München/Forschungsinstitut für öffentliche Verwaltung Speyer u. a., 2000: Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement in Deutschland, München.
- Ipsen, Detlev, 1999: Ältere Menschen und die moderne Stadt, in: Jansen, Birgit/Karl, Fred u. a. (Hg.). Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel, 504-520.
- Jansen, Birgit/Karl, Fred u. a. (Hg.). Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim und Basel.
- Kommunale Gemeinschaftsstelle (KGSt), 1999: Bürgerengagement – Chance für die Kommunen, KGSt-Bericht Nr. 6/1999, Köln.
- Klein, Ricarda/Borsi, Gabriele M. (Hg.), 1997: Pflegemanagement als Gestaltungsauftrag. Frankfurt.
- Kirchen-Peters, Sabine, 2000: „Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde ...“. Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis, Saarbrücken.
- Klie, Thomas, 2001: Die Zukunft der Pflege. Zwischen Mythos und Modernisierung, in: Dr. med. Mabase 130, März/April 2001, 51-56.
- Knäpple, Annerose/Rümmele, Angelika/Zaberer, Claudia, 1997: Kundenbefragung in der ambulanten Pflege. Ein Modellprojekt. Stuttgart: Informationsschrift des Sozialministeriums Baden-Württemberg.
- Landeshauptstadt München/Sozialreferat (Hg.), Vollstationäre Pflege für ältere Menschen in München. Bedarfsplanung 1999, Beiträge zur Sozialplanung 155, München.
- Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, 2000: Die Versorgung Demenzkranker. Bedarf und Planungshinweise für ein kommunales Versorgungskonzept, Stuttgart.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.), 1995: Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen, Band I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Band II: Planungshilfen für die Kommunen, Düsseldorf.
- Müller, Dagmar, 1999: Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA thema 151.
- Pfaff, Heiko, 2000: Einführung der Bundesstatistik zur Pflegeversicherung. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 4/2000. Frankfurt: Eigenverlag, 101-105.
- Schlichting, Ruth, 1997: Pflegekonferenzen als Instrument der Altenhilfeplanung. Ein Erfahrungsbericht am Beispiel der Pflegekonferenz im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 4/1997. Frankfurt: Eigenverlag, 112-115.
- Schmidt, Roland/Winkler, Angelika, 1998: Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Analysen und konzeptionelle Überlegungen. Regensburg.
- Schneekloth, Ulrich u. a., 1996: Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten – Endbericht, BMFSFJ-Schriftenreihe Bd. 111.2, Stuttgart.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), 1998: Dementiell erkrankte ältere Menschen. Versorgungskonzepte. Eine Untersuchung zur Situation in Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), 2000: Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg, Teil I: Pflegebedarf in Baden-Württemberg. Derzeitiger Stand und zukünftige Entwicklung, Teil II: Ambulante Pflege, Teil III: Stationäre Pflege in Einrichtungen der Altenhilfe.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), 2000: Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen, Stuttgart.
- Stadt Mannheim, Informations-Vorlage 443/92 «Konzeptionelle Überlegungen zum Ausbau der Altenhilfe», 21.05.1992.
- Stadt Mannheim/Sozialamt, «Beratungsstellen für ältere Menschen und deren Angehörige in Mannheim - Entwicklung und Weiterführung», Informations-Vorlage Nr. 517/99 vom 13.10.1999.

- 
- Stadt Mannheim/Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit/Sozialamt (Hg.), 1999: Symposium Pflege. Pflegeheime zwischen Qualität, Kundenanspruch und Wirklichkeit. Dokumentation einer Tagung vom 10. Juni 1999, Mannheim.
- Stadt Mannheim/Sozialamt 2000: Stationäre Pflege in Mannheim – Bestand und Bedarf an Altenpflegeheimplätzen, Beschluss-Vorlage Nr. 448/00 vom 31.08.2000.
- Stadt Mannheim/Dezernat für Jugend, Soziales und Gesundheit/Gerontopsychiatrisches Forum Mannheim (Hg.), 2001: 7-Jahres-Bericht, Mannheim (n. veröff.).
- Stadt Mannheim/Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren, 2001: «Erfahrungsbericht 2000 der Örtlichen Seniorenberatungsstellen», Informations-Vorlage vom 25.05.2001.
- Stadt Ulm ( Hg.), 1998: Altenhilfeplanung der Stadt Ulm 1998 - 2005 (in Zusammenarbeit mit dem Geriatrischen Zentrum Ulm/Alb-Donau – GZU), Ulm.
- Swoboda, Beate, 1999: Zeitkorridore - Pflege nach Minuten. Arbeitshilfe für Pflegedokumentationen und -planung. Freiburg.
- Weeber, Rotraut, 1999: Lebensumfeld und ambulante Versorgung in Privathaushalten, in: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.), 1999, (K)eine Perspektiven für demenzkranke Menschen?, Landespflegetag 1999.
- Weyerer, Siegfried, 2001: Epidemiologie der Demenzen, Manuskript.
- Weyerer, Siegfried/Schäufele, Martina 2000: Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter: Überblick und aktuelle Forschungsergebnisse aus Mannheim. Vortrag für eine japanische Delegation am 26.07.2000 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.
- Weyerer, Siegfried/Hönig, Thomas/Schäufele, Martina/Zimber, Andreas, 1999: Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe - Epidemiologische Forschungsergebnisse. Mannheim, unveröff. Manuskript des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit.
- Weyerer, Siegfried/Zimber, Andreas, 1999: Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege: Die Situation in Mannheim vor und nach Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung. Vortrag im Rahmen des Symposiums Pflege am 10.06.1999 im Jüdischen Gemeindezentrum Mannheim.

**Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit, Pflegeaufwand und Leistungen	13
Tabelle 2: Regionalisierte Bevölkerungsprognose des Landes Baden-Württemberg für Mannheim	29
Tabelle 3: Ältere Menschen in den Mannheimer Stadtteilen Ende 2000	31
Tabelle 4: Rentner/-innen nach Rentenart, Rentenhöhe und Geschlecht in Mannheim 1999	35
Tabelle 5: Rentner/-innen nach Rentenart und Rentenhöhe in Mannheim 1999	36
Tabelle 6: Pflegebegutachtungen des MDK im ambulanten Bereich in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999	38
Tabelle 7: Pflegebegutachtungen des MDK im stationären Bereich in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999	39
Tabelle 8: Pflegeversicherungsleistungen der AOK nach Altersgruppen,	40
Tabelle 9: Pflegeversicherungsleistungen der AOK für die ambulante Pflege in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999	41
Tabelle 10: Pflegeversicherungsleistungen der AOK für die stationäre Pflege in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 1999	41
Tabelle 11: Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen in den Einzugsbereichen der Sozialstationen 2000 (Stand: Juli)	44
Tabelle 12: Stadtteilbezogene SeniorenTreffs in städtischer Trägerschaft	54
Tabelle 13: Stadtteilbezogene Seniorentreffs in freigemeinnütziger Trägerschaft	55
Tabelle 14: Örtliche Seniorenberatungsstellen	56
Tabelle 15: Stadtweite Informations-, Beratungs- und Servicestellen	60
Tabelle 16: Sozialstationen	61
Tabelle 17: Ambulante Pflegedienste	61
Tabelle 18: Betreutes Wohnen	63
Tabelle 19: Ganzjährig verfügbare Kurzzeitpflegeplätze in Mannheim	64
Tabelle 20: Eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze	64
Tabelle 21: Tagespflegeeinrichtungen in Mannheim	65
Tabelle 22: Entwicklung der Pflegeplätze 1990 bis 2000	66
Tabelle 23: Die Mannheimer Pflegeheime	66
Tabelle 24: Spezifische Angebote für Menschen mit psychischen Alterserkrankungen	72

## Verzeichnis der Grafiken

Grafik 1:	Einzugsbereiche der Sozialstationen – Planungsräume der Stadtpflegeplanung	27
Grafik 2:	Alterstrukturentwicklung 1950 bis 2000	28
Grafik 3:	Durchschnittliche Lebenserwartung in verschiedenen Alterstufen – Mannheim im Vergleich zu Baden-Württemberg	30
Grafik 4:	Mittleres Bevölkerungsalter in den Mannheimer Stadtteilen (Ende 1999) im Vergleich zum Stadtmittelwert (40,6 Jahre)	32
Grafik 5:	Veränderung des Durchschnittsalters in den Mannheimer Stadtteilen im letzten Jahrzehnt (1989 - 1999)	32
Grafik 6:	Mobilität älterer Menschen (65 Jahre und älter) in Mannheim 1994 - 2000	33
Grafik 7:	Umzugsmobilität älterer Menschen (65 Jahre und älter) von/nach Mannheim 1994 bis 1999	34
Grafik 8:	Altersverteilung der Pflegeversicherungsleistungen der AOK 1999	42
Grafik 9:	Pflegeversicherungsleistungen der AOK nach Regionen 1999	43
Grafik 10:	Hilfe zur Pflege nach Pflegestufen 2000	45
Grafik 11:	Ambulante Dienste in Mannheim 1999	46
Grafik 12:	Anzahl der durch Ambulante Dienste versorgten Personen ohne Pflegeversicherungsleistungen in Mannheim im Jahr 1999	46
Grafik 13:	Anzahl der durch Ambulante Dienste versorgten Personen mit Pflegeversicherungsleistungen in Mannheim 1999	47
Grafik 14:	Versorgte Personen mit Pflegeversicherungsleistungen in stationären Einrichtungen in Mannheim 1999	48
Grafik 15:	Örtliche Seniorenberatungsstellen in Mannheim	57
Grafik 16:	Standorte der Altenpflegeheime in Mannheim	68
Grafik 17:	Sozialräumliche Darstellung zentraler Infrastruktureinrichtungen	70
Grafik 18:	Personalbestand in Ambulanten Diensten	80
Grafik 19:	Personalbestand in Stationären Einrichtungen der Altenhilfe	81