

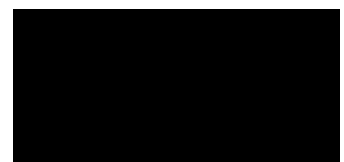
Altenplan 2005 / 2006

Der Altenplan der Stadtgemeinde Bremen

- A Altenpolitische Leitlinien**
- B Entwicklung der Altenbevölkerung**
- C Kurzfassung des Altenplans**
- D Altenplan 2005 / 2006**
- E Themenschwerpunkt Gesundheit**

www.bremen.de/sozialsenator/altenplan

**Freie Hansestadt Bremen
Senator für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales**



Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil A

**Altenpolitische
Leitlinien**

Altenplan der Stadtgemeinde Bremen (2005/2006)

Inhalt

Inhalt	2
Einführung	6
- Wie möchte ich im Alter leben?	
- Der neue Altenplan	
- Das Verfahren	
- Eine Grundlage: Der demografische Wandel	
- Das Engagement älterer Menschen	
A Altenpolitische Leitlinien	12
B Entwicklung der Altenbevölkerung	15
Anlage 1 Einwohner/innen Stadt Bremen	22
Anlage 2 Anteil der weiblichen Bevölkerung	23
Anlage 3 Bevölkerungsprognose	24
Anlage 4 Pflegestatistik	25
C Kurzfassung des Altenplans	27
D Altenplan 2005/2006	45
1. Offene Angebote	45
1.1. Seniorenvertretung	45
Anlage 1 Statut Seniorenvertretung (Stadt)	49
Anlage 2 Statut Seniorenvertretung (Land)	54
1.2. Selbsthilfeinitiativen	55
Anlage 1 Bestimmungen	62
Anlage 2 Antrag	64
1.3. Begegnungsstätten	65
Anlage 1 Angebote ausgewählter BGSt	77
Anlage 2 Verschiedene Merkmale	82
Anlage 3 Alter der Besucher/innen	84
1.4. Veranstaltungen der Altenhilfe	86

1.5. Erholungsreisen	88
2. Wohnen im Alter	91
2.1. Altenwohnungen	92
2.2. Service-Wohnen	93
2.3. Wohnungsanpassung	95
2.4. Wohnberatung im Amt für Soziale Dienste	96
2.5. Koordinierungsstelle	97
2.6. Musterwohnung kom.fort	98
2.7. Handwerksinitiative AGEHA	98
2.8. Fachkommission Wohnen im Alter	99
2.9. Wohnraumförderungsgesetz	99
2.10. Landesbauordnung	100
3. Beratung und Versorgung zu Hause	105
3.1. Der Sozialdienst Erwachsene	105
3.2. Dienstleistungszentren	113
Anlage 1 DLZ in Bremen	134
Anlage 2 DLZ Einzugsbereiche	135
Anlage 3 Nachbarschaftshilfe-Verträge	136
Anlage 4 Nachbarschaftshilfe-Stunden	137
Anlage 5 Nachbarschaftshelferinnen	138
3.3. Häusliche Pflege	139
Anlage Pflegebedürftige nach Alter, Geschlecht und Pflegestufen	148
3.4. Strukturverbesserung in der ambulanten Pflege	151
Anlage 1 Geförderte Projekte	155
Anlage 2 Richtlinien Projektförderung	163
Anlage 3 Merkblatt zur Antragsstellung	167
3.5. Hausnotruf	169
3.6. Informationen zur Angebotsstruktur der Altenhilfe	173
4. Kurzzeitpflege und teilstationäre Einrichtungen	178
4.1. Kurzzeitpflege	178
Anlage 1 Kurzzeitpflege / Reha-Kurzzeitpflege	188
4.2. Tagespflege	189

	Anlage Entgeltsätze Tagepflege	199
	4.3. Tagesbetreuung	200
5.	Stationäre Einrichtungen	206
	5.1. Stationäre Altenhilfe - Heime für Ältere Menschen	206
	Anlage 1 Versorgungsgrad	227
	Anlage 2 Heimverzeichnis	229
	5.2. Sozialdienst im Krankenhaus	240
6.	Querschnittsthemen	254
	6.1. Altenpflegeausbildung	254
	Anlage Rahmenvereinbarung	261
	6.2. Ältere Migranten	272
	6.3. Versorgung Demenzkranker und gerontopsychiatrische Angebote	278
	Anlage Verordnung zur Umsetzung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes	299
	6.4. Begleitung sterbender Menschen	303
E	Themenschwerpunkt Gesundheit	313
	(Fertigstellung dieses Teils bis Juni 2006)	

Impressum

Einführung –

Wie möchte ich im Alter leben?

Die Frage

Wir leben heute länger als unsere Eltern und Großeltern. Dies führt dazu, dass wir „das Alter“ als eine eigenständige Lebensphase bewusster wahrnehmen. Und uns Gedanken machen, wie wir im Alter leben wollen. Diese Gedanken macht sich jede und jeder für die eigene Person. Aber es geht auch darum, wie wir zusammen, gemeinschaftlich leben wollen. Und wie wir uns unsere Stadt vorstellen. Deshalb sollten wir diese Frage gemeinsam in unserer Stadt diskutieren.

Der Anlass

Die Stadt Bremen möchte ihren Altenplan neu festlegen. In ihm steht, welche Dienste, Einrichtungen und Leistungen die Stadt Bremen für die ältere Generation bereithält. – Aber es geht um mehr als das: es geht darum, wie jede und jeder von uns sein Leben im Alter gestalten möchte, was wir dazu beitragen können und was wir von anderen erwarten. Das betrifft alle in der Stadt, Personen und Institutionen.

Das Ergebnis

Ergebnis dieser Diskussion kann sein, dass wir uns persönlich mehr Klarheit über unsere eigenen Vorstellungen verschaffen und daraus persönliche Konsequenzen ziehen. Ein weiteres Ergebnis kann sein, dass sich Menschen mit gleichen Interessen zusammenfinden. Projekte können entstehen. Außerdem können Hinweise und Forderungen an Institutionen in Bremen entstehen: an Politik, Verwaltung, Medien, Unternehmen, Verbände und Vereine.

Der neue Altenplan

Der Begriff Altenplan legt eine detaillierte Festschreibung der Altenhilfepolitik auf einen längeren Zeitraum nahe. Während die grundsätzlichen Entwicklungslinien sich tatsächlich so beschreiben und bestimmen lassen, sind kleinteilige Festlegungen auf mehrere Jahre in einem umfangreichen Altenplan nicht sinnvoll. Weder sind sie aufgrund der sich wandelnden finanziellen Rahmenbedingungen sinnvoll, noch können kleinteilige Festlegungen über die Jahre den jeweils aktuellen Erfordernissen immer angemessen sein. Daher ist der Altenplan kein Fünfjahresplan für die Produktion von Dienstleistungen. Was ist er dann?

Der Bremer Altenplan 2005/2006 soll Planern, Praktikern und Bürgern Orientierungen zur Altenpolitik und ihren Zielsetzungen ermöglichen. Er bezieht sich auf die Stadtgemeinde Bremen und macht Aussagen zu den Leitlinien der Altenpolitik und den Lebenslagen älterer Menschen aus der Sicht des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Politik für ältere Menschen geht über den Geschäftsbereich des Sozialsenators offensichtlich weit hinaus. Eine ressortübergreifende Darstellung aller die älteren Menschen betreffenden Themen hätte jedoch den Rahmen dieser Darstellung gesprengt.

A

Der Altenplan enthält in seinem **Teil A** Altenpolitische Leitlinien, die aktualisiert z.T. neu gefasst wurden auf der Grundlage der seit 1997 gültigen Leitlinien. Wir hoffen, dass sich alle Akteure der bremischen Altenpolitik hinter diesen Inhalten und Formulierungen versammeln können, um in den nächsten Jahren die Angebote für die älteren Bewohner/innen der Stadt den Erfordernissen des demografischen Wandels und anderer Veränderungen entsprechend zu gestalten.

B

In **Teil B** "Entwicklung der Altenbevölkerung" werden grundlegende Daten und Entwicklungen auch im Zusammenhang mit dem demografischen Wandels zusammenfasst.

Die in **Teil C** enthaltene Kurzfassung des Altenplans liegt seit dem Sommer 2005 vor, wurde von der Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration zur Kenntnis genommen und ist der Öffentlichkeit seitdem zugänglich unter der Web-Adresse

bedarfe und -möglichkeiten auch über die im vorgelegten Altenplan bereits enthaltenen Anregungen hinaus in die weitere Zukunft gerichtet aufzeigen können.

Eine Grundlage: Der demografische Wandel

Altenpolitik in Bremen stellt Anforderungen an alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Die zunehmende Lebenserwartung und abnehmende Geburtenzahlen sind Teil des demografischen Wandels, der die Aufgaben der Altenpolitik verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung rückt.

Während diese öffentliche Wahrnehmung demografischer Entwicklungen sich aktuell verstärkt, sind die zugrunde liegenden Trends nicht neu:

In den Industrieländern haben sich die Geburtenraten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts von 2,84 auf 1,58 Lebendgeborene je Frau fast halbiert. In Deutschland bekommt seit 150 Jahren tendenziell jeder Geburtsjahrgang - mit Ausnahme der um 1932 geborenen Frauen - weniger Kinder als der jeweils vorangegangene. Gleichzeitig ist die Lebenserwartung stark gestiegen, sie hat sich beispielsweise in Deutschland bei den Frauen vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 21. Jahrhunderts von rund 40 auf 81 Jahre und bei den Männern von rund 35 auf 76 Jahre mehr als verdoppelt.¹

Neben den demografischen Wandlungsprozessen hat die mehrjährige wirtschaftliche Wachstumsschwäche das soziale Sicherungssystem in prekäre Lagen gebracht und politische Umorientierungen bewirkt. Die damit verbundene öffentliche Aufmerksamkeit fällt auf die Folgen demografischer Veränderungen zurück, so dass der Begriff "Demografischer Wandel" zum ständigen Begleiter politischer Argumentationen geworden ist. Er ist zum Synonym für die Notwendigkeit der Reform des deutschen Sozialsystems geworden.

In Bremen wird die Anzahl der 65-jährigen und Älteren von heute ca. 107.000 auf ca. 123.000 im Jahr 2020 steigen. Noch deutlicher ist der Anstieg der Zahlen bei den über 80-jährigen. Von ca. 29.000 Personen heute wird die Zahl in den nächsten 15 Jahren auf 42.000 ansteigen. Die über 80-jährigen werden dann einen Anteil von fast 8 % an der Bevölkerung der Stadt Bremen haben.²

Der demografische Wandel stellt die Altenhilfe in Bremen vor besondere Aufgaben, da sich nicht nur der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung vergrößert, sondern auch in absoluten Zahlen zunimmt. Es gilt den demografischen Wandel zu berücksichtigen, ihn jedoch nicht zu überschätzen. Die Steigerung der Zahl der Pflegeheimplätze fiel z.B. in den letzten Jahren erheblich höher aus als der aus der demografischen Entwicklung abgeleitete Bedarf. Hier besteht ein wachsender Handlungsbedarf, insbesondere für die Bundesgesetzgebung, der sich teilweise aus der demografischen Entwicklung herleitet, aber zum größeren Teil aus anderen Faktoren rührt.

→ Ein eigenes Kapitel zum demografischen Wandel würde die Systematik des Altenplanes durchbrechen. Themenbezogen wird auf eben diesen Wandel aber immer wieder eingegangen. Der Altenplan enthält den Teil B "Entwicklung der Altenbevölkerung" der die grundlegenden Daten und Entwicklungen zusammenfasst. Ausführungen zu inhaltlichen Herausforderungen des demografischen Wandel und den Strategien, mit denen auf den Wandel zu reagieren ist, sind jeweils den verschiedenen Kapiteln zugeordnet.

¹ vgl. Herwig Birg, Zur aktuellen Lage der Weltbevölkerung, Trends in hochentwickelten Ländern, Bundeszentrale für Politische Bildung, www.bpb.de/publikationen/7OZ856.html

² vgl. Teil B, Entwicklung der Altenbevölkerung, b) Bevölkerungsprognose

Da der Altenplan in dieser vorgelegten Form Ergänzungen leicht möglich macht, können zu gegebener Zeit ergänzende Papiere als Anlage beigefügt werden.³

Das Engagement älterer Menschen

Die Schwerpunkte der Altenpolitik und Altenarbeit unterliegen Veränderungsprozessen. Die Absicherung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gehört zu ihren klassischen Aufgaben. Die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es der älteren Generation ermöglichen, sich aktiv in unsere Gesellschaft einzubringen, rückt daneben stärker in den Vordergrund.

Die Gesellschaft kann auf das Erfahrungswissen der Älteren nicht verzichten. Das ehrenamtliche Engagement älterer Menschen bietet ein großes gesellschaftliches Potenzial und ermöglicht nicht nur für ältere Menschen, sondern für Bürgerinnen und Bürger aller Generationen Hilfestellungen, Wissensweitergabe und Entfaltungsmöglichkeiten, die ohne das Engagement der Älteren kaum zu realisieren wären. In den Familien werden vielfach besondere Leistungen wie z.B. die Unterstützung und Betreuung von Kindern oder Erkrankten wie selbstverständlich von der älteren Generation erbracht.

Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger jüngeren gegenüber. Die demografische Entwicklung mit der Verschiebung des Verhältnisses der Älteren zu den Jüngeren stellt neue Herausforderungen und neue Möglichkeiten für den Zusammenhalt der Gesellschaft dar. Die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme wurde und wird oft unter diesem Gesichtspunkt gesehen. Aber: Das Zusammenwirken der Generationen und die Fähigkeiten und Leistungen der Älteren drängen thematisch jetzt stärker in den Vordergrund. Dieser Vorgang ist begrüßenswert, da er den Platz der älteren Generation in der Gesellschaft in ein angemessenes Licht rückt.

In der Altenpolitik und Altenarbeit geht es auch darum, Potentiale älterer Menschen zu stärken und Anreize für nachberufliche Tätigkeiten zu geben. Die Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement und ehrenamtlichen Tätigkeiten ist eine Querschnittsaufgabe, die sich durch alle im Altenplan behandelten Aufgabenbereiche zieht.

→ Ein eigenes Kapitel zu bürgerschaftlichem Engagement würde die Systematik des Altenplanes durchbrechen. In Verbindung mit einzelnen Themen wird auf eben dieses Engagement aber immer wieder verwiesen, z.B. auf Ältestenräte im Zusammenhang der Begegnungsstätten, auf Initiativen wie die Wissensbörse im Zusammenhang der Selbsthilfeförderung oder auf das Engagement von Angehörigen und Ehrenamtlichen im Zusammenhang von Pflege und Demenz.

Seniorenvertretung, Seniorenbüro, Selbsthilfeinitiativen, Seniorentreffs, Begegnungsstätten, Freiwilligenagentur u.a. werden vom Senat gefördert. Seniorentage, Freiwilligentage, Empfänge für Ehrenamtliche u.a. Veranstaltungen werden im Interesse älterer Menschen unterstützt. Ebenso werden die ehrenamtlichen Ältestenräte der Begegnungsstätten und die ehrenamtlichen Heimbeiräte und Heimfürsprecher unterstützt. Das Engagement älterer Ehrenamtlicher in Wohlfahrtsverbänden oder Kooperationen zwischen Kindertagesstätten und Heimen für ältere Menschen nutzen die Potentiale älterer Menschen. Viele ältere Menschen werden ohne materielle oder andere Unterstützung durch die Freie Hansestadt Bremen aktiv, weil sie Bedarfe sehen und ihre Zeit und Energie für sinnvolle und sinnstiftende Zwecke und das Wohl der Allgemeinheit einsetzen möchten.

Von hohem gesellschaftlichem Nutzen wird es sein, die Verbindungen und den Austausch von Alt und Jung stärker zu unterstützen. Aber der Nutzen ist auch ein persönlicher. Indem wir das Zusammenleben der Generationen gestalten, schaffen wir uns eine lebenswerte Ge-

³ z.B. die Antwort des Senats auf die Große Anfrage "Handlungsbedarf aufgrund des demografischen Wandels", Drs. 16/746

genwart und den Jüngeren eine lebenswerte Zukunft. Wie möchte ich im Alter leben? Wenn wir diese Frage offen stellen und gut beantworten können, werden immer mehr Menschen sagen: Wo möchte ich im Alter leben? In Bremen.

Altenpolitische Leitlinien

1. Altenpolitik in Bremen stellt Anforderungen an alle Bereiche der Politik. Zunehmende Lebenserwartung und abnehmende Geburtenzahlen führen zu einem demografischen Wandel, der diese Aufgabe verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung rückt.
2. Altenpolitik ist präventive Sozial- und Gesundheitspolitik. Sie fördert Mitwirkung und Beteiligung. Die konkreten Interessen, Lebenslagen und Lebensrisiken der Älteren sollen bei allen politischen Entscheidungen berücksichtigt werden.
3. Alter soll nicht den Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben einschränken. Altenpolitik hilft mit, die freie und eigenverantwortliche Entfaltung zu sichern. Bremische Altenpolitik wendet sich gegen Hilfsangebote, die Unselbständigkeit und Abhängigkeit begünstigen.
4. Erfahrungen und Tatkraft älterer Menschen sind eine wertvolle Unterstützung der Familien und des Gemeinwesens. Altenpolitik fördert die generationenübergreifende wechselseitige Hilfe, Selbsthilfe und ehrenamtliche Tätigkeit, auch in Verknüpfung mit professionellen Dienstleistungen.
5. Ältere Menschen sollen nicht durch Umstände, die außerhalb ihrer Einflussmöglichkeiten liegen, in Not und Isolation geraten. Die Bremer Altenpolitik will gesellschaftliche Benachteiligungen, die sich im Alter verstärken, ausgleichen und überwinden helfen.
6. Geeignete Beteiligungsformen für ältere Menschen sind weiter zu entwickeln und auszubauen. Die Seniorenvertretung nimmt für die älteren Menschen Bremens durch Mitwirkung und Mitsprache Einfluss auf Entscheidungen.
7. Altersbedingte Veränderungen sollen nicht zu vermeidbaren Einschränkungen führen. Die Vielfalt der Wohn- und Lebensformen, der Unterstützungs- und Rehabilitationsangebote trägt zur Anpassung an die neuen Lebensbedingungen bei. Dauerhafte Hilfebedürftigkeit kann hinausgezögert und unnötige Heimunterbringung so vermieden werden.
8. Wohnen im Alter stellt Anforderungen an die Lage, Größe und Ausstattung der Wohnungen. Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft sind aufgefordert, sich den unterschiedlichen Wohnbedürfnissen älterer Menschen zu stellen, die sich aus der demografischen Entwicklung ergeben, sie zu unterstützen und zu fördern.
9. Bei der Stadtentwicklung und der Stadtplanung sind die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen an ein altersgerechtes Wohnumfeld zu beachten. Die Bewegungsmöglichkeiten und die Sicherheit älterer Menschen in der Stadt sind zu beachten und lassen sich verbessern.
10. Altenpolitik unterstützt die interkulturelle Öffnung der Angebote für ältere Menschen und fördert soziale Integration.

11. Menschen, die an Demenz erkrankt sind, sowie deren Angehörige, benötigen Unterstützung. Hilfen für demenziell erkrankte Menschen stellen eine zentrale Herausforderung der Altenhilfe dar.
12. Die Gestaltung der konkreten Pflegebedingungen liegt in gesellschaftlicher Verantwortung. Die Sicherstellung einer menschenwürdigen Betreuung und der fachlichen Qualität in der Pflege sind Aufgaben der Altenpolitik. Vielfalt und Spezialisierung der Angebote gehen auf die besonderen Bedarfe der Pflegebedürftigen ein.
13. Altenpolitik schafft Räume, auch tabuisierte Themen des Alterns anzusprechen. Sie unterstützt die würdige Gestaltung der letzten Lebensphase.

Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil B

**Entwicklung der
Altenbevölkerung**

Entwicklung der Altenbevölkerung

a) Bevölkerungsstand am 01.01.2005

Anfang des Jahres 2005 lag die Zahl der in Bremen lebenden Personen über 60 Jahre bei 142.752. Diese Anzahl entspricht zu diesem Zeitpunkt einem Anteil von 26,2% an der Bevölkerung der Stadt Bremen.

Während im Zeitraum von 1997 bis 2005 die Bevölkerung insgesamt um 2.464 Personen abgenommen hat, ist die Altersgruppe der über 60jährigen um 14.496 Personen angestiegen.

Die Gruppe der Personen im Lebensalter von 75 Jahren und älter umfasst zu diesem Zeitpunkt 47.978 Personen; deren Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt bei 8,8% (siehe Tabelle Einwohner Stadt Bremen – Stand 1.1.2005 – zum Vergleich: 1997: 44.667 Personen; 8,1 % der Bevölkerung).

(siehe Anlage 1, Einwohner/innen Stadt Bremen)

Die Verteilung der Altenbevölkerung (ab 60 Jahre) auf die einzelnen Stadtteile ist nicht gleichmäßig. Ihr Anteil liegt im Stadtteil Oberneuland mit ca. 32 % am höchsten und im Stadtteil Östliche Vorstadt mit ca. 18 % am niedrigsten.

Bremer Bevölkerung nach Stadtteilen / Rangfolge nach Anteil der Altenbevölkerung über 60 Jahre

(01.01.2005)

Stadtteil	Bevölkerung insgesamt	Bevölkerung über 60 Jahre	Anteil
Oberneuland (361)	12425	3968	31,94 %
Vahr (34)	27102	8628	31,84 %
Huchting (24)	29417	9025	30,68 %
Schwachhausen (32)	37199	11261	30,27 %
Burglesum (51)	33549	10070	30,02 %
Horn Lehe (34)	23896	7155	29,94 %
Vegesack (52)	34612	9834	28,41 %
(...)			
Neustadt (21)	42577	9193	21,59 %
Seehausen (261)	1100	212	19,24 %
Mitte (11)	16729	3066	18,83 %
Östl. Vorstadt (31)	29252	5304	18,13 %
Ost - gesamt	188030	53130	28,26 %
Nord - gesamt	100778	28558	26,53 %
Süd - gesamt	122784	31134	25,36 %
Mitte/ West - gesamt	134124	29930	22,32 %
insgesamt Stadt Bremen	545716	142752	26,16 %

Die Anteile der Altenbevölkerung bei Zahlen in der Größenordnung unter 100 wurden bei dieser Darstellung vernachlässigt (z.B. Häfen, 48 ältere Menschen).

Betrachtet man die Anteile der älteren Menschen in einigen Stadtteilen, so ist festzustellen, dass sich diese seit 1992 nur geringfügig verändert haben.

Veränderungen in den Anteilen der Altenbevölkerung in ausgewählten Stadtteilen 1992 - 2005

Stadtteil	60 Jahre und älter 1992 in %	60 Jahre und älter 1997 in %	60 Jahre und älter 2005 in %	75 Jahre und älter 1992 in %	75 Jahre und älter 1997 in %	75 Jahre und älter 2005 in %
Findorff	26,4	25,1	25,7	10,4	9,8	9,8
Walle	25,3	24,3	24,5	9,9	9,1	8,6
Vegesack	24,3	25,3	28,4	8,6	8,5	9,7
Schwachhausen	29,1	28,2	30,3	12,7	12,2	11,9
Vahr	29,9	31,6	31,8	9,8	10,1	12,0
Horn-Lehe	24,9	26,5	29,9	9,6	9,6	11,6
Neustadt	22,8	22,0	21,6	9,2	8,7	8,2
Insgesamt		23,4	26,2		8,1	8,8

Überdurchschnittlich sind sowohl die Anteile der älteren Bevölkerung über 60 Jahre als auch der über 75 Jahre in den Stadtteilen Vahr, Schwachhausen, Horn Lehe, Vegesack.

Bremer Bevölkerung nach ausgewählten Stadtteilen / Rangfolge nach Anteil der Altenbevölkerung über 75 Jahre

(01.01.2005)

Stadtteil	Bevölkerung insgesamt	Bevölkerung über 75 Jahre	Anteil
Vahr (34)	27102	3247	11,98 %
Schwachhausen (32)	37199	4431	11,91 %
Horn Lehe (34)	23896	2779	11,63 %
Burlesum (51)	33549	3475	10,36 %
Findorff (42)	25736	2530	9,83 %
Vegesack (52)	34612	3354	9,69 %
Oberneuland (361)	12425	1125	9,05 %
Ost - gesamt	188030	18246	9,70 %
Nord - gesamt	100778	9593	9,52 %
Süd - gesamt	122784	9730	7,92 %
Mitte/ West - gesamt	134124	10409	7,76 %
Insg. Stadt Bremen	545716	47978	8,79 %

Die Anteile der Altenbevölkerung bei Zahlen in der Größenordnung unter 100 wurden bei dieser Darstellung vernachlässigt.

Die demografische Entwicklung der älteren Generationen zeigt in der Statistik der Altersstruktur nach Geschlecht in der Stadtgemeinde Bremen die mit der Entwicklung im Bundesgebiet vergleichbaren Tendenzen: der Frauenanteil an den über 60jährigen Menschen nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu. Während er für die Altersgruppe der 60 - 65-jährigen älteren Menschen noch ca. 50 % beträgt, liegt er bei der Gruppe der 90 bis 100-jährigen älteren Menschen bei 81 %.

Altersstruktur und Geschlecht der Altenbevölkerung in der Stadtgemeinde Bremen

Einwohner Bremen Stadt			Stand 1.1.2005			
	Gesamt	Anteil	weibl.	Anteil	männl.	Anteil
60-<65	35995	25,22	18171	50,48	17824	49,52
65-<70	35362	24,77	18880	53,39	16482	46,61
70-<75	23417	16,40	13450	57,44	9967	42,56
75-<80	20563	14,40	12806	62,28	7757	37,72
80-<85	15823	11,08	11308	71,47	4515	28,53
85-<90	6459	4,52	4808	74,44	1651	25,56
90-<100	5133	3,60	4143	80,71	990	19,29
60-<100	142752	100,00	83566	58,54	59186	41,46

Die Feminisierung des Alters ist in der Stadtgemeinde Bremen in den Stadtteilen unterschiedlich ausgeprägt. Die größte Anzahl der älteren, hochbetagten Frauen lebt in Schwachhausen. Unterdurchschnittlich ist der Frauenanteil (im Durchschnitt 58,5% der Altenbevölkerung) in den Stadtteilen Borgfeld, Oberneuland, Gröpelingen (siehe Anlage 2).

Anteil der weiblichen Bevölkerung in ausgewählten Stadtteilen

Stadtteil	Bevölkerung 60 - 100 Jahre	davon weibl. 60 - 100 Jahre	Anteil	davon weibl. 75 - 100 Jahre	Anteil
Schwachhausen (32)	11261	7075	62,61 %	3175	71,65 %
Vahr (33)	8628	5374	62,29 %	2206	67,94 %
Östliche Vorstadt (31)	5304	3217	60,65 %	1431	74,73 %
Neustadt (21)	9193	5562	60,50 %	2488	71,51 %
Horn – Lehe (34)	7155	4317	60,34 %	1905	68,55 %
Findorff (42)	6621	3976	60,05 %	1776	70,20 %
Ost - gesamt	53130	31460	59,21 %	12448	68,22 %
Mitte - West - gesamt	29930	17479	58,40 %	7421	71,29 %
Nord - gesamt	28558	16589	58,12 %	6528	68,05 %
Süd - gesamt	31134	18029	57,91 %	6668	68,53 %
insgesamt Stadt Bremen	142752	83566	58,54 %	33065	68,92 %

Die Anteile der Altenbevölkerung bei Zahlen in der Größenordnung unter 100 wurden bei dieser Darstellung vernachlässigt.

Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung in Bremen kommt auch in der Veränderung des Alterungsindex zum Ausdruck. Der Alterungsindex gibt das Verhältnis zwischen Personen im Alter von 65 Jahren und mehr zu den unter 15jährigen Personen an; er ist ein Indikator für die Altersdurchmischung. Das bedeutet, dass z. B. bei einem Alterungsindex von 2,0 doppelt so viele über 65-jährige Personen auf unter 15jährige Personen kommen.

Im Jahr 2005 beträgt der gesamtstädtische Alterungsindex 1,49. Im Jahr 1995 lag er noch bei 1,29. Er ist außer in der Region Mitte in allen Regionen der Stadt Bremen gestiegen. Lediglich in einigen Stadtteilen, wie z.B. Findorff, Östliche Vorstadt, Walle und Borgfeld, ist eine gegenüber dem Jahr 1995 rückläufige Entwicklung des Alterungsindex zu verzeichnen.

Einwohner Bremen Stadt - Alterungsindex

	Stand 01.01.2005			Stand 01.01.1995		
	65-<100	0-<15	Index	65-<100	0-<15	Index
21 Neustadt	6972	4344	1,60	7632	4807	1,59
23 Obervieland	6464	5522	1,17	4653	5213	0,89
24 Huchting	6924	4453	1,55	5007	4611	1,09
25 Woltmershausen	2492	1826	1,36	2258	1990	1,13
261 Seehausen	169	222	0,76	154	143	1,08
271 Strom	83	78	1,06	48	61	0,79
Süd gesamt	23104	16445	1,40	19752	16825	1,17
11 Mitte	2156	1138	1,89	2321	1373	1,69
12 Häfen	27	27	1,00	37	66	0,56
31 Östliche Vorstadt	3764	2915	1,29	4532	3165	1,43
42 Findorff	5013	2798	1,79	5148	2782	1,85
43 Walle	5024	3499	1,44	5148	3444	1,49
44 Gröpelingen	5864	5477	1,07	5148	5234	0,98
411 Blockland	79	58	1,36	67	49	1,37
Mitte-West gesamt	21927	15912	1,38	22401	16113	1,39
32 Schwachhausen	8426	3697	2,28	8961	3760	2,38
33 Vahr	6978	3444	2,03	6439	3659	1,76
34 Horn-Lehe	5517	2746	2,01	4335	2519	1,72
351 Borgfeld	1117	1376	0,81	732	626	1,17
361 Oberneuland	2787	1773	1,57	1889	1406	1,34
37 Osterholz	7947	6103	1,30	5514	7476	0,74
38 Hemelingen	7377	5834	1,26	6804	6062	1,12
Ost gesamt	40149	24973	1,61	34674	25508	1,36
51 Burglesum	7660	4449	1,72	6316	4994	1,26
52 Vegesack	7470	4745	1,57	6626	4956	1,34
53 Blumenthal	6447	5061	1,27	5750	5769	1,00
Nord gesamt	21577	14255	1,51	18692	15719	1,19
Stadt gesamt	106757	71585	1,49	95519	74165	1,29

b) Bevölkerungsprognose

Altenentwicklung 2005 - 2020

	Über 65 Jahre	Anteil in %	Differenz z. Vorjahr	Über 80 Jahre	Anteil in %	Differenz z. Vorjahr
2005	106 757	19,6		28675	5,3	
2010	115 817	21,2	+ 5189	31149	5,7	+ 2474
2015	119 797	22,0	+ 3980	33768	6,2	+ 2619
2020	123 271	22,6	+ 3474	41934	7,7	+ 8166

Nach dem aktuellen Stand der Bevölkerungsstatistik (01.01.2005) stellen die über 60-jährigen mit 142.752 Personen einen Anteil von 26,2 % an der Gesamtbevölkerung der Stadt Bremen.

Nach den aktuellen Bevölkerungsprognosen im Rahmen der Langfristigen Globalplanung (siehe Anlage 3, LGP) für Bremen ist davon auszugehen, dass im 15-Jahreszeitraum zwischen 2005 und 2020 die Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren um rund 12.643 Personen zunehmen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung 2020 22,6 % betragen wird.

Bei einer Differenzierung der Entwicklung der Altenbevölkerung nach den Gruppen der über 65-80-Jährigen und der 80-Jährigen und Älteren im Verlauf der Jahre 2005 bis 2020 ergibt sich folgendes Bild:

- Die Anzahl der 65-80-Jährigen steigt bis zum Jahr 2020.
- Im gleichen Zeitraum nimmt die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) ebenfalls kontinuierlich zu.

c) Ausländische Altenbevölkerung – Stand am 01.01.2005

In den folgenden Ausführungen zur Entwicklung der aktuellen Bevölkerungszahlen der ausländischen Altenbevölkerung in der Stadt Bremen kann nur die Gruppe der in der amtlichen Statistik erscheinenden älteren ausländischen Staatsangehörigen berücksichtigt werden. Zu dieser Gruppe zählen Arbeitsmigranten/innen aus den früheren Anwerbestaaten, Flüchtlinge und Asylberechtigte, Bürgerinnen und Bürger aus der Europäischen Union sowie aus anderen Ländern. Keine Berücksichtigung finden diejenigen älteren Menschen mit Migrationshintergrund, wie z.B. die eingebürgerten älteren Staatsangehörigen ausländischer Herkunft, ältere Menschen mit doppelter Staatsbürgerschaft und die älteren (Spät-)Aussiedlerinnen und Aussiedler, die die deutsche Staatsbürgerschaft haben. Diese Menschen werden statistisch in die Gruppe der Deutschen mit einbezogen.

Am 1.1.2005 betrug die Anzahl der älteren Ausländer (60 Jahre und älter) in der Stadt Bremen 7122 Personen; ihr entsprechender Anteil an der ausländischen Bevölkerung liegt bei 10,1 %; der Anteil an der Altenbevölkerung Bremens bei 5 %. In den vergangenen Jahren ist sowohl die Anzahl als auch der Anteil der ausländischen Altenbevölkerung gestiegen (siehe Anlage 3 und Altenplan Abschnitt 6.2.).

Der Ausländeranteil an der Altenbevölkerung der Stadt Bremen (über 60 Jahre) ist mit 5 % verglichen mit dem Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung der Stadt Bremen mit 12,9 % unterdurchschnittlich groß.

Der Anteil der Alten an der ausländischen Bevölkerung mit 10,1 % ist wesentlich niedriger als der Anteil der deutschen Altenbevölkerung an der deutschen Gesamtbevölkerung mit 28,5 %.

In der Stadt Bremen ist der Anteil der Ausländer an der Altenbevölkerung mit 10 % am höchsten in Gröpelingen; es folgen die Stadtteile Mitte, Neustadt, Osterholz, Vahr.

Betrachtet man den Anteil der Alten an der ausländischen Bevölkerung so ergibt sich folgendes Bild: Der durchschnittliche Anteil liegt bei 10,14 %; höher liegt der entsprechende Anteil in den Stadtteilen Vahr (12,55 %), Woltmershausen (11,70 %), Oberneuland (11,77%) und Osterholz (11,05%).

Ausländische Altenbevölkerung (60-100 Jahre) in ausgewählten Stadtteilen (1.1.2005)

Stadtteil	ausländische Alten- bevölkerung 60 - 100+	Anteil der Aus- länder an der Bevölkerung der Stadt	Anteil der Alten an der ausländischen Bevölkerung	Anteil der Ausländer an der Alten- bevölkerung
Gröpelingen	805	22,6	10,2	10,0
Osterholz	682	16,1	11,1	6,6
Hemelingen	597	14,3	9,9	5,9
Neustadt	595	15,3	9,1	6,5
Vahr	551	16,2	12,6	6,4
Veegesack	499	13,7	10,5	5,1
Obervieland	417	10,9	10,8	4,5
Huchting	408	13,7	10,1	4,5
Walle	397	15,2	9,6	5,9
Stadt Bremen insg.	7122	12,9	10,1	5,0
Stadt Bremen insg. 1997 – zum Vergleich	4249	12,7	6,1	3,3

Die Anteile der Altenbevölkerung bei Zahlen in der Größenordnung unter 100 wurden bei dieser Darstellung vernachlässigt.

d) Ausländische Altenbevölkerung – Prognose

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die ausländische Bevölkerung Bremens. Obwohl Aussiedler/innen aufgrund ihres Migrationshintergrundes z.T. ähnliche Lebenslagen wie Ausländer/innen haben, kann auf Aussiedler an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Hier besteht eine nicht ausreichende Datenlage. Annähernd verlässliche Statistiken wurden erstmalig im Rahmen der WiN-Evaluation erstellt. Dabei wurde altersgruppenbezogene Daten allerdings nicht erhoben.

Die Zahl der Ausländer/innen hat sich in den letzten Jahren nur wenig verändert. Die Zahl der neu geborenen ausländischen Kinder und die Zahl der Zuzüge von Ausländer/innen wurde durch Fortzüge, Sterbefälle und Einbürgerungen ausländischer Personen ausgeglichen. Für die Entwicklung der ausländischen Wohnbevölkerung in den kommenden Jahren wird unter gleichen Bedingungen davon auszugehen sein, dass die Zahl der Ausländer/innen eher abnimmt. Dies ist u. a. auch darauf zurück zu führen, dass sich das generative Verhalten der ausländischen Wohnbevölkerung immer mehr an das der deutschen Bevölkerung anpasst, insbesondere der Trend zu einem bis zwei Kindern pro Familie.

Der Anteil der Ausländer/innen an der Gesamtbevölkerung wird aber voraussichtlich aufgrund der zu erwartenden Abnahme der Gesamtbevölkerung¹ noch leicht ansteigen.

Obwohl die ausländische Wohnbevölkerung insgesamt „gealtert“ ist, ist sie im Vergleich zur deutschen noch wesentlich jünger. Die jüngeren Altersgruppen in der ausländischen Bevölkerung sind weitaus stärker als die älteren Altersgruppen. Es ist zu erwarten, dass sich die Zahl der unter 20-jährigen Deutschen bis zum Jahr 2020 deutlich verringern wird, gleichzeitig sich der Anteil der unter 20-jährigen ausländischen Jugendlichen und ihrer Nachkommen bis zum Jahr 2030 auf knapp 27 % erhöhen wird.

Obwohl die ausländische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Bevölkerung noch deutlich jünger ist, vollzieht sich auch in ihr ein sichtbarer demografischer Wandel. Die Zahl der über 60-jährigen Ausländer/innen wächst kontinuierlich. Allein zwischen 1995 und 2003 ist die Gruppe der über 60-jährigen um ca. 77 % angewachsen. Heutige Prognosen gehen übereinstimmend von einem weiteren Anstieg des Anteils älterer Migranten/innen aus. Es wird damit gerechnet, dass sich die Zahl der über 60-jährigen Ausländer/innen von 1999 bis 2010 mehr als verdoppeln und sich im Jahr 2020 verdreifacht haben wird.

Der Altersstrukturwandel der ausländischen Bevölkerung begründet sich u.a. darin, dass die ehemaligen Gastarbeiter eine dauerhafte Rückkehr in ihr Heimatland im Alter kaum mehr realisieren. Vor allem familiäre Gründe sind ausschlaggebend für den Verbleib älterer Migranten/innen. Viele Migranten/innen, die aufgrund ihrer Arbeitsplätze gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt waren, möchten im Alter auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland nicht verzichten.

Mit der Dauer des Lebens hier und den Veränderungen im Herkunftsland kommt es bei vielen Einwanderern und Einwanderinnen zu einem Prozess der Entfremdung und der Lockerung sozialer Beziehungen im Herkunftsland.²

¹ vgl. Statistisches Bundesamt: 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050

² vgl. Migrationsbericht der Integrationsbeauftragten, August 2005

Einwohner/innen Stadt Bremen

Stand 01.01.2005	0-<100	60-<100	in %	75-<100	in %
21 Neustadt	42577	9193	21,59	3479	8,17
23 Obervieland	35430	9206	25,98	2466	6,96
24 Huchting	29417	9025	30,68	2617	8,90
25 Woltmershausen	13804	3376	24,46	1064	7,71
261 Seehausen	1100	212	19,27	78	7,09
271 Strom	456	122	26,75	26	5,70
Süd gesamt	122784	31134	25,36	9730	7,92
11 Mitte	16279	3066	18,83	1033	6,35
12 Häfen	284	48	16,90	8	2,82
31 Östliche Vorstadt	29252	5304	18,13	1915	6,55
42 Findorff	25736	6621	25,73	2530	9,83
43 Walle	27352	6708	24,52	2339	8,55
44 Gröpelingen	34825	8071	23,18	2557	7,34
411 Blockland	396	112	28,28	27	6,82
Mitte-West gesamt	134124	29930	22,32	10409	7,76
32 Schwachhausen	37199	11261	30,27	4431	11,91
33 Vahr	27102	8628	31,84	3247	11,98
34 Horn-Lehe	23896	7155	29,94	2779	11,63
351 Borgfeld	7067	1620	22,92	386	5,46
361 Oberneuland	12425	3968	31,94	1125	9,05
37 Osterholz	38364	10416	27,15	3080	8,03
38 Hemelingen	41977	10082	24,02	3198	7,62
Ost gesamt	188030	53130	28,26	18246	9,70
51 Burglesum	33549	10070	30,02	3475	10,36
52 Vegesack	34612	9834	28,41	3354	9,69
53 Blumenthal	32617	8654	26,53	2764	8,47
Nord gesamt	100778	28558	28,34	9593	9,52
Stadt gesamt	545716	142752	26,16	47978	8,79

Einwohner Bremen Stadt - Anteil der weiblichen Bevölkerung über 60 u. 75 Jahre						
Stand 1.1.2005	60-<100	60-<100 w.	in %	75-<100	75-<100 w.	in %
21 Neustadt	9193	5562	60,50	3479	2488	71,51
23 Obervieland	9206	5169	56,15	2466	1682	68,21
24 Huchting	9025	5195	57,56	2617	1698	64,88
25 Woltmershausen	3376	1924	56,99	1064	740	69,55
261 Seehausen	212	116	54,72	78	45	57,69
271 Strom	122	63	51,64	26	15	57,69
Süd gesamt	31134	18029	57,91	9730	6668	68,53
11 Mitte	3066	1780	58,06	1033	764	73,96
12 Häfen	48	20	41,67	8	4	50,00
31 Östliche Vorstadt	5304	3217	60,65	1915	1431	74,73
42 Findorff	6621	3976	60,05	2530	1776	70,20
43 Walle	6708	3876	57,78	2339	1620	69,26
44 Gröpelingen	8071	4559	56,49	2557	1811	70,83
411 Blockland	112	51	45,54	27	15	55,56
Mitte-West gesamt	29930	17479	58,40	10409	7421	71,29
32 Schwachhausen	11261	7050	62,61	4431	3175	71,65
33 Vahr	8628	5374	62,29	3247	2206	67,94
34 Horn-Lehe	7155	4317	60,34	2779	1905	68,55
351 Borgfeld	1620	844	52,10	386	224	58,03
361 Oberneuland	3968	2146	54,08	1125	692	61,51
37 Osterholz	10416	6022	57,81	3080	2053	66,66
38 Hemelingen	10082	5707	56,61	3198	2193	68,57
Ost gesamt	53130	31460	59,21	18246	12448	68,22
51 Burglesum	10070	5929	58,88	3475	2391	68,81
52 Vegesack	9834	5712	58,08	3354	2282	68,04
53 Blumenthal	8654	4957	57,28	2764	1855	67,11
Nord gesamt	28558	16598	58,12	9593	6528	68,05
Stadt gesamt	142752	83566	58,54	47978	33065	68,92

Folgende Seite:
Bevölkerungsprognose ...

Bevölkerungsprognose für die Stadt Bremen nach Altersklassen auf Basis der LGP 2003

(2003 Ist-Wert, 2004 Einschätzung, ab 2005 Prognose)

Jahr	Bevölkerung am Jahresende	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren								
		unter 3	3 - 6	6 - 10	10 - 16	16 - 19	19 - 25	25 - 65	65 - 80	80 oder mehr
2003	544.853	13.509	14.359	19.509	30.490	15.421	39.838	306.325	77.455	27.947
2004	545.890	13.295	14.030	19.493	30.028	15.925	40.607	304.510	79.740	28.262
2005	545.078	13.406	13.663	19.354	29.876	16.211	39.658	302.281	81.953	28.675
2006	544.503	13.460	13.319	19.143	29.785	16.460	38.907	300.633	83.694	29.101
2007	544.323	13.543	13.174	18.682	29.767	16.575	38.325	300.222	84.534	29.502
2008	544.475	13.609	13.274	18.238	29.589	16.672	38.226	299.602	84.999	30.266
2009	545.069	13.718	13.316	17.954	29.519	16.548	38.919	298.887	85.478	30.730
2010	545.837	13.872	13.394	17.605	29.543	16.360	39.705	299.540	84.668	31.149
2011	546.417	14.008	13.454	17.496	29.270	16.234	40.363	299.195	85.044	31.353
2012	546.867	14.113	13.552	17.589	28.674	16.375	40.557	299.054	85.456	31.495
2013	547.125	14.168	13.695	17.634	28.073	16.589	40.381	298.875	86.157	31.554
2014	547.174	14.215	13.820	17.734	27.638	16.490	40.110	298.386	86.261	32.519
2015	547.063	14.249	13.917	17.826	27.351	16.174	39.800	297.951	86.029	33.768
2016	546.832	14.264	13.965	17.972	27.008	15.864	39.501	297.756	85.215	35.287
2017	546.503	14.263	14.006	18.114	26.871	15.578	39.035	297.439	84.374	36.824
2018	546.122	14.241	14.034	18.241	26.978	15.204	38.657	297.020	83.220	38.527
2019	545.699	14.204	14.045	18.337	27.062	14.831	38.446	296.322	82.252	40.201
2020	545.125	14.149	14.040	18.384	27.234	14.601	37.962	295.484	81.337	41.934

Anlage 4 Pflegestatistik
16.8 Pflegeleistungen nach SGB XI

Gegenstand der Nachweisung	Stadt Bremen			Stadt Bremerhaven			Land Bremen		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ambulante Pflegeeinrichtungen am 15.12.									
Zugelassene Pflegedienste	97	103	92	29	25	24	126	128	116
Personal insgesamt	2 110	2 214	2 344	639	622	630	2 749	2 836	2 974
darunter weiblich	1 752	1 846	1 981	579	557	556	2 331	2 403	2 537
in %	83,0	83,4	84,5	90,6	89,5	88,3	84,8	84,7	85,3
davon									
Beschäftigungsverhältnis									
Vollzeitbeschäftigte	539	533	540	188	174	170	727	707	710
Teilzeitbeschäftigte	1 547	1 618	1 760	441	433	449	1 988	2 051	2 209
dar. über 50 %	735	836	898	287	286	293	1 022	1 122	1 191
geringfügig beschäftigt	520	439	528	101	79	93	621	518	621
sonstige Beschäftigte ¹	24	63	44	10	15	11	34	78	55
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst									
Pflegedienstleitung	154	152	158	69	36	36	223	188	194
Grundpflege	1 633	1 681	1 819	407	440	446	2 040	2 121	2 265
hauswirtschaftliche Versorgung	163	210	215	130	90	70	293	300	285
Verwaltung, Geschäftsführung	101	85	89	26	35	37	127	120	126
sonstiger Bereich	59	86	63	7	21	41	66	107	104
Pflegebedürftige insgesamt	3 502	3 927	4 212	1 043	1 101	1 161	4 545	5 028	5 373
darunter weiblich	2 575	2 887	3 087	751	813	860	3 326	3 700	3 947
in %	73,5	73,5	73,3	72,0	73,8	74,1	73,2	73,6	73,5
davon nach Pflegestufen									
Pflegestufe I	1 655	1 939	2 243	507	603	633	2 162	2 542	2 876
Pflegestufe II	1 432	1 520	1 467	415	377	396	1 847	1 897	1 863
Pflegestufe III	415	468	502	121	121	132	536	589	634
dar. Härtefälle (III)	27	30	27	3	7	4	30	37	31
Stationäre Pflegeeinrichtungen am 15.12.									
Zugelassene Pflegeheime	61	65	69	10	11	10	71	76	79
darin verfügbare Plätze	4 096	4 331	4 751	777	787	797	4 873	5 118	5 548
Personal insgesamt	3 302	3 388	3 947	538	483	528	3 840	3 871	4 475
darunter weiblich	2 738	2 780	3 263	458	431	473	3 196	3 211	3 736
in %	82,9	82,1	82,7	85,1	89,2	89,6	83,2	83,0	83,5
davon									
Beschäftigungsverhältnis									
Vollzeitbeschäftigte	1 256	1 206	1 214	322	284	288	1 578	1 490	1 502
Teilzeitbeschäftigte	1 901	2 047	2 587	199	199	219	2 100	2 246	2 806
dar. über 50 %	1 263	1 405	1 720	130	121	137	1 393	1 526	1 857
geringfügig beschäftigt	405	330	494	38	45	55	443	375	549
sonstige Beschäftigte ¹	145	135	146	17	-	21	162	135	167
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim									
Pflege und Betreuung	2 099	2 260	2 598	314	360	371	2 413	2 620	2 969
soziale Betreuung	111	117	131	71	46	23	182	163	154
Hauswirtschaftsbereich	756	682	815	99	42	96	855	724	911
haustechnischer Bereich	94	92	111	15	8	7	109	100	118
Verwaltung, Geschäftsführung	173	204	235	37	23	27	210	227	262
sonstiger Bereich	69	33	57	2	4	4	71	37	61
Pflegebedürftige insgesamt	3 937	4 171	4 652	722	763	759	4 659	4 934	5 411
darunter weiblich	3 169	3 322	3 682	535	558	562	3 704	3 880	4 244
in %	80,5	79,6	79,1	74,1	73,1	74,0	79,5	78,6	78,4
davon nach Pflegestufen									
Pflegestufe I	940	1 001	1 226	227	236	269	1 167	1 237	1 495
Pflegestufe II	1 914	1 892	2 016	305	345	313	2 219	2 237	2 329
Pflegestufe III	907	1 142	1 290	163	169	174	1 070	1 311	1 464
dar. Härtefälle (III)	46	58	76	3	7	5	49	65	81
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	176	136	120	27	13	3	203	149	123

Noch: 16.8 Pflegeleistungen nach SGB XI

Gegenstand der Nachweisung	Stadt Bremen			Stadt Bremerhaven			Land Bremen		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
flegelgeldempfänger mit Kombination von Geld- und Sachleistung am 31.1									
Pflegegeldempfänger insgesamt	958	1 446	1 483	313	323	428	1 271	1 769	1 911
darunter weiblich	653	999	1 034	224	220	302	877	1 219	1 336
in %	68,2	69,1	69,7	71,6	68,1	70,6	69,0	68,9	69,9
davon nach Pflegestufen									
Pflegestufe I	418	645	736	117	162	216	535	807	952
Pflegestufe II	401	614	557	151	124	163	552	738	720
Pflegestufe III	139	187	190	45	37	49	184	224	239
dar. Härtefälle (III)	3	6	2	1	1	1	4	7	3
Pflegegeldempfänger von ausschließlich Pflegegeld² am 31.12.									
Pflegegeldempfänger insgesamt	6 144	6 850	6 127	1 795	1 899	2 035	7 939	8 749	8 162
darunter weiblich	3 824	4 280	3 796	1 086	1 137	1 233	4 910	5 417	5 029
in %	62,2	62,5	61,9	60,5	59,9	60,6	61,8	61,9	61,6
davon nach Pflegestufen									
Pflegestufe I	3 217	3 887	3 672	988	1 118	1 232	4 205	5 005	4 904
Pflegestufe II	2 439	2 365	1 986	666	637	638	3 105	3 002	2 624
Pflegestufe III	488	598	469	141	144	165	629	742	634
dar. Härtefälle (III)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leistungsempfänger/Pflegebedürftige insgesamt									
Leistungsempfänger insgesamt	13 583	14 948	14 991	3 560	3 763	3 955	17 143	18 711	18 946
darunter weiblich	9 568	10 489	10 565	2 372	2 508	2 655	11 940	12 997	13 220
in %	70,4	70,2	70,5	66,6	66,6	67,1	69,6	69,5	69,8
davon nach Pflegestufen									
Pflegestufe I	5 812	6 827	7 141	1 722	1 957	2 134	7 534	8 784	9 175
Pflegestufe II	5 785	5 777	5 469	1 386	1 359	1 347	7 171	7 136	6 816
Pflegestufe III	1 810	2 208	2 261	425	434	471	2 235	2 642	2 732
dar. Härtefälle (III)	73	88	103	6	14	9	79	102	112
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	176	136	120	27	13	3	203	149	123
davon nach Leistungsarten									
ambulante Pflege	3 502	3 927	4 212	1 043	1 101	1 161	4 545	5 028	5 373
stationäre Pflege	3 937	4 171	4 652	722	763	759	4 659	4 934	5 411
davon vollstationäre Dauerpflege	3 707	3 919	4 412	704	722	714	4 411	4 641	5 126
vollstationäre Kurzzeitpflege	87	96	118	3	4	8	90	100	126
teilstationäre Tagespflege	143	156	122	15	37	37	158	193	159
Pflegegeld ²	6 144	6 850	6 127	1 795	1 899	2 035	7 939	8 749	8 162

**16.9 Empfänger von Pflegeleistungen nach SGB XI am 15.12.2003
nach Altersgruppen und Leistungsarten sowie Pflegestufen**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Leistungsempfänger		davon					Pflegegeld ¹
			ambulante Pflege	stationäre Pflege				
	Pflegestufen	insgesamt		darunter weiblich	zusammen	vollstationäre Dauerpflege	vollstationäre Kurzzeitpflege	
Stadt Bremen								
unter 15	464	194	64	2	1	1	-	398
15 - 30	326	148	33	9	8	1	-	284
30 - 45	469	221	92	48	46	2	-	329
45 - 60	743	379	158	108	100	3	5	477
60 - 65	585	276	126	125	116	6	3	334
65 - 70	935	480	213	208	189	5	14	514
70 - 75	1 128	664	293	251	232	7	12	584
75 - 80	1 818	1 255	530	490	464	10	16	798
80 - 85	2 954	2 307	988	946	882	28	36	1 020
85 - 90	2 440	1 980	781	970	925	25	20	689
90 - 95	2 327	1 951	712	1 041	1 001	26	14	574
95 und mehr	802	710	222	454	448	4	2	126
Insgesamt	14 991	10 565	4 212	4 652	4 412	118	122	6 127
davon								
Pflegestufe I	7 141	5 135	2 243	1 226	1 132	41	53	3 672
Pflegestufe II	5 469	3 745	1 467	2 016	1 927	31	58	1 986
Pflegestufe III ²	2 261	1 608	502	1 290	1 279	4	7	469
ohne Zuordnung ³	120	77	-	120	74	42	4	-
Stadt Bremerhaven								
unter 15	110	43	-	-	-	-	-	110
15 - 30	108	44	5	-	-	-	-	103
30 - 45	165	80	19	6	6	-	-	140
45 - 60	253	144	53	17	15	1	1	183
60 - 65	230	105	56	28	24	1	3	146
65 - 70	276	134	66	47	44	-	3	163
70 - 75	360	213	84	51	49	-	2	225
75 - 80	572	388	176	88	77	1	10	308
80 - 85	777	599	306	164	155	2	7	307
85 - 90	530	425	212	144	136	1	7	174
90 - 95	456	381	154	157	151	2	4	145
95 und mehr	118	99	30	57	57	-	-	31
Insgesamt	3 955	2 655	1 161	759	714	8	37	2 035
davon								
Pflegestufe I	2 134	1 433	633	269	247	5	17	1 232
Pflegestufe II	1 347	906	396	313	294	3	16	638
Pflegestufe III ²	471	314	132	174	170	-	4	165
ohne Zuordnung ³	3	2	-	3	3	-	-	-
Land Bremen								
unter 15	574	237	64	2	1	1	-	508
15 - 30	434	192	38	9	8	1	-	387
30 - 45	634	301	111	54	52	2	-	469
45 - 60	996	523	211	125	115	4	6	660
60 - 65	815	381	182	153	140	7	6	480
65 - 70	1 211	614	279	255	233	5	17	677
70 - 75	1 488	877	377	302	281	7	14	809
75 - 80	2 390	1 643	706	578	541	11	26	1 106
80 - 85	3 731	2 906	1 294	1 110	1 037	30	43	1 327
85 - 90	2 970	2 405	993	1 114	1 061	26	27	863
90 - 95	2 783	2 332	866	1 198	1 152	28	18	719
95 und mehr	920	809	252	511	505	4	2	157
Insgesamt	18 946	13 220	5 373	5 411	5 126	126	159	8 162
davon								
Pflegestufe I	9 275	6 568	2 876	1 495	1 379	46	70	4 904
Pflegestufe II	6 816	4 651	1 863	2 329	2 221	34	74	2 624
Pflegestufe III ²	2 732	1 922	634	1 464	1 449	4	11	634
ohne Zuordnung ³	123	79	-	123	77	42	4	-

16.10 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) am 15.12.2003
nach ausgewählten Merkmalen

Gegenstand der Nachweisung	Stadt Bremen			Stadt Bremerhaven			Land Bremen		
	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich
Einrichtungen									
Zugelassene Pflegedienste insgesamt	92	x	x	24	x	x	116	x	x
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	54	x	x	15	x	x	69	x	x
freigemeinnützige Träger	38	x	x	9	x	x	47	x	x
Personal									
Personal insgesamt	2 344	363	1 981	630	74	556	2 974	437	2 537
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	766	136	630	232	34	198	998	170	828
freigemeinnützige Träger	1 578	227	1 351	398	40	358	1 976	267	1 709
Beschäftigungsverhältnis									
Vollzeitbeschäftigte	540	114	426	170	45	125	710	159	551
Teilzeitbeschäftigte	1 760	207	1 553	449	19	430	2 209	226	1 983
dar. über 50 %	898	102	796	293	5	288	1 191	107	1 084
geringfügig beschäftigt	528	73	455	93	12	81	621	85	536
sonstige Beschäftigte ¹	44	42	2	11	10	1	55	52	3
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst									
Pflegedienstleitung	158	31	127	36	13	23	194	44	150
Grundpflege	1 819	245	1 574	446	31	415	2 265	276	1 989
hauswirtschaftliche Versorgung	215	49	166	70	-	70	285	49	236
Verwaltung, Geschäftsführung	89	21	68	37	12	25	126	33	93
sonstiger Bereich	63	17	46	41	18	23	104	35	69
Berufsabschluss									
staatl. anerkannte/r Altenpfleger/in	400	60	340	52	9	43	452	69	383
staatl. anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	147	14	133	17	3	14	164	17	147
Krankenschwester/-pfleger	641	89	552	128	24	104	769	113	656
Krankenpflegehelfer/in	131	8	123	21	1	20	152	9	143
Kinderkrankenschwester/-pfleger	60	1	59	6	-	6	66	1	65
sonstige Abschlüsse im Bereich der									
nichtärztlichen Heilberufe	70	8	62	19	2	17	89	10	79
sozialpädagog./-arbeiterisch. Berufsabschluss	22	4	18	1	1	-	23	5	18
Familienpfleger/in/ Dorfhelfer mit staatl. Abschlus:	18	-	18	21	-	21	39	-	39
pflegewissenschaftl. Abschluss (FH) oder (U)	18	6	12	1	1	-	19	7	12
sonstiger pflegerischer Beruf	299	15	284	61	1	60	360	16	344
Fach-/hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	25	-	25	6	-	6	31	-	31
sonstiger Berufsabschluss	238	87	151	196	23	173	434	110	324
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	275	71	204	101	9	92	376	80	296
Pflegebedürftige									
Pflegebedürftige insgesamt	4 212	1 125	3 087	1 161	301	860	5 373	1 426	3 947
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	1 795	536	1 259	452	130	322	2 247	666	1 581
freigemeinnützige Träger	2 417	589	1 828	709	171	538	3 126	760	2 366
Pflegestufen									
Pflegestufe I	2 243	493	1 750	633	150	483	2 876	643	2 233
Pflegestufe II	1 467	435	1 032	396	108	288	1 863	543	1 320
Pflegestufe III	502	197	305	132	43	89	634	240	394
dar. Härtefälle (III)	27	9	18	4	2	2	31	11	20

16.11 Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15.12.2003
nach ausgewählten Merkmalen

Gegenstand der Nachweisung	Stadt Bremen			Stadt Bremerhaven			Land Bremen		
	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich
Einrichtungen									
Zugelassene Pflegeheime insgesamt	69	x	x	10	x	x	79	x	x
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	23	x	x	3	x	x	26	x	x
freigemeinnützige Träger	46	x	x	7	x	x	53	x	x
Personal									
Personal insgesamt	3 947	684	3 263	528	55	473	4 475	739	3 736
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	735	114	621	231	19	212	966	133	833
freigemeinnützige Träger	3 212	570	2 642	297	36	261	3 509	606	2 903
Beschäftigungsverhältnis									
Vollzeitbeschäftigte	1 214	321	893	288	41	247	1 502	362	1 140
Teilzeitbeschäftigte	2 587	255	2 332	219	12	207	2 806	267	2 539
dar. über 50 %	1 720	144	1 576	137	7	130	1 857	151	1 706
geringfügig beschäftigt	494	73	421	55	4	51	549	77	472
sonstige Beschäftigte ¹	146	108	38	21	2	19	167	110	57
Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim									
Pflege und Betreuung	2 598	352	2 246	371	32	339	2 969	384	2 585
soziale Betreuung	131	27	104	23	2	21	154	29	125
Hauswirtschaftsbereich	815	108	707	96	3	93	911	111	800
haustechnischer Bereich	111	105	6	7	7	-	118	112	6
Verwaltung, Geschäftsführung	235	68	167	27	7	20	262	75	187
sonstiger Bereich	57	24	33	4	4	-	61	28	33
Berufsabschluss									
staatl. anerkannte/r Altenpfleger/in	969	149	820	132	15	117	1 101	164	937
staatl. anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	370	33	337	23	4	19	393	37	356
Krankenschwester, Krankenpfleger	258	32	226	31	4	27	289	36	253
Krankenpflegehelfer/in	103	12	91	10	-	10	113	12	101
Kinderkrankenschwester/-pfleger	23	1	22	-	-	-	23	1	22
sonstige Abschlüsse im Bereich der									
nichtärztlichen Heilberufe	85	29	56	2	-	2	87	29	58
sozialpädagog./-arbeiterisch. Berufsabschluss	37	5	32	2	-	2	39	5	34
Familienpfleger/in mit staatl. Abschluss	2	1	1	-	-	-	2	1	1
pflegewissenschaftl. Abschluss (FH) oder (U)	19	4	15	1	1	-	20	5	15
sonstiger pflegerischer Beruf	478	43	435	52	3	49	530	46	484
Fach-/hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	113	20	93	3	-	3	116	20	96
sonstiger Berufsabschluss	885	264	621	152	21	131	1 037	285	752
ohne Berufsabschluss / noch in Ausbildung	605	91	514	120	7	113	725	98	627
Pflegebedürftige									
Pflegebedürftige insgesamt	4 652	970	3 682	759	197	562	5 411	1 167	4 244
davon									
Träger der Einrichtung									
private Träger	1 013	.	.	320	.	.	1 333	.	.
freigemeinnützige Träger	3 639	.	.	439	.	.	4 078	.	.
Pflegestufen									
Pflegestufe I	1 226	251	975	269	82	187	1 495	333	1 162
Pflegestufe II	2 016	415	1 601	313	71	242	2 329	486	1 843
Pflegestufe III	1 290	261	1 029	174	43	131	1 464	304	1 160
dar. Härtefälle (III)	76	24	52	5	1	4	81	25	56
bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet	120	43	77	3	1	2	123	44	79

**16.12 Pflegegeldempfänger nach SGB XI am 31.12.2003
nach Altersgruppen und Leistungsträgern sowie Pflegestufen**

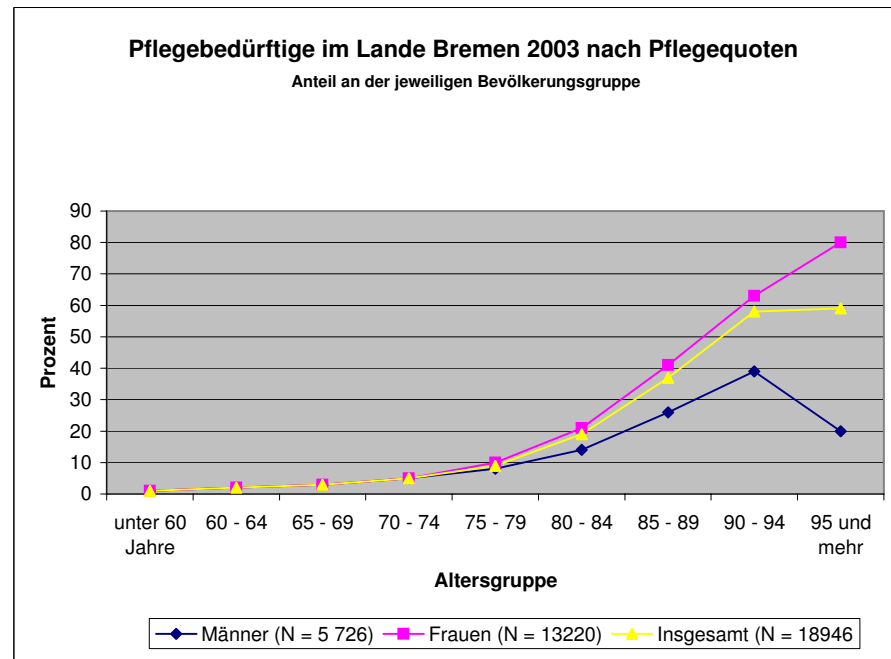
Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflege- geld- empfänger insgesamt ¹	davon nach Leistungsträgern						
		gesetzliche Pflegekassen						private Versiche- rungs- unter- nehmen
Pflegestufen		zusammen	Orts- kranken- kasse	Betriebs- kranken- kasse	Innungs- kranken- kasse	Ersatz- kasse	sonstige Kranken- kassen ²	
Stadt Bremen								
unter 15	408	391	182	80	18	111	-	17
15 - 30	287	276	138	60	14	63	1	11
30 - 45	348	341	163	56	17	96	9	7
45 - 60	535	505	278	80	27	111	9	30
60 - 65	376	357	193	61	17	81	5	19
65 - 70	590	566	313	97	30	110	16	24
70 - 75	700	662	380	123	27	114	18	38
75 - 80	1 004	932	484	177	37	202	32	72
80 - 85	1 385	1 266	615	242	34	337	38	119
85 - 90	974	885	436	163	25	240	21	89
90 - 95	823	749	379	137	29	171	33	74
95 und mehr	180	151	86	23	8	31	3	29
Insgesamt	7 610	7 081	3 647	1 299	283	1 667	185	529
davon								
Pflegestufe I	4 408	4 103	2 149	749	171	928	106	305
Pflegestufe II	2 543	2 377	1 229	420	93	573	62	166
Pflegestufe III ³	661	603	269	131	20	166	17	58
Stadt Bremerhaven								
unter 15	111	110	67	11	5	26	1	1
15 - 30	105	102	71	4	4	19	4	3
30 - 45	146	143	95	8	5	33	2	3
45 - 60	195	188	124	14	4	38	8	7
60 - 65	173	164	116	6	6	22	14	9
65 - 70	183	173	122	10	2	29	10	10
70 - 75	259	242	173	7	4	35	23	17
75 - 80	384	354	246	15	7	55	31	30
80 - 85	408	373	270	22	3	57	21	35
85 - 90	261	232	170	14	-	27	21	29
90 - 95	195	178	118	10	-	34	16	17
95 und mehr	43	39	27	1	-	5	6	4
Insgesamt	2 463	2 298	1 599	122	40	380	157	165
davon								
Pflegestufe I	1 448	1 355	961	78	30	207	79	93
Pflegestufe II	801	745	505	37	8	129	66	56
Pflegestufe III ³	215	199	133	7	3	44	12	16
Land Bremen								
unter 15	519	501	249	91	23	137	1	18
15 - 30	392	378	209	64	18	82	5	14
30 - 45	494	484	258	64	22	129	11	10
45 - 60	730	693	402	94	31	149	17	37
60 - 65	549	521	309	67	23	103	19	28
65 - 70	773	739	435	107	32	139	26	34
70 - 75	959	904	553	130	31	149	41	55
75 - 80	1 388	1 286	730	192	44	257	63	102
80 - 85	1 793	1 639	885	264	37	394	59	154
85 - 90	1 235	1 117	606	177	25	267	42	118
90 - 95	1 018	927	497	147	29	205	49	91
95 und mehr	223	190	113	24	8	36	9	33
Insgesamt	10 073	9 379	5 246	1 421	323	2 047	342	694
davon								

Abb. unter der Tabelle "Noch: 16.8" (Blatt 08B)

Pflegebedürftige im Lande Bremen 2003 nach Pflegequoten¹ und Alter

	Pflegequoten in %			Bevölkerung am 31.12.2003			Pflegebedürftige Ende 2003			Pflegequoten in %		
	Männer (N = 18946)	Frauen (N = 18946)	Insgesamt (N = 18946)	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
unter 60 Jahre	1	1	1	247 725	240 268	487 993	1 385	1 253	2 638	0,6	0,5	0,5
60 - 64	2	2	2	22 812	23 233	46 045	434	381	815	1,9	1,6	1,8
65 - 69	3	3	3	19 424	22 239	41 663	597	614	1 211	3,1	2,8	2,9
70 - 74	5	5	5	11 892	16 218	28 110	611	877	1 488	5,1	5,4	5,3
75 - 79	8	10	9	9 252	16 064	25 316	747	1 643	2 390	8,1	10,2	9,4
80 - 84	14	21	19	5 843	13 732	19 575	825	2 906	3 731	14,1	21,2	19,1
85 - 89	26	41	37	2 171	5 869	8 040	565	2 405	2 970	26,0	41,0	36,9
90 - 94	39	63	58	1 147	3 684	4 831	451	2 332	2 783	39,3	63,3	57,6
95 und mehr	20	80	59	549	1 007	1 556	111	809	920	20,2	80,3	59,1
				320 815	342 314	663 129	5 726	13 220	18 946	1,8	3,9	2,9

¹ Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.



Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil C

**Kurzfassung des
Altenplans**

Altenplan der Stadtgemeinde Bremen 2005

Kurzfassung

Altenpolitik in Bremen stellt Anforderungen an alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Die zunehmende Lebenserwartung und abnehmende Geburtenzahlen führen zu einem demografischen Wandel, der die Aufgaben der Altenpolitik verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung rückt.

Die Schwerpunkte der Altenpolitik und Altenarbeit unterliegen Veränderungsprozessen. Die Absicherung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gehört zu ihren klassischen Aufgaben. Die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es der älteren Generation ermöglichen, sich aktiv in unsere Gesellschaft einzubringen, rückt daneben stärker in den Vordergrund.

Die Gesellschaft kann auf das Erfahrungswissen der Älteren nicht verzichten. Das ehrenamtliche Engagement älterer Menschen bietet ein großes gesellschaftliches Potenzial und ermöglicht nicht nur für ältere Menschen, sondern für Bürgerinnen und Bürger aller Generationen Hilfestellungen, Wissensweitergabe und Entfaltungsmöglichkeiten, die ohne das Engagement der Älteren kaum zu realisieren wären. In den Familien werden vielfach besondere Leistungen wie z.B. die Unterstützung und Betreuung von Kindern oder Erkrankten wie selbstverständlich von der älteren Generation erbracht.

Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger jüngeren gegenüber. Die demografische Entwicklung mit der Verschiebung des Verhältnisses der Älteren zu den Jüngeren stellt neue Herausforderungen und neue Möglichkeiten für den Zusammenhalt der Gesellschaft dar. Die Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme wurde und wird oft unter diesem Gesichtspunkt gesehen. Das Zusammenwirken der Generationen und die Fähigkeiten und Leistungen der Älteren drängen thematisch jetzt stärker in den Vordergrund. Dieser Vorgang ist begrüßenswert, da er den Platz der älteren Generation in der Gesellschaft in ein angemessenes Licht rückt. In der Altenpolitik und Altenarbeit geht es auch darum, Potentiale älterer Menschen zu stärken und Anreize für nachberufliche Tätigkeiten zu geben. Von hohem gesellschaftlichem Nutzen wird es sein, die Verbindungen und den Austausch von Alt und Jung zu unterstützen.

Der Bremer Altenplan soll Planern, Praktikern und Bürgern Orientierungen zur Altenpolitik und ihren Zielsetzungen ermöglichen. Der Stand von Angeboten und Maßnahmen für ältere Menschen wird aufgezeigt und Entwicklungsbedarfe werden hervorgehoben. Der Altenplan kann von Initiativen, Diensten und Einrichtungen genutzt werden, die neue Aktivitäten oder Ergänzungen planen.

Der Bremer Altenplan steht im Rahmen von Diskussionsprozessen mit den Beteiligten und wird jeweils nach etwa fünf Jahren schriftlich festgelegt. Der vorliegende Altenplan wurde auf Grundlage des Bremer Altenplans aus dem Jahre 1997 aktualisiert. Weitere Aufgabe soll sein, nach der Vorlage des umfassenden Altenplans 2005 jeweils einzelne Themenbereiche der Altenpolitik im öffentlichen Dialog mit den verschiedensten Beteiligten weiter zu beleuchten und die Entwicklungsbedarfe und -möglichkeiten auch über die im Altenplan bereits enthaltenen Anregungen in die weitere Zukunft gerichtet aufzuzeigen.

An dieser Stelle werden wichtige Aussagen zusammengefasst.

Der Bremer Altenplan 2005 bezieht sich auf die Stadtgemeinde und macht Aussagen zu den

- Leitlinien der Altenpolitik
- Lebenslagen älterer Menschen
- Angeboten, die von älteren Menschen genutzt werden und deren gewünschte Weiterentwicklung.

Im Vordergrund der Maßnahmevorschläge stehen die Handlungsmöglichkeiten des Ressortbereichs Soziales.

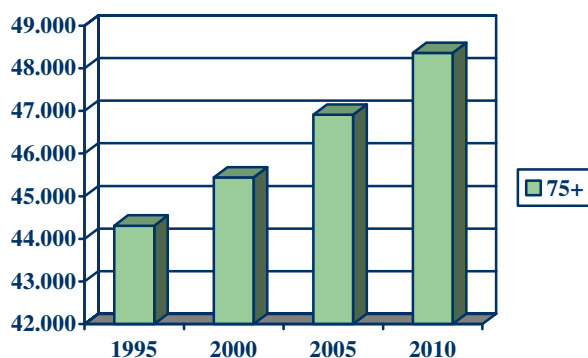
1. Die altenpolitischen Leitlinien

In den altenpolitischen Leitlinien werden die Gestaltungsprinzipien für dieses Handlungsfeld zusammengefasst. Hierzu gehören:

- Die präventive Ausrichtung der Altenpolitik
- Die Förderung von Mitwirkung und Teilhabe
- Erhalt und Stärkung der Selbständigkeit
- Nutzung von Erfahrungen, Kenntnissen und Fähigkeiten älterer Menschen
- Die Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
- Die Vermeidung von Not und Isolation

2. Daten zur Lebenssituation älterer Menschen

1. In der Stadtgemeinde Bremen lebten Anfang des Jahres 2004 rund 542.700 Einwohner. Etwa 141.700 Personen von ihnen waren 60 Jahre und älter (26%). Davon waren wiederum ca. 47.350 Personen im Alter 75 Jahre und älter (8,7%) . Unter den Bundesländern nimmt dieser Wert eine Spitzenposition ein.
(Am 1.1.2005 lebten in Bremen 545.716 Einwohner. Davon waren rund 142.750 Personen im Alter 60 und älter, das entspricht weiterhin 26%.)
2. Fast zwei Drittel der älteren Menschen sind Frauen; im Alter über 75 Jahre waren 70%.
3. Der Altenanteil in den Stadtteilen Bremens differiert erheblich: In der „Östlichen Vorstadt“ sind es z.B. 18,1% und der Vahr 32,2%.
4. Die Zahl älterer Menschen wird sich in den nächsten 10 Jahren auf ca. 150.000 erhöhen und dann 30% der Wohnbevölkerung ausmachen.
5. Für die Stadt Bremen wird eine deutliche Bevölkerungsabnahme bis 2020 in der Altersgruppe 33-50 Jahre stattfinden, während die Zahl alter Menschen ab 68 Jahre zunehmen wird. Die Zahl der über 75-Jährigen steigt bis zum Jahr 2010 auf über 48.000 in Bremen.



6. Der Anteil der Ausländer an der Bremer Bevölkerung betrug am 1. 1.2004 rund 13%. Bei den über 60-jährigen machte ihr Anteil 4,8% aus. Für die nächsten Jahre wird ein erheblicher Anstieg erwartet.
7. Rund 43% der älteren Menschen wohnten 2004 in Ein-Personen-Haushalten und weitere 46% in Zwei-Personen-Haushalten. Von den über 85-jährigen lebten über 60% allein. (Im

Bundesgebiet lebten von den über 65-jährigen: 40% allein, 43% mit einem Ehepartner, 13% bei den Kindern und 4% im Heim.)

8. Das durchschnittliche Zugangsalter für den Rentenbezug liegt gegenwärtig bei etwa 60,5 Jahren. Der Rentenanspruch einer Person mit 45 Versicherungsjahren beträgt durchschnittlich 1.160 €.

Mitte des Jahres 2004 bezogen rund 3.270 ältere Menschen, die zu Hause wohnten, Sozialhilfe in Form von Hilfe zum Lebensunterhalt (3,2% der über 60-jährigen). Der Sozialhilfeanteil der Gesamtbevölkerung betrug 8,6%.

Zudem bestand für ältere Menschen ein Anspruch auf Grundsicherung nach dem SGB XII. Etwa 4% der älteren Menschen erhielten Leistungen der Grundsicherung.
9. Ergänzend zu Leistungen der Pflegeversicherung erhielten 2.100 Bewohner in Alten- und Pflegeheimen Sozialhilfe in Form von „Hilfe zur Pflege“ oder „Hilfe zum Lebensunterhalt“. Rund 1.000 Personen nahmen ambulante „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch.
10. Bei den Seniorenhaushalten betrug der Eigentümeranteil an Wohnungen oder Häusern 44% - und war damit relativ hoch. 4.040 Personen - knapp 3% der über 60jährigen – lebten in betreuten und unbetreuten Altenwohnungen.
11. Rund 15.000 Personen waren regelmäßig pflegebedürftig und erhielten Leistungen der Pflegeversicherung. Über 10.300 Personen hiervon wurden zu Hause gepflegt. Pflegeheime versorgten über 4.650 Personen. In den letzten 10 Jahren nahm der Anteil der Bewohner von Pflegeheimen kontinuierlich zu. Gegenwärtig wohnen rund 10% der Einwohner im Alter von 75 Jahren und mehr in Pflegeheimen.

Etwa 14.600 ältere Einwohner, die zu Hause leben, sind hilfebedürftig, ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung geltend machen zu können.
12. In der Stadt leben etwa 7.500 Personen, die an unterschiedlichen Formen mittelschwerer oder schwerer Demenz erkrankt waren. 5.000 Personen von ihnen wohnten zu Hause. In allen Pflegeformen wurden dementiell erkrankte ältere Menschen betreut und gepflegt. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren wird in Bremen jährlich mit rund 1.670 Personen gerechnet, die erstmals an einer Demenz erkrankten.

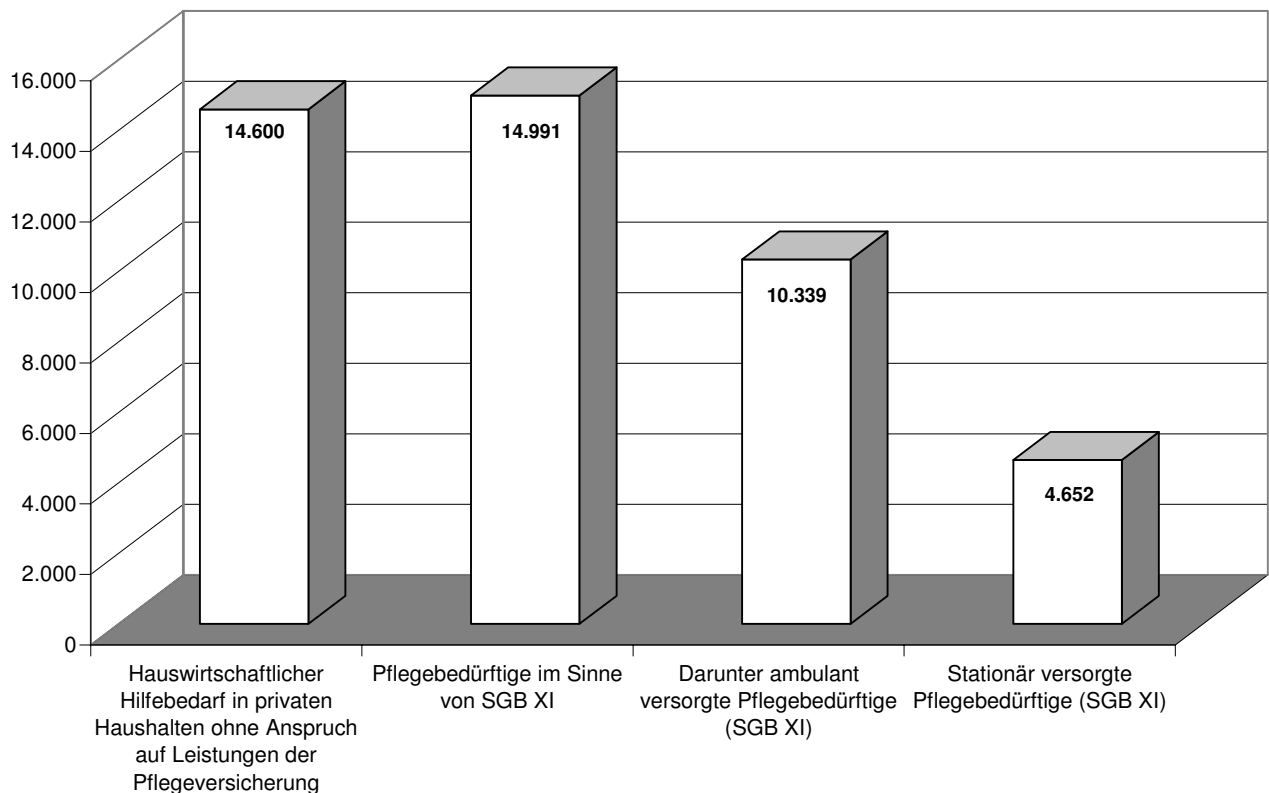
Der Gesundheitszustand der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ist sehr unterschiedlich. Von den 141.700 älteren Menschen waren 2004 rund 15.000 im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig. Etwa die gleiche Zahl lebte in Privathaushalten und war hilfebedürftig, ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Demnach leben etwa 110.000 ältere Einwohner in der Stadt, ohne hilfe- oder pflegebedürftig zu sein. Die folgende Graphik differenziert die hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die im Jahr 2003 in der Stadt lebten. Diese Daten ergeben sich aus der Pflegestatistik und aus eigenen Berechnungen.

Etwa 14.600 Personen, die in privaten Haushalten lebten, waren hilfebedürftig und hatten einen hauswirtschaftlichen Unterstützungsbedarf. Diese Gruppe war im Sinne der Pflegeversicherung nicht pflegebedürftig und erhielt keine Leistungen nach dem SGB XI.

Im Jahr 2003 gab es 14.991 Personen, die pflegebedürftig waren und Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Die Gruppe der ambulant Gepflegten betrug im Jahr 2003 69%. (Im Jahr 1999 waren es 71% und 2001 72%).

Im Jahr 2003 wurden 31% der Pflegebedürftigen stationär gepflegt. (Im Jahr 1999 waren es 29% und 2001 28%).

Hilfe- und Pflegebedarf in Bremen 2003



Die folgende Übersicht zeigt wesentliche **Versorgungsformen** für Hilfe- und Pflegebedürftige. Im Jahr 2003 nahmen rund 6.300 Personen die Leistungen der Dienstleistungszentren in Anspruch.

Von den Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhielten, nahmen 6.127 Personen (41% aller Pflegebedürftigen) ausschließlich Geldleistungen in Anspruch. 4.212 Personen erhielten ambulante Pflegesachleistungen oder eine Kombination aus Sach- und Geldleistungen (28% aller Pflegebedürftigen).

Etwa 1.000 Personen erhalten ambulante Pflegeleistungen durch die Sozialhilfe in Form von „Hilfe zur Pflege“.

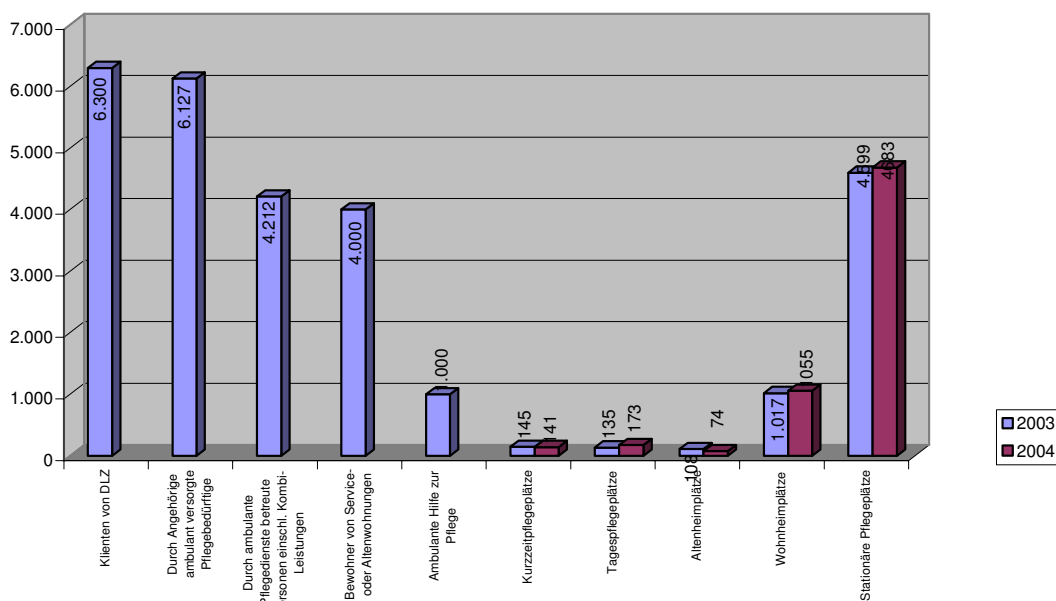
Rund 4.000 ältere Menschen wohnten in Service- oder Altenwohnungen.

In den Jahren 2003 und 2004 wurden rund 140 Kurzzeitpflegeplätze in ausgewiesenen Einrichtungen angeboten. Die tatsächliche Nutzerzahl war erheblich höher, da der Aufenthalt i. d. R. auf vier Wochen begrenzt ist.

Im Jahr 2004 gab es 173 Tagespflegeplätze. Auch hier ist die Inanspruchnahme höher, weil die Tagespflege i. R. nicht täglich genutzt wird.

Die Altenheimplätze wurden im Jahr 2004 weiter auf 74 Plätze reduziert. Die Zahl der Wohnheimplätze erhöhte sich auf 1.055 und die der Pflegeheimplätze auf 4.683.

Versorgungsformen für Hilfe- und Pflegebedürftige in den Jahren 2003 und 2004

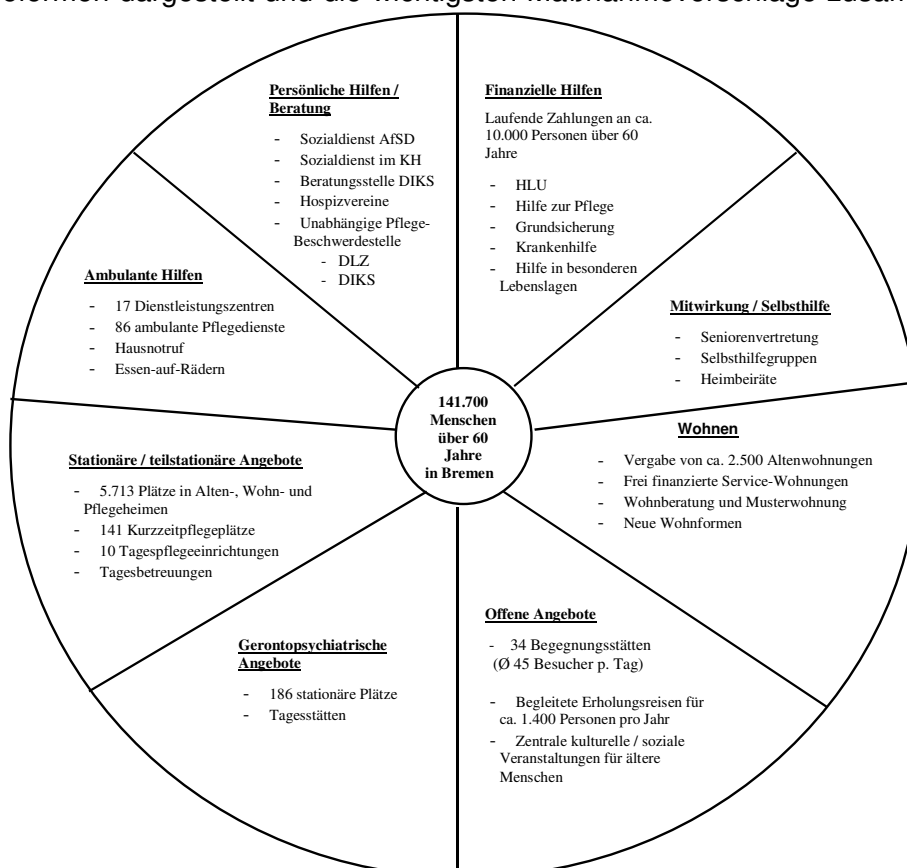


3. Bestandsaufnahme, Maßnahmevorschläge

Für Außenstehende sind die unterschiedlichen Angebote und Unterstützungsformen von der offenen bis zur stationären Altenhilfe kaum transparent. Daher werden zunächst wichtige Bestandteile der Hilfen für ältere Menschen aus dem Jahr 2004 in einer graphischen Übersicht zusammengefasst.

Angebote der Altenhilfe in Bremen auf einen Blick

Der Gliederung des Altenplans folgend, werden in Kürze die unterschiedlichen Unterstützungs- und Hilfeformen dargestellt und die wichtigsten Maßnahmevorschläge zusammenge-



fasst.

3.1. Offene Angebote

In dem ersten Kapitel werden allen älteren Menschen offenstehende Angebote und Initiativen dargestellt, die ein aktives und selbstbestimmtes Leben im Alter fördern.

In der offenen Altenhilfe wird nicht allein die Zielsetzung verfolgt, Defizite Älterer zu beheben, die sie nicht allein bewältigen können. Leitlinie ist vielmehr eine Auffassung von Lebensqualität, die die individuelle Stärke und Teilhabe an der Gesellschaft fördert. Angebote der offenen Altenhilfe sind daher präventiv auszurichten. Sie sollen Engagement ermöglichen, das Erfahrungs- und Leistungspotential der älteren Generation nutzen, ihre Bildungsbereitschaft und -fähigkeit anerkennen und ihr physisches und psychisches Wohlergehen fördern. Zu den Trägern und Maßnahmen der offenen Altenhilfe gehören Selbsthilfegruppen, –initiativen und Vereine wie das Seniorenbüro, die Begegnungsstätten, das Veranstaltungsprogramm des Amtes für Soziale Dienste, Bildungsangebote und die Erholungsreisen.

Von besonderer Bedeutung sind alle Aktivitäten, die die Mitsprache und Mitwirkung der älteren Menschen unterstützen. Hierzu zählen z.B. die Seniorenvertretung der Stadtgemeinde Bremen aber auch die Ältestenräte in den Begegnungsstätten.

Die 34 **Begegnungsstätten** fördern die sozialen Beziehungen vieler älterer Menschen, knüpfen bei Interessen und Fähigkeiten an und fördern die Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die Begegnungsstätten tragen zur Erhöhung der Lebensqualität bei. Die Begegnungsstätten sind über die ganze Stadt verteilt. Für jeweils 4.000 ältere Menschen gibt es eine Begegnungsstätte. Durchschnittlich wird eine Begegnungsstätte täglich von 45 Stammbesuchern aufgesucht.

- Die Angebote und Inanspruchnahme der Begegnungsstätten sind sehr unterschiedlich. Zielvorgabe ist die Überprüfung der Angebotsstruktur und Standortqualität einzelner Begegnungsstätten. Diese Anforderung wird auch angesichts anstehender Verhandlungen über die finanzielle Ausstattung und der voraussichtlich geringer werdenden Zuwendungen zu leisten sein. Erwartet wird die Entwicklung und Erprobung neuer Formen der Trägerschaft auch durch die Verzahnung mit anderen Angeboten und die stärkere Einbindung der Nutzer in die Verantwortung für „ihre“ Begegnungsstätte. Dies schließt auch die Erweiterung der Zielgruppenansprache und damit die Öffnung für neue Nutzergruppen ein.

Zur Zeit werden für den Bereich „ältere Menschen“ in der Stadt 15 **Selbsthilfegruppen** gefördert, die ganz unterschiedliche Ansätze verfolgen. Das Spektrum reicht von selbstorganisierten Nachbarschaftsgruppen über problembezogene Initiativen bis zu stadtweit agierenden Organisationen, die sich bestimmten Themen widmen. Einige Gruppen werden durch Anleitung unterstützt.

- Aus der Praxis der Selbsthilfegruppen wird auch wegen des hohen Alters zunehmend ein Bedarf an Austausch und Anleitung der ehrenamtlichen Gruppenleiter angemeldet. Zukünftig sind für die Gruppenleitung entsprechende Qualifizierungen anzubieten.

Durch das **Veranstaltungsprogramm** der Altenhilfe werden informative, gesellige und kulturelle Veranstaltungen gesamtstädtisch angeboten, die regional nicht zu organisieren sind.

- Die Durchführung des zentralen Veranstaltungsprogramms wurde vom Amt für Soziale Dienste dem Seniorenbüro übertragen. Davon wird eine breitere Ansprache der Bevölkerung und intensivere Einbindung der Selbsthilfegruppen erwartet.

Ältere Menschen haben die Möglichkeit, an **Erholungsmaßnahmen** in Form von Ferientaufenthalten und Tagesstadtranderholungen teilzunehmen. Die Durchführung der Altenerholung wurde 1996 dem Seniorenbüro und der Inneren Mission übertragen.

- Neben den kommerziellen Reiseangeboten macht die Unterstützung von Erholungsreisen Sinn, wenn es gelingt, durch die altenfreundliche Organisation von Reisen und die persönliche Ansprache Personen für eine Teilnahme zu gewinnen, die ohne diese Rahmenbedingungen nicht an einer Erholungsmaßnahme teilnehmen würden. Eine wichtige Voraussetzung ist z.B. die Sicherstellung von Begleitpersonen.

Die **Seniorenvertretung** ist ein wichtiger Garant für die Mitwirkung älterer Menschen an Themen der Altenpolitik. Um die Interessen auch auf Bundesebene wahrnehmen zu können, wurde inzwischen eine Landesseniorenvertretung gegründet.

- Die Seniorenvertretung wird sich in Gesprächen mit den Ressorts für ein Teilnahmerecht an den Deputationssitzungen einsetzen, wenn seniorenrelevante Themen erörtert werden. Eine entsprechende Regelung wurde für die Sitzungen der Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration bereits vereinbart. Zu den Maßnahmevorschlägen gehört weiterhin die Absicherung der Arbeitsbedingungen insbesondere durch die Bereitstellung von Mitteln zur Finanzierung einer Bürokraft.

3.2. Wohnen im Alter

Im Altenplan wird dieses Thema gesondert behandelt, weil Wohnung und Wohnumfeld mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Ältere verbringen mehr Zeit in ihrer Wohnung oder in deren Nahraum als jüngere Menschen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Mobilität durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ab und Wohnnutzungsprobleme werden wahrscheinlicher. Ein Ziel der bremischen Altenpolitik ist, für ältere oder behinderte Menschen die Rahmenbedingungen zum längstmöglichen Verbleib in der eigenen Wohnung zu schaffen oder zu sichern. Von alten- und behindertengerechten Arrangements der Wohnverhältnisse hängt maßgeblich ab, ob auch bei Hilfe- und Pflegebedarf eine autonome Lebensführung möglich ist.

Dieses Ziel wird durch mehrere Aktivitäten verfolgt. Hierzu gehören: Die Beratung, Begleitung und Unterstützung bei Wohnungsanpassungsmaßnahmen, die Vermittlung von Altenwohnungen mit und ohne Serviceleistungen oder die Versorgung in Haus- oder Wohngemeinschaften.

Um die Beratung älterer Menschen mit Wohnnutzungsproblemen im Rahmen der Sozialberatung sicherzustellen, wurde in den letzten Jahren die Wohnberatung durch das Amt für Soziale Dienste wahrgenommen. Umstrukturierungen führten dazu, dass diese Anteile der Wohnungshilfe im Amt für Soziale Dienste übertragen wurden. Parallel dazu ist in freier Trägerschaft eine Musterwohnung eröffnet worden, die der Bevölkerung mit Wohnnutzungsproblemen Informationen und Beratungen zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen bietet.

In den letzten Jahren konnte die Anzahl insbesondere freifinanzierter betreuter Altenwohnungen erhöht werden. Zudem wurden in Bremen Haus- und Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte ältere Menschen eröffnet, die als Alternative zur stationären Versorgung genutzt werden.

- Bei der erneuten Umstrukturierung des Amts für Soziale Dienste unter den Bedingungen des SGB XII ist weiterhin darauf zu achten, dass neben dem Vermittlungsauftrag für Altenwohnungen auch die Aufgabe der Wohnberatung angemessene Berücksichtigung findet. Die Wohnberatung und die Begleitung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen sind so zu organisieren, dass sie in breitem Umfang von Menschen mit Wohnnutzungsproblemen angenommen werden.
- Im Rahmen der Projektförderung wird eine allen Bürgern zugängliche Musterwohnung finanziert, die über Möglichkeiten des alten- und behindertengerechten Wohnens informiert. Wenn dieses Projekt langfristig abgesichert werden kann, ist zu prüfen, ob hier die

individuelle Beratung und Begleitung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen in Kooperation mit dem Amt für soziale Dienste intensiviert werden kann.

- Neben dem Ausbau von betreuten Altenwohnungen ist die Einrichtung von Haus- und Wohngemeinschaften ein geeigneter Weg, die Autonomie der Menschen im ambulanten Versorgungssystem zu erhalten. So wurden in Bremen die ersten Hausgemeinschaften und eine Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte ältere Menschen gegründet. Beim gewünschten Ausbau von Haus- und Wohngemeinschaften sind die Erfahrungen der Pilotprojekte einzubeziehen.
- Die Verbindung von Wohnanlagen mit der Tagespflege oder mit einem Pflegedienst, der die „Rund- um die Uhr“ Rufbereitschaft sicherstellt, schafft günstige Voraussetzungen für die Vermeidung stationärer Pflege. Dieser Weg wird bereits in Ansätzen verfolgt. Empfohlen wird der systematische Ausbau ambulanter Netzwerke um das betreute Wohnen.

3.3. Beratung und Versorgung zu Hause

Eine wesentliche sozial- und altenpolitische Zielsetzung ist es, Voraussetzungen zu bewahren und auszubauen, die es älteren Menschen ermöglichen, solange wie gewünscht in der vertrauten häuslichen Umgebung zu bleiben. Bei Hilfe- und Pflegebedarf sollen ambulante Dienste soweit zur Verfügung stehen, dass Pflegebedürftige auch dann zu Hause wohnen können, wenn Angehörige die erforderliche Unterstützung nur teilweise übernehmen.

Um diese Vorgabe umzusetzen, wurde ein differenziertes Hilfesystem entwickelt, das der älteren Generation die Sicherheit geben soll, auch in schwierigen Situationen nicht allein zu stehen. Im Vorfeld gehören dazu beratende und präventive Angebote mit dem Ziel, Hilfebedürftigkeit zu vermeiden. Bei Hilfebedürftigkeit ist die physische und psychische Leistungsfähigkeit zu aktivieren, um eigene Fähigkeiten und Potentiale zur selbständigen Lebensführung auszuschöpfen.

Ganz entscheidende Beiträge für die häusliche Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger übernehmen die Dienstleistungszentren, die ambulanten Pflegedienste und der kommunale Sozialdienst für Erwachsene.

3.3.1. Dienstleistungszentren

Mit den Dienstleistungszentren verfügt Bremen über ein wohnortnahes, präventives Hilfesystem, das niedrigschwellige Hilfen, insbesondere für Hilfe- und Pflegebedürftige sowie chronisch kranke Menschen anbietet. Die Hilfe besteht nicht in der Durchführung von Pflegeleistungen, sondern setzt beim hauswirtschaftlichen Unterstützungsbedarf an. Häufig weitet sich das Engagement der Nachbarschaftshelferinnen bis zur Haushaltsführung aus.

In den Stadtteilen sind die Dienstleistungszentren wichtige Anlauf- und Beratungsstellen, die im Laufe eines Jahres von über 6.000 Klienten in Anspruch genommen werden. Zentrales Anliegen ist die Qualifizierung, Begleitung und Vermittlung von Nachbarschaftshelferinnen. Die den Dienstleistungszentren zugeordneten Nachbarschaftshelferinnen übernehmen im Laufe eines Jahres rund 700.000 Einsatzstunden und tragen damit entscheidend zur Aufrechterhaltung selbständigen Wohnens in Alter bei.

- Angesichts der finanziellen Bedingungen ist eine wesentliche Aufgabe für die Zukunft, die durch die Dienstleistungszentren ermöglichte niedrigschwellige Versorgungsstruktur zu erhalten und abzusichern.
- Etwa ein Drittel der Klienten der DLZ sind dementiell erkrankt. Im Rahmen des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes ist die Betreuung durch die Organisierte Nachbarschaftshilfe als niedrigschwelliges Angebot anerkannt worden. Diese Versorgungsform gilt es als

Einzel- oder Gruppenangebot auszubauen, um die häusliche Betreuung von Demenzerkrankten abzusichern und einen Beitrag zur Entlastung der Angehörigen zu leisten.

- Einzelne DLZ haben in der Vergangenheit besondere Arbeitsschwerpunkte entwickelt. Das gilt z.B. für die Kooperation mit Seniorenwohnanlagen oder stationären Einrichtungen. Zu prüfen ist, welche Serviceleistungen ergänzend durch die DLZ wahrgenommen und in den Leistungskatalog aufgenommen werden können. Spezielle Bedarfe könnten z.B. bei Entlassungen aus den Krankenhäusern, bei Umzügen oder bei der Umsetzung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen Berücksichtigung finden.

3.3.2. Ambulante Pflegedienste

Neben den Dienstleistungszentren bildet die häusliche Pflege ein zentrales Element der ambulanten Versorgungsstruktur. Die Angebote der Pflegedienste tragen dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden und sie übernehmen für Pflegebedürftige medizinisch-pflegerische Leistungen, die teilweise mit hauswirtschaftlichen Hilfen verbunden werden. Durch die Einführung der Pflegeversicherung veränderte sich die Pflegelandschaft im ambulanten Bereich grundlegend. In Bremen gab es bis 1995 20 Pflegedienste. In den folgenden Jahren stieg die Anzahl bis auf 103. Inzwischen bieten in Bremen 86 Pflegedienste insbesondere Grund- und Behandlungspflege an. Zugenommen hat die Anzahl privater Träger. Dennoch versorgen die gemeinnützigen Träger mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen. Im Jahr 2003 nahmen in Bremen über 4.200 Personen im Rahmen der Pflegeversicherung ambulante Pflegedienste in Anspruch. Etwa 12% dieser Pflegebedürftigen erhielten die Leistungen der Pflegestufe III.

Im Ergebnis kann heute festgestellt werden, dass die quantitative Zunahme der Pflegedienste für die Pflegebedürftigen zu einer Erweiterung der Auswahl des für sie geeigneten Dienstes führte. Auch in entlegenen Wohngebieten besteht keine Schwierigkeit, einen passenden Dienst zu finden, der die Pflege übernimmt. Zudem ist ein deutlicher Anstieg bei der Qualifikation des eingesetzten Fachpersonals erreicht worden. Vor Einführung der Pflegeversicherung betrug der Fachkräfteanteil rund 27%. Inzwischen ist er auf über 80% gestiegen.

- In den vergangenen Jahren wurde von einigen Bundesländern die Vorbereitung eines Aufsichtsgesetzes für den ambulanten Bereich gefordert. Analog zum Heimgesetz sollte die Beratung und Überwachung der Pflegedienste geregelt werden. Inzwischen dominiert die Tendenz, diese Aufgabe den Kontrollmechanismen des Leistungsgesetzes zu überlassen. Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass in Bremen die „Unabhängige Patientenberatung“ auf den Bereich der ambulanten Pflege ausgeweitet wurde. Pflegebedürftige und deren Angehörigen haben damit die Chance, sich über ihre Ansprüche zu informieren und ggf. Beschwerden vorzubringen. Nach Auslaufen der ambulanten Projektförderung wird es darum gehen, dieses Instrument gemeinsam mit den Pflegekassen und den Angebotsträgern weiter abzusichern.
- Für Innovationen im Bereich der ambulanten Pflege wurde und wird die Projektförderung genutzt. Diese Förderung dient den Pflegediensten zum qualitativen Ausbau, zur Überwindung von Versorgungslücken und zur Vernetzung der ambulanten Infrastruktur. Empfohlen wird, die ambulante Projektförderung weiterhin zur Verbesserung der Versorgungsstruktur zu nutzen.

3.3.3. Der kommunale Sozialdienst „Erwachsene“

Der ehemalige Sozialdienst „Ältere Menschen“ durchlief in den letzten Jahren Veränderungen. So hat der Sozialdienst für den Bereich ältere Menschen durch die Einführung der Pflegeversicherung und die Begutachtung von Pflegebedürftigen durch den MDK eine Funkti-

onsänderung erfahren. Zudem wurde er mit dem Sozialdienst für Erwachsene ohne minderjährige Kinder (unter 60 Jahre) zum „Sozialdienst Erwachsene“ zusammengefasst. Die bezirkliche Arbeitsweise wurde zunächst in 12 Sozialzentren regionalisiert. Im Zuge der Hartz-Gesetzgebung ist ab 2005 eine Gliederung in sechs Sozialzentren vorgenommen worden.

In dem Sozialdienst arbeiten Sozialarbeiter/innen als Ansprechpartner/innen für alle Menschen über 60 Jahre. Der Dienst ist auch zuständig für die Beratung von Hilfe- und Pflegebedürftigen und deren Angehörige bis zu einem umfassenden Case-Management. Er ist gutachterlich einzubeziehen, wenn Kostenentscheidungen der Sozialhilfe erforderlich sind und vermittelt in alle Angebote der Altenhilfe. Im Jahr 2004 wurden 2.970 Klienten/innen gezählt.

- Der Sozialdienst Erwachsene ist eine unverzichtbare Beratungs- und Steuerungsinstanz bei Lebenskrisen und Versorgungssituationen, die mit dem Alter zusammenhängen. Angesichts der Zuständigkeitsänderungen seit Einführung der Pflegeversicherung ist insbesondere der Zugang der Hilfe- und Pflegebedürftigen und der Angehörigen zu dem Dienst zu beachten und neu zu regeln. Dies gilt z.B. für die obligatorische Beratung von Gästen der Kurzzeitpflege, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Bei ihnen besteht in der Regel ein dringender Klärungsbedarf über die zukünftige Pflege- und Versorgungsform. Der Sozialdienst kann durch die Einschätzung/ Mobilisierung häuslicher Unterstützungspotentiale einen wichtigen Beitrag zur Entscheidungshilfe leisten. Eine analoge Regelung ist für alle Pflegebedürftigen herbeizuführen, die zu Hause versorgt werden und bei denen eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit und damit die Aufnahme in ein Heim erwartet wird.
- Der Sozialdienst soll besondere Verantwortung für die Organisation „Sozialer Arbeitskreise“ übernehmen, die der Kooperation aller Angebote in den Regionen dienen. Dies geschieht zusammen mit den Dienstleistungszentren und anderen freien Trägern.

Neben diesen drei Säulen der ambulanten Versorgung gibt es weitere Einrichtungen, die die Qualität und Zuverlässigkeit der häuslichen Pflege unterstützen.

- Die **Sozialdienste in den Krankenhäusern** nehmen die soziale Beratung von Patienten und deren Angehörige in den Krankenhäusern wahr und sichern den Übergang zur anschließenden Pflege oder Behandlung. Um die gegenseitige Information zu gewährleisten und die fachlichen Standards der Sozialdienste aufrechtzuerhalten, betreibt die Sozialbehörde eine Koordinierungsstelle.
Um den Übergang von Patienten des Krankenhauses in die Kurzzeitpflege qualitativ zu verbessern, wird eine Kooperationsvereinbarung mit den Krankenhäusern und dem Amt für Soziale Dienste vorbereitet.
- Die **Unabhängige Patientenberatung / Pflegeberatung** gibt allen Pflegebedürftigen und Angehörigen die Möglichkeit, sich über Rechte der Nutzer von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen bei einer Beratungsstelle zu informieren und Beschwerden vorzubringen. Für die Wahrung des Verbraucherschutzes ist wichtig, dass das Projekt Pflegeberatung über die gegenwärtige Förderungsphase hinaus fortgeführt wird.
- Kaum eine Gruppe gerät so umfassend in Nöte, wie die, die Demenzkranke zu Hause betreut. Um die Situation zu erleichtern, wurde die **Demenz Informations- und Koordinierungsstelle** (DIKS) gegründet. Spezielle Aufgaben sind die Betreuung von Angehörigengruppen und die Weiterentwicklung der Angebote. Aufgaben für die Zukunft sind: die Auswertung des Projektes während der Phase der Modellförderung und die Fortführung entsprechender Hilfen.
- Die Qualität der Ergebnisse der ambulanten bis zur stationären Versorgung wird entscheidend vom Zusammenwirken der Träger und einzelner Versorgungsbausteine beein-

flusst. Aus diesem Grund wird im Altenplan an mehreren Stellen Wert auf den Aus- und Aufbau von regionalen **Sozialen Arbeitskreisen** gelegt. In diesen Arbeitskreisen wird für besondere Einzelfälle und einzelfallübergreifend die Kooperation vereinbart. Zudem soll der Ausbau des Versorgungssystems von den kooperierenden Trägern getragen werden. Teilweise bestehen in Bremen entsprechende Arbeitskreise. Durch eine neue Geschäftsordnung soll mehr Verbindlichkeit und der gesamtstädtische Ausbau erreicht werden.

3.3.4. Ambulante Projektförderung

Bei der ambulanten Projektförderung handelt es sich nicht um eine Einzelmaßnahme, sondern um ein Förderinstrument, das der Strukturverbesserung ambulanter Pflege dient. Diese Fördermöglichkeit wurde im Zusammenhang mit den Bremer Ausführungsbestimmungen zum Pflegeversicherungsgesetz eingeführt. Durch die ambulante Projektförderung sind in den vergangenen Jahren vielfältige innovative Vorhaben umgesetzt worden, die die Bedingungen häuslicher Pflege optimierten. Hierzu gehören z.B. die Unterstützung und Beratung pflegender Angehöriger, die Begleitung Sterbender, neue Betreuungsformen bei der Versorgung Demenzkranker oder die Förderung der Wohnanpassungsberatung sowie besondere Erhebungen und Maßnahmen, die der Qualifizierung und Schulung dienen.

- In naher Zukunft wird das Thema der Versorgung Demenzkranker bei der ambulanten Projektförderung einen Schwerpunkt bilden. Dies ergibt sich bereits aus der Vereinbarung mit den Pflegekassen über die Förderung von Modellprojekten nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz. Diese Projekte werden längerfristig gefördert und wissenschaftlich begleitet.

4. Teilstationäre Angebote

Die teilstationären Hilfen sichern und stabilisieren die häusliche Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen durch ein ergänzendes teilstationäres Angebot. In der Tagespflege und Tagesbetreuung geschieht dies durch Betreuung, Pflege und Therapie während des Tages. Bei der Kurzzeitpflege handelt es sich um einen vorübergehenden stationären Aufenthalt z.B. nach einer Behandlung im Krankenhaus oder während des Urlaubs von pflegenden Angehörigen.

Gemeinsam ist diesen Versorgungs- und Betreuungsformen die Intention, die häusliche Pflegesituation aufrechtzuerhalten und die Angehörigen zu unterstützen. Sie sind strukturell ein Bindeglied zwischen der häuslichen und stationären Pflege und übernehmen oftmals Clearingfunktionen bei der Suche nach angemessenen Lösungen.

Die Plätze der **Tagespflege** haben sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt. Inzwischen bestehen in Bremen 173 Plätze, die allerdings von einer höheren Anzahl von Klienten genutzt werden, da die Tagespflege nicht immer an jedem Werktag in Anspruch genommen wird. Die Nutzung hängt entscheidend von der Öffentlichkeitsarbeit der Träger ab, da diese Versorgungsform immer noch zu wenig bekannt ist.

Rund 90% der Besucher erhalten Leistungen der Pflegeversicherung. Besondere Merkmale der methodischen Arbeit sind der gruppentherapeutische Ansatz aber auch die grundpflegerische Versorgung und individuelle rehabilitative und aktivierende Hilfen.

- Durch Fachtagungen und Öffentlichkeitsarbeit ist die Kenntnis über Arbeitsweise und Wirkungen der Tagespflege zu erhöhen.
- Für diese Angebotsform wird weiterer Bedarf gesehen, insbesondere wenn die Tagespflege mit ergänzenden Angeboten, wie dem Wohnen mit Service verbunden werden kann und damit zu einer realistischen Alternative zur stationären Pflege ausgebaut wird.

- Alle Tagespflegeeinrichtungen nehmen dementiell erkrankte Gäste auf. Eine Einrichtung wurde für besonders betreuungsaufwendige Demenzkranke konzipiert und wird für drei bis fünf Jahre als Modelleinrichtung gefördert. Die Arbeitsweise wird wissenschaftlich begleitet, so dass die Ergebnisse anschließend bei der Ausgestaltung des Programms Berücksichtigung finden können.

Neben den Einrichtungen der Tagespflege gibt es Angebote der Tagesbetreuung, die sich als niedrigschwelliges Angebot vor allem an Demenzkranke wenden. Die Tagesbetreuung dient insbesondere der Entlastung von Angehörigen. Die Betreuung findet an vorher vereinbarten Terminen in der Regel einmal in der Woche statt. Es gibt aber auch Gruppen, die sich täglich treffen. Die Gruppen haben keinen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen.

- Gegenwärtig bestehen in Bremen fünf Gruppen der Tagesbetreuung. Empfohlen wird ein weiterer Ausbau. Dazu könnten während des Tages auch die Räume einzelner Begegnungsstätten genutzt werden.

Die **Kurzzeitpflege** übernimmt die befristete, also nur vorübergehende stationäre Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger. Die Wohnung der Kurzzeitpflegegäste bleibt während des Aufenthaltes erhalten.

Die Kurzzeitpflege wird in Solitäreinrichtungen, durch gesonderte, ganzjährig ausgewiesene Plätze in Pflegeheimen oder in Form eingestreuter Plätze angeboten.

Die Kurzzeitpflegeeinrichtungen können vielfältige Funktionen übernehmen. Sie reichen von der Krankenhausnachsorge, der Abklärung zukünftigen Betreuungs- und Versorgungsbedarfs über die zeitliche Überbrückung während der Suche nach einem geeigneten Heimplatz bis zur Unterbringung und Pflege während des Urlaubs pflegender Angehöriger. Wird der Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege durch die Pflegeversicherung finanziert, ist er i. R. auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

Sozialpolitisch interessant sind Kurzzeitpflegeeinrichtungen, weil ein großer Teil der späteren Heimbewohner zunächst nach dem Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen aufgenommen wird. Mehr als die Hälfte wechselt nach vier Wochen in Pflegeheime. Durch die Ausnutzung dieser Versorgungsphase in Form aktivierender Pflege in Verbindung mit rehabilitativen Bemühungen, ließe sich der Anteil der Klienten erhöhen, die anschließend wieder nach Hause entlassen werden. Diese Form der Kurzzeitpflege erfordert eine enge Kooperation des Pflege- und therapeutischen Personals der Einrichtung mit den Sozialdiensten in den Krankenhäusern, dem MDK und dem Sozialdienst Erwachsene. Entsprechende Konzepte streben Kurzzeitpflegeeinrichtungen an, die in der Nähe von Krankenhäusern vorbereitet werden.

Im Jahr 2004 wurden in Bremen 141 ausgewiesene Kurzzeitpflegeplätze angeboten (Berücksichtigt sind ausschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem gesonderten Versorgungsvertrag).

- Zukünftig wird eine Differenzierung der Funktionen der Kurzzeitpflegeeinrichtungen angestrebt. Dies kann durch Kurzzeitpflegeeinrichtungen umgesetzt werden, die sich vorrangig auf die Aufgabe der Verkürzung und Vermeidung des Krankenhausaufenthaltes sowie der Abklärung zukünftigen Versorgungsbedarfs konzentrieren. Andere Einrichtungen oder Plätze sollten primär die Urlaubs- und Entlastungspflege wahrnehmen.
- Gegenwärtig werden Kurzzeitpflegeeinrichtungen geplant und vorbereitet, die in der Nähe von Krankenhäusern positioniert sind und durch aktivierende Pflege und Therapie die anschließende häusliche Versorgung anstreben. Diese Form der Kurzzeitpflege muss personell so ausgestattet sein, dass sie die erwarteten Leistungen auch erbringen kann. Für die aktivierende Kurzzeitpflege wird ein Bedarf von 100 Plätzen erwartet.

- Einrichtungen der Tagespflege und der aktivierenden Kurzzeitpflege tragen zur Verringerung stationärer Dauerpflege bei. Während der Inanspruchnahme behalten die Nutzer ihre Wohnung. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Investitionsförderung hier unverändert fortzuführen.

5. Stationäre Einrichtungen

Bremen verfügt über ein abgestuftes Angebot von Heimplätzen. Im Jahr 2004 gab es in der Stadt 5.713 Heimplätze. Davon waren 74 in Altenheimen, 1.055 in Altenwohnheimen und 4.584 in Pflegeheimen. In den letzten Jahren nahm die Anzahl von Altenheimplätzen ab, während das Angebot an Wohnheimplätzen erhöht wurde. Insbesondere war bei den Pflegeheimplätzen eine deutliche Zunahme festzustellen. Die Steigerung fiel erheblich höher aus als der aus der demografischen Entwicklung abgeleitete Bedarf. So wurden im Jahr 1992 für 1.000 Einwohner im Alter über 75 Jahre 68 Pflegeheimplätze angeboten. Im Jahr 1996 waren es bereits 74 und im Jahr 2004 97. In diesem Zeitraum stieg die Anzahl der über 75-jährigen um 5%, während die Anzahl der Pflegeheimplätze um 49% zunahm. Trotz der erheblichen Kapazitätsausweitung betrug die Auslastungsquote rund 98%.

Für den Anstieg der stationären Versorgung in Pflegeheimen gibt es eine Vielzahl von Gründen. Dazu gehören: Finanzielle Entlastungen durch Einführung der Pflegeversicherung, die strukturelle Schlechterstellung bei Inanspruchnahme ambulanter Leistungen nach SGB XI, die Abnahme familialer Unterstützungspotentiale, die erhöhte Erwerbstätigkeit von Frauen, der Anstieg von Ein-Personen-Haushalten älterer Menschen, der Entscheidungsdruck bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, aber auch die höhere Akzeptanz des Heimaufenthalts. Hierbei handelt es sich um keine Entwicklung, die Bremen besonders betrifft, sondern sie gilt für das gesamte Bundesgebiet. (Siehe 7., Vergleich mit anderen Bundesländern).

Obwohl in den letzten 10 Jahren jährlich zwischen 100 und 120 neue Pflegeheimplätze gebaut wurden, lebten mindestens 500 ehemalige Bremer Bürger in Einrichtungen des Umlandes.

Das durchschnittliche Aufnahmealter der Heimbewohner hat sich zudem auf nunmehr 83,5 Jahre erhöht. In den letzten Jahren nahm darüber hinaus die Pflegebedürftigkeit der Bewohner von Pflegeheimen zu. Im Jahr 2002 waren 25% der Bewohner in der Pflegestufe I, 47% in der Pflegestufe II und 28% in der Pflegestufe III. Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner in Pflegeheimen betrug etwa 30 Monate.

Von den 67 Heimen für ältere Menschen wurden 43 von Trägern der freien Wohlfahrtspflege und 24 von gewerblichen Trägern betrieben.

Durch die gezielte Placierung der neuen Pflegeheime konnte in den letzten Jahren eine ausgewogene Verteilung der Pflege- und Wohnheime in den Stadtteilen und Regionen der Stadt erreicht werden. Der Altenplan macht deutlich, dass sich der Versorgungsgrad in den einzelnen Regionen deutlich nivellierte. Neue Einrichtungen wurden dort gebaut und betrieben, wo zuvor eine Unterversorgung bestand.

Für viele bestehende Heime ist ein Modernisierungs- und Sanierungsbedarf festzustellen, der allein aus der Tatsache abgeleitet werden kann, dass im Jahr 2003 nur etwa die Hälfte aller Plätze als Einzelzimmer angeboten wurde. Perspektivisch muss die Anzahl von Doppelzimmern deutlich verringert werden, damit Bewohner und Angehörige die Ausstattung akzeptieren. In diesem Bereich war die Investitionsförderung des Landes hilfreich, weil sowohl die zur Verfügung stehenden Individualflächen als auch die Quote der Einzelzimmer bei Neubauten verbessert werden konnten.

Qualitativ hat sich vieles verändert, indem sich die Heime zunehmend an dem Leitbild „Wohnen“ orientieren. Dieses Konzept reduziert negative Effekte, die mit dem Heim als Institution verbunden werden. Dies wird durch eine Stärkung der Beziehungen zu dem Stadtteil erreicht. Strukturelemente sind die Einbindung von Wohnangeboten, teilstationären Hilfen oder ambulanten Pflegediensten bis zur Integration von Cafés oder eines Mittagstisches für Bewohner des Stadtteils. Auch in der räumlichen Ausstattung zeigt sich dieses Leitbild durch Appartements mit eigenen Sanitärbereichen oder kleinen Küchenzellen. Viele Einrichtungen bieten für Angehörige Besucherzimmer an, die die Übernachtung ermöglichen. Das Zusammenleben mit Demenzkranken wurde durch die Organisation der Binnenstruktur nach dem Wohnküchenprinzip grundlegend verändert. Dabei geht es nicht nur um die Versorgung der Bewohner, sondern um die Förderung von Mitwirkung und Teilhabe an alltäglichen Handlungen.

Die Heimaufsicht hat in den letzten Jahren aktiv an der Umsetzung der Änderungen des Heimgesetzes mitgewirkt. Dies gilt insbesondere für die Erhöhung der Transparenz von Heimverträgen, den Ausbau der Mitwirkungsrechte des Heimbeirats und die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen in einer Arbeitsgruppe.

- Die passgenaue Berechnung des Bedarfs von stationären Pflegeplätzen ist wegen der Fülle von Einflussfaktoren aber vor allem wegen der Abhängigkeit von der Begutachtung durch den MDK nicht möglich. Richtwerte ergeben sich vor allem aus der Pflegewahrscheinlichkeit und der demografischen Entwicklung. Zudem können Rückschlüsse aus der tatsächlichen Inanspruchnahme der Heimplätze und der Beobachtung freier Kapazitäten gezogen werden. Für die nächsten Jahre lassen sich Anhaltswerte aus der Bedarfsberechnung des BAW- Gutachtens (Institut für Wirtschaftsförderung) ableiten. Danach wird vom Jahr 2003 bis zum Jahr 2010 ein jährlicher Bedarf von 108 neuen Heimplätzen prognostiziert, der sich aus folgenden Bestandteilen zusammensetzt: Nachholbedarf auf Grund der Umlandversorgung insgesamt 470 Plätze, demografisch bedingter Zusatzbedarf 165 Plätze, innovative Pflegeformen 230 Plätze. Gesamtbedarf während des Zeitraumes bis 2010 865 Plätze.
Diese Prognosen gehen bei der Pflegeversicherung vom Stratus quo aus, ebenso hinsichtlich der Angebotsstruktur. Innovative Versorgungsformen im Wohnbereich können die Bedarfszahlen reduzieren.
- Die Attraktivität der Bremischen Einrichtungen wird sowohl von der Qualität der Leistungen als auch von den Preisen bestimmt, die die Bewohner für den Heimaufenthalt zu zahlen haben. In der Vergangenheit diente die Investitionsförderung auch dazu, die Kosten für die Bewohner zu reduzieren.
- Pflegeheime sollten nur dann in Anspruch genommen werden, wenn dem festgestellten Pflegebedarf im häuslichen Bereich nicht entsprochen werden kann. Der Zugang zum Pflegeheim lässt sich durch die Einbindung des Sozialdienstes Erwachsene in den Begutachtungsprozess qualifizieren. Der Fachdienst hätte im Einzelfall die häuslichen Hilfe- und Unterstützungspotentiale zu prüfen und ggf. Hilfen zu vermitteln. Diese Entscheidungshilfe sollte insbesondere in Krisensituationen, z.B. nach der Einweisung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung oder nach Erhöhung der Pflegestufe, genutzt werden. Empfohlen werden entsprechende Kooperationsverträge mit dem MDK und den Sozialdiensten

- Weitere Impulse für die Mitwirkung der Heimbewohner werden durch folgende Aktivitäten empfohlen: Regelmäßige Informationsveranstaltungen der Heimaufsicht für die Mitglieder der Heimbeiräte und Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen auch für deren externe Mitglieder.

6. Querschnittsthemen

Neben der Angebotsdarstellung und den Maßnahmevorschlägen befasst sich der Altenplan mit sogenannten Querschnittsthemen, die unabhängig von der Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen Bedeutung für alle Angebotsformen haben. Hierzu gehören die Öffentlichkeitsarbeit, die Altenpflegeausbildung, Hilfen für Demenzkranke und gerontopsychiatrische Patienten, die kultursensible Ausrichtung der Altenhilfe sowie die Betreuung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender.

6.1. Öffentlichkeitsarbeit

Ein zentrales Anliegen ist die breite Information der Öffentlichkeit über alle Angebote der Altenhilfe. Neben den schriftlichen Informationen (z.B. regionale und gestadtstättische Ratgeber) wurde per Internet eine Informationsplattform „Senioren-Kompass“ eingerichtet, die allgemeine und individuell abfragbare Auskünfte erteilt. Die Freischaltung erfolgte im Juni 2005.

6.2. Altenpflegeausbildung

Ein Garant für die Qualität der Pflege ist eine gute Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Seit Oktober 2003 haben die ersten Auszubildenden in Bremen nach dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz begonnen. Wichtige Neuerungen der Ausbildung sind: Die stärkere Einbindung der Ausbildungsbetriebe in die Ausbildungsverantwortung. Theoretischer und praktischer Unterricht orientieren sich an einem Gesamtkonzept, das die bundeseinheitliche Ausbildung unterstützt. Das Zusammenwirken aller an der Ausbildung Beteiligten wurde im Lande Bremen durch eine Rahmenvereinbarung festgelegt.

- Eine wichtige Aufgabe für die Zukunft ist, die Ausbildungskapazität bedarfsorientiert zu gestalten. Hierzu wird insbesondere eine Regelung beitragen, die es Umschülern weiterhin ermöglicht, eine dreijährige Ausbildung aufzunehmen.

6.3. Angebote für Demenzkranke

In unserer Stadt leben etwa 7.500 Demenzkranke mittlerer und schwerer Ausprägung. Etwa 5.000 Personen werden Zuhause durch ambulante Pflegedienste und Angehörige betreut. Mit zunehmender Hochaltrigkeit steigt der Anteil Demenzkranker rapide. Die angemessene Versorgung der Demenzkranken ist eines der dringlichsten Themen der Altenpolitik.

Erste Schritte für eine Lösung wurden durch Ergänzungen des Pflegeversicherungsgesetzes eingeleitet, die in der ambulanten Versorgung für pflegebedürftige Demenzkranke zusätzliche Betreuungsleistungen vorsehen. Zudem dienen Modellprojekte der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die durch eine Anteilsfinanzierung aus Mitteln eines Fonds in Kooperation mit dem Land finanziell unterstützt werden.

In Bremen wurde auf diesem Weg die Informations- und Koordinierungsstelle DIKS und eine spezielle Tagespflegeeinrichtung für Demenzkranke eingerichtet. Die Beratungsstelle bietet allen an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörige Informationen zum Thema Demenz und über die unterschiedlichen Angebote, die in Anspruch genommen werden können. Zudem wurden in fünf Dienstleistungszentren Angehörigengruppen eingereicht. Die Beratungsstelle DIKS hat zusammen mit dem „forum demenz“ eine Neuauflage des Handbuchs Demenz herausgegeben, in dem die Unterstützungsmöglichkeiten für Demenzkranke

zusammengefasst werden. Eine gemeinsame Fachveranstaltung zu unterschiedlichen praktizierten Methoden und Arbeitsweisen mit Demenzkranken hat anlässlich der Herausgabe des Handbuches im Juni 2005 stattgefunden.

- In Bremen wurden für Demenzkranke eine erste Hausgemeinschaft und ein Wohnprojekt eröffnet, das mit der Tagesbetreuung verbunden ist. Die Erfahrungen dieser Projekte sollen beim weiteren Ausbau der ambulanten Versorgungsformen Berücksichtigung finden.

6.4. Kultursensible Altenhilfe

Im Jahr 2004 betrug der Ausländeranteil an den Einwohnern in Bremen im Alter von 60 Jahren und mehr 4,8% (6.772 Ausländer). Bis zum Jahr 2010 wird sich der Anteil voraussichtlich auf 8,2% erhöhen. Eine wichtige Aufgabe für alle Angebote der Altenhilfe ist der Abbau von Zugangsbarrieren. Dies kann auch durch den Einsatz von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund erfolgen. Viele Einrichtungen haben sich inzwischen ein Leitbild gegeben, das Anforderungen berücksichtigt, die sich aus der Aufnahme und Betreuung von Ausländern ergeben. In Bremen finden trägerübergreifende Fortbildungen und Fachveranstaltungen zur „interkulturellen Öffnung der Altenhilfe“ statt.

Einzelne Projekte sehen den Einstieg in die Nutzung einer Wohnanlage für ältere Migranten, die Pflegeberatung in einem Krankenhaus und die Ausbildung von Altenpflegehelferinnen mit Migrationshintergrund vor.

6.5. Begleitung Schwerkranker und Sterbender

Die Begleitung Schwerkranker und Sterbender wird in Bremen durch ambulante Hospizvereine wahrgenommen. Die Hospizvereine setzen nach Bedarf ehrenamtliche Sterbebegleitungen ein, die Sterbende in der letzten Lebensphase unterstützen. Der Einsatz kann in der eigenen Wohnung, aber auch in Pflegeheimen oder Krankenhäusern erfolgen. Eine ergänzende Aufgabe ist die Unterstützung und Beratung Angehöriger.

Die Hospizvereine haben sich im Lande Bremen zu einer Landesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, um ihre Anliegen gemeinsam beraten und durchsetzen zu können.

Durch die Novellierung des SGB V können die Hospizvereine einen Teil ihrer Aufwendungen (Koordination, Ausbildung) mit den Krankenkassen abrechnen.

Im Jahr 2002 wurde in Bremen ein Hospiz mit acht Plätzen eröffnet, das die stationäre Betreuung und Versorgung Sterbender ermöglicht.

- Zukünftige Aufgaben sind: die Auswertung der Arbeit des stationären Hospizes, die Absicherung des ehrenamtlichen Bereichs bei den ambulanten Hospizvereinen und die Öffentlichkeitsarbeit.

7. Vergleich mit anderen Bundesländern

Die Darstellung der Altenhilfe in Bremen provoziert zum Vergleich mit anderen Bundesländern. Daher sollen in aller Kürze Vergleichswerte benannt werden, die sich aus dem Ländervergleich des Statistischen Bundesamtes ergeben. Die Daten beziehen sich auf die Statistik 2001, die 2003 vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht wurden.

Von den Hilfe- und pflegebedürftigen Personen wurden folgende Angebote wahrgenommen.

- Von allen westlichen Bundesländern hatte Bremen die geringste Quote von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI, die stationäre Dauerpflege in Anspruch nahm (24,8%). Ein günstigeres Verhältnis hatten nur Brandenburg und Thüringen. Der Durchschnitt betrug in Deutschland 28,5%.

- Bei einem Ländervergleich der westlichen Bundesländer nahmen nur in Hamburg Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt wurden, häufiger ambulante Pflegedienste in Anspruch. (Bremen 26,9%). Der Durchschnitt betrug in Deutschland 21,3%.
- Auch bei einem Städtevergleich, der im Mai 2004 Jahres durchgeführt wurde, bestätigt sich, dass Bremen – bezogen auf die Senioren über 80 Jahre - eine unterdurchschnittliche Versorgungsquote in der vollstationären Pflege hatte. Das Angebot der Tages- und Kurzzeitpflege ist in Bremen überdurchschnittlich.

Für die Entwicklung in Bremen gibt es Gründe:

- Gute Ausstattung mit regional angebundenen, niedrigschwelligen Angeboten.
- Gute Kooperation der niedrigschwelligen Angebote mit ambulanten Pflegediensten.
- Hoher Versorgungsanteil von Personen in einem gegliederten System aus Altenwohnungen mit und ohne Service-Leistungen, Altenheimen und Altenwohnheimen mit ambulanter Versorgung.
- Im Vergleich zu anderen Großstädten besteht in Bremen ein hoher Versorgungsgrad mit Tagespflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeplätzen.

Will man die Situation weiter verbessern, sollten folgende Möglichkeiten der ergänzenden Begutachtung vor dem Zugang in eine stationäre Einrichtung überprüft werden:

- Einbringung der sozialen Perspektive in die Begutachtungsverfahren, z.B. bei Pflegebedürftigen, die noch zu Hause wohnen, durch den SD Erwachsene des AfSD in Kooperation mit dem Gesundheitsamt.
- Begutachtung von Personen, die nach dem Krankenhausaufenthalt in der Kurzzeitpflege versorgt werden, durch den SD Erwachsene des AfSD in Kooperation mit dem Gesundheitsamt.
- Systematisches Beratungsangebot für Wohnungsanpassungsmaßnahmen, Entwicklung und Auswertung neuer Wohnformen.

Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil D

Altenplan 2005 / 2006

1. Offene Angebote

"Offene Angebote" sind in der Regel nicht für bestimmte Zielgruppen der Altenbevölkerung konzipiert, sondern als allgemeine präventive, unterstützende Angebote bei sich verringernden Sozialkontakten im Alter gedacht. Ziel ist es, eine aktivierende Wirkung zu erzielen und kommunikative Kompetenzen zu stabilisieren. Im Kapitel "Offene Hilfen" werden auch selbstorganisierte Gruppen dargestellt, obwohl ihre Intention über die o. g. Zielsetzung hinausgeht. Aufgrund ihres besonderen Selbstverständnisses als Interessenvertretung der älteren Generation steht die Seniorenvertretung am Beginn der Darstellung.

1.1. Seniorenvertretung

A - IST Beschreibung

Die in Bremen seit 1978 bestehende Seniorenvertretung ist die gewählte politische Interessenvertretung der rd. 142.000 Bremerinnen und Bremer im Alter von 60 Jahren und älter.

Die Aufgabenbereiche der Seniorenvertretung sind:

- Vertretung der Interessen älterer Bürgerinnen und Bürger in der Öffentlichkeit gegenüber dem Parlament, den Verwaltungen, den Parteien, den Verbänden und den Vereinen, u. a. durch:
- die Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen und Programmen, die Auswirkungen auf Ältere haben
- praktische Mitarbeit und Mitwirkung zur Verwirklichung von gesellschaftspolitischen Anliegen und Gemeinschaftsaufgaben für Ältere
- Interessenvertretung von Heimbewohnern, z. B. in der Funktion als Heimfürsprecher.
- Die Seniorenvertretung nimmt sich sowohl der örtlichen als auch der überörtlichen Belange an, wie sie z. B. durch Bundes- oder Landesgesetzgebung gestaltet werden. Die Seniorenvertretung setzt sich in Gremien, wie dem Landespflegeausschuss für die Interessen älterer Menschen ein.

Die Seniorenvertretung besteht zur Zeit aus 97 Delegierten, die von verschiedenen Gremien benannt und gewählt werden. Im einzelnen sind dies:

- 20 Delegierte über die Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration
- 30 Delegierte werden entsandt durch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, davon:

8 Delegierte	-	AWO/ASB
6 Delegierte	-	Innere Mission
5 Delegierte	-	DPWV
4 Delegierte	-	CARITAS
3 Delegierte	-	DRK
1 Delegierter	-	Jüdische Gemeinde
3 Delegierte	-	Heimbeiräte

- Die Ortsbeiräte wählen für jeweils etwa 4.000 über 60jährige Einwohner eine(n) Delegierte(n).

Die Delegierten wählen aus ihrer Mitte einen Vorstand von bis zu 9 Personen.
Die Wahl der Seniorenvertretung erfolgt parallel zur Wahl der Bürgerschaft.

Organe der Seniorenvertretung sind:

1. Die Delegiertenversammlung
2. Der Vorstand
3. Die Facharbeitskreise:
 - "Gesundheit im Alter"
 - "Programme und Öffentlichkeitsarbeit"
 - "Seniorenpolitik"
 - "Bauen, Wohnen und Verkehr".

Die Delegierten können sich den Arbeitskreisen zuordnen und in Form von Anträgen, Stellungnahmen oder Empfehlungen zu altersspezifischen Themen in Parlament oder gegenüber der Verwaltung äußern.

Ziel der Seniorenvertretung ist es, Mitbestimmungsrechte in Fragen politischer Entscheidungen für ältere Menschen zu erhalten (Anlage 1, Statut der Seniorenvertretung vom 17.01.2003).

Die Seniorenvertretung wird in ihrer Arbeit vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt. Sie erhält für ihre Aufwendungen Mittel aus dem Haushalt der Stadtgemeinde Bremen. Der Vorstand der Seniorenvertretung ist als ständiger Gast an den Sitzungen der Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration beteiligt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 09.11.1993 formal die Seniorenvertretung als Interessenvertretung der älteren Generation anerkannt und die Senatsressorts gebeten, mit der Seniorenvertretung in Fragen der älteren Generation zusammenzuarbeiten.

Landessenioren- Vertretung

Die Senioren- Vertretung in der Stadtgemeinde Bremen und der Senioren- Beirat in der Stadtgemeinde Bremerhaven haben eine Landessenioren- Vertretung gebildet.

Die Aufgaben sind:

1. Koordination der Arbeit der beiden städtischen Seniorenvertretungen
2. Vertretung der Interessen älterer Bürgerinnen und Bürger im Land Bremen, auf Bundesebene und im internationalen Rahmen
3. Planung und Durchführung von Maßnahmen auf Landesebene und Mitwirkung auf Bundesebene.

Das Statut der Landessenioren-Vertretung wurde von den jeweiligen Delegiertenversammlungen, in Bremen am 07.11.2000 und in Bremerhaven am 09.11.2000, beschlossen und trat am 17.07.2001 in Kraft (Anlage 2, Statut der Landessenioren-Vertretung im Land Bremen).

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die Seniorenvertretung hat sich - insbesondere nach der Neufassung des Statuts im Jahre 2003 - zu einer Interessenvertretung der Seniorinnen und Senioren in der Stadtgemeinde Bremen entwickelt. Dieser Anspruch drückt sich nicht nur im breit angelegten Wahl- und Entsendungsverfahren für die Delegierten, sondern auch in der praktischen Arbeit und öffentlichen Anerkennung der Seniorenvertretung aus.

Die Seniorenvertretung hat sich selbst einen themenbezogenen "Unterbau" durch die Einrichtung von Arbeitskreisen gegeben. Um hier ein hohes Niveau fachlicher Arbeit zu garantieren, regt der Vorstand der Seniorenvertretung an, bei der Entsendung von Delegierten aus den Wohlfahrtsverbänden und der Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration insbesondere auf deren fachliche Einbindung in die Praxis und Themen der Altenarbeit zu achten.

Die **Kompetenzen und Mitwirkungsrechte** der Seniorenvertretung sind bisher nur im Bereich Soziales und Jugend (insbesondere durch das Teilnahmerecht an den Sitzungen der Deputation für Soziales, Jugend, Senioren und Ausländerintegration) in Ansätzen ausgestaltet. Sie sollten insbesondere auf die Bereiche Wohnen/Verkehr/Stadtplanung ausgedehnt werden. Hier wird vorgeschlagen, in Anknüpfung an den Senatsbeschluss vom 09.11.1993 in Gesprächen zwischen Seniorenvertretung und den betroffenen Ressorts praktikable Einzelregelungen zu vereinbaren (s. dazu auch Wohnumfeldmaßnahmen). Weiterhin sollte geprüft werden, ob der Seniorenvertretung auch formell Mitwirkungsrechte eingeräumt werden können.

Um insgesamt die Arbeitsfähigkeit der Seniorenvertretung dauerhaft abzusichern, sind durch die öffentliche Hand **Arbeitsbedingungen** zu garantieren, insbesondere durch:

- Fortführung des eigenen Haushaltstitels in Höhe von mindestens € 7.000,00,
- Erhaltung eines Büro- und Tagungsraumes,
- Bereitstellung von Mitteln zur Finanzierung einer Bürokraft.

Unter diesen Bedingungen kann die Seniorenvertretung verstärkt zur Umsetzung der Ziele des Altenplanes beitragen, die ältere Generation in die Gestaltung der Altenpolitik einzubeziehen und ihre Interessen berücksichtigen.

Anlage 1

Statut der Seniorenvertretung (Stadt Bremen)

Anlage 2

Statut der Landessenioren-Vertretung (Land Bremen)

Statut der Senioren-Vertretung in der Stadtgemeinde Bremen

(verabschiedet am 17.01.2003)

Präambel

Der Senat hat sich in der Sitzung am 09.11.1993 mit einer Vorlage zum Thema Seniorenvertretung befaßt und entsprechend beschlossen. Die Seniorenvertretung hat damit ihre formelle Anerkennung erhalten.

§ 1

Zusammensetzung und Aufgaben

- (1) Die Senioren-Vertretung der Stadtgemeinde Bremen ist die gewählte politische Interessensvertretung der BremerInnen im Alter von 60 Jahren und älter. Sie besteht aus den Delegierten, die von den Ortsamtsbeiräten gewählt werden und zwar auf je 4.000 EinwohnerInnen über 60 Jahre, die in Bremen wohnen, 1 Delegierten, Wahlverfahren nach dem Bremischen Wahlgesetz.
 - (1.1) Die Deputation Soziales in der Bremischen Bürgerschaft wählt 20 Delegierte.
 - (1.2) Die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege wählen 30 Delegierte.
 - (1.2.1) Verteilung der Einzelmandate:
AWO/ASB 8, Innere Mission 6, DPWV 5, Caritas 4, DRK 3, Jüdische Gemeinde 1, Heimbeiräte: 3.
 - (1.3) Die zu wählenden Delegierten sind 60 Jahre und älter und haben ihren Wohnsitz in Bremen.
- (2) Organe der Senioren-Vertretung sind:
 - a) die Delegiertenversammlung
 - b) der Vorstand
 - c) die Facharbeitskreise
- (3) Die Senioren-Vertretung hat die Aufgabe die Interessen älterer Bürger und Bürgerinnen in der Öffentlichkeit gegenüber dem Parlament, den Verwaltungen, Parteien, Verbänden, Vereinen zu vertreten.
Dazu gehören u.a.:
 - a) die Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen und Programmen, die Auswirkungen auf ältere BürgerInnen haben.
 - b) Praktische Mitarbeit und Mitwirkung zur Verwirklichung von gesellschaftspolitischen Anliegen und Gemeinschaftsaufgaben für ältere BürgerInnen.
- (4) Die Senioren-Vertretung ist unabhängig, politisch neutral und konfessionslos.
- (5) Die Amtszeit der Senioren-Vertretung ist zeitgleich mit der Dauer der Wahl-

periode zur Stadtbürgerschaft. Der Vorstand der Senioren Vertretung hat innerhalb von 6 Monaten die neugewählten Delegierten zu einer Delegiertenversammlung einzuladen, auf der der neue Vorstand gewählt wird. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt der Vorstand im Amt.

§ 2

Delegiertenversammlung

- (1) Die Delegiertenversammlung ist das oberste Organ der Senioren-Vertretung. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Entscheidung über die Grundsätze für die Tätigkeit der Senioren-Vertretung.
 - b) Wahl des Vorstandes.
 - c) Wahl der Facharbeitskreise.
 - d) Beschlußfassung über Veränderungen des Statuts der Senioren-Vertretung. Das wird geändert, wenn 2/3 der anwesenden stimmberechtigten Delegierten dies beschließen.
 - e) Die Delegiertenversammlung ist mindestens zweimal jährlich durch den Vorstand einzuberufen.
 - f) Die Delegiertenversammlung ist innerhalb von vier Wochen schriftlich einzuberufen:
 - I) auf Beschluß eines Arbeitskreises;
 - II) auf Antrag von mindestens 15 Delegierten;
 - III) die Einberufung soll spätestens 14 Tage vorher mit der Tagesordnung versandt werden..
 - g) Die Delegiertenversammlung ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend sind und sie satzungsgemäß einberufen worden ist.
 - h) Die Delegiertenversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - I) Sie nimmt mindestens einmal jährlich die Berichte des Vorstandes entgegen und nimmt dazu Stellung;
 - II) Sie beschließt die Entlastung des Vorstandes;
 - III) Sie nimmt die Berichte der Facharbeitskreise entgegen und nimmt dazu Stellung;
 - IV) sie berät die vorliegenden Anträge, die den Delegierten mit der Einladung zuzustellen sind;
 - i) Die Delegiertenversammlung faßt ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.
 - i) Das Protokoll der Versammlung ist den Delegierten alsbald zuzustellen.

Die Protokollführung hat der Vorstand zu leisten.

§ 3

Vorstand

- (1) Der Vorstand ist das von der Delegiertenversammlung mit der Durchführung der Aufgaben der Senioren-Vertretung beauftragte Organ.
- (2) Der Vorstand ist der Delegiertenversammlung für die ordnungsgemäße Führung der Geschäfte verantwortlich.
- (3) Der Vorstand besteht aus der/dem Vorsitzende/n, zwei Stellvertreter/in, einem Schriftführer/in, einem Rechnungsführer/in und vier Beisitzer/inne n.
- (4) Die Mitglieder des Vorstands werden für die Dauer der Amtszeit in geheimer Wahl gewählt. Näheres regelt die Wahlordnung.
- (5) Für die Abberufung als Mandatsträger gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Aufstellung. Der Antrag auf Abberufung aus wichtigem Grund ist schriftlich beim Vorsitzenden bzw. einem der Stellvertreter/in zu stellen und dem oder der Betroffenen mindestens 4 Wochen vor der nächsten Delegiertenversammlung zuzustellen. Er muß die Unterschrift von 15 Delegierten haben..
Der Antrag auf Abberufung muß auf die Tagesordnung der nächsten Delegiertenversammlung gesetzt werden.
- (6) Der Vorstand hat folgende Aufgaben:
 - a) die Vertretung der Senioren nach außen; insbesondere Eingaben an senatorische Dienststellen oder andere Einrichtungen;
 - b) Weiterentwicklung von Aufgaben der Senioren-Vertretung;
 - c) Vorbereitung und Einberufung der Delegiertenversammlung;
 - d) die Ausführung von Beschlüssen der Delegierten-Versammlung.
- (7) Der Vorstand tritt mindestens einmal monatlich zusammen. Die Sitzungen werden vom Vorsitzenden einberufen, bei Verhinderung vom Stellvertreter/in-, oder wenn 3 Mitglieder des Vorstandes das so beschließen.
- (8) Die SprecherInnen der Facharbeitskreise oder ihre StellvertreterInnen nehmen auf Einladung des Vorsitzenden mit beratender Stimme an den Sitzungen des Vorstandes teil.
- (9) Der Vorstand ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.
- (10) Der Vorstand faßt seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.
- (11) Die Mitgliedschaft im Vorstand endet mit Ablauf der Amtszeit, bei Fortzug aus der Stadtgemeinde Bremen oder durch Rücktritt. Wiederwahl ist zulässig.
- (12) Scheidet ein Mitglied des Vorstandes aus, so ist auf der nächsten statt-

findenden Delegiertenversammlung eine Nachwahl durchzuführen.

- (13) Über die Sitzungen ist ein Beschlufsprotokoll zu führen, das vom Versammlungsleiter und Protokollführer zu unterschreiben ist.

§ 4

Arbeitskreise

- (1) Die Facharbeitskreise können von der Delegiertenversammlung für die Dauer der Amtszeit oder für einen begrenzten Auftrag eingesetzt werden.
- a) Sie wählen sich selbst eine/n Sprecherin, eine/n Stellvertreterin und eine/n SchriftführerIn.
 - b) Die Facharbeitskreise haben u.a. folgende Aufgaben:
 - I) Angelegenheiten zu beraten, die in ihren Fachbereich fallen oder vom Vorstand zugewiesen wurden, weil sie für Seniorbelange von Bedeutung sind.
 - II) Anträge und Berichte sind dem Vorstand zuzuleiten.
 - III) Bei Verwaltungen, sowie auch bei Institutionen und anderen Einrichtungen ihres Zuständigkeitsbereiches Auskünfte einzuholen.

5

Unterstützung

- (1) Die Senioren-Vertretung wird bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den/die Senatorin für Soziales mit den notwendigen Haushaltsmitteln ausgestattet. Dazu gehören u.a.:
- a) die Zurverfügungstellung von Büroräumen und Tagungsmöglichkeiten;
 - b) die Bereitstellung einer Bürokraft;
 - c) die Erstattung erforderlicher, belegter Ausgaben der Mitglieder der Senioren-Vertretung im Rahmen ihrer Aufgaben;
 - d) die Auszahlung eines Sitzungsgeldes an Delegierte, Vorstandsmitglieder und SprecherInnen von Facharbeitskreises, soweit sie überwiegend an einer Sitzung der Senioren-Vertretung teilgenommen haben.

Veröffentlichung

Die Sitzungen der Delegiertenversammlung sind öffentlich.

Stimmberechtigt sind nur die gewählten Delegierten.

Dieses Statut wurde in der Delegiertenversammlung der Senioren-Vertretung der Stadtgemeinde Bremen am 17. Januar 2003 beschlossen und tritt am gleichen Tag in Kraft.

Statut der Landesseniorenvertretung im Lande Bremen

§ 1 Aufgabe

- (1) Im Lande Bremen wird eine Landesseniorenvertretung gebildet.
Die Landesseniorenvertretung ist unabhängig, parteipolitisch neutral und konfessionell nicht gebunden.
- (2) Die Landesseniorenvertretung hat folgende Aufgaben:
 - Koordination der Arbeit der Seniorenvertretungen in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven
 - Vertretung der Interessen der älteren Bürgerinnen und Bürger im Lande Bremen auf Bundesebene und im internationalen Rahmen.
 - Planung und Durchführung von Maßnahmen auf Landesebene und Mitwirkung auf Bundesebene

§ 2 Zusammensetzung und Arbeitsweise

- (1) Die Landesseniorenvertretung besteht aus
 - 3 Mitgliedern des Vorstandes der Senioren-Vertretung in der Stadtgemeinde Bremen und
 - 2 Mitgliedern des Vorstandes des Senioren-Beirates aus Bremerhaven
- (2) Die Mitglieder werden von den Seniorenvertretungen der Stadtgemeinden für die Dauer einer Legislaturperiode gewählt und entsandt. Wiederwahl ist möglich.
- (3) Die Landesseniorenvertretung wählt sich eine/einen Landesvorsitzende/Landesvorsitzenden und eine/einen Vertreterin/Vertreter.
- (4) Die Landesseniorenvertretung ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Innerhalb der Landesseniorenvertretung behalten die Seniorenvertretung der Stadt Bremen und der Seniorenbeirat der Stadt Bremerhaven ihre Selbständigkeit.
- (5) Die Landesseniorenvertretung beruft nach Bedarf, mindestens 2 x jährlich zusammen. Über die Sitzungen ist ein Beschlußprotokoll zu führen.
- (6) Die Landesseniorenvertretung beruft nach Bedarf, mindestens 1 x jährlich die Vorstände beider Seniorenvertretungen zu einer gemeinsamen Sitzung ein.
Die Landesseniorenvertretung berichtet den Delegiertenversammlungen der Seniorenvertretungen.
- (7) Sitz der Landesseniorenvertretung ist in der Stadtgemeinde Bremen.

§ 3 Unterstützung

- (1) Die Landesseniorenvertretung wird bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch die für Altenpolitik zuständige Landesbehörde unterstützt. Ein Vertreter dieser Behörde nimmt mit beratender Stimme an den Sitzungen der Landesseniorenvertretung teil. Die Vertreter der kommunalen Dezentrate können hinzugezogen werden.
- (2) Die Mitarbeit in der Landesseniorenvertretung ist ehrenamtlich. Notwendige Auslagen werden durch die entsendenden Stellen im Rahmen der dort jeweils geltenden Richtlinien erstattet.

§ 4 Inkrafttreten

Dieses Statut wurde von den Delegiertenversammlungen der Seniorenvertretungen in Bremen am 07.11.2000 und in Bremerhaven am 09.11.2000 beschlossen und tritt am 17.Juli 2001 in Kraft.

1.2. Selbsthilfeinitiativen

A - IST Beschreibung

Selbsthilfeprinzip

Selbsthilfe ist ein Prinzip, individuelle Probleme aus individuellem Bemühen, kollektive Probleme in kollektivem Bemühen zu einer Lösung zu bringen.

Während die historische Selbsthilfe im wesentlichen die Absicherung wirtschaftlicher Risiken zur Vermeidung von Notlagen anstrebte, dient aktuelle Selbsthilfe in der Situation älterer Menschen meist der Förderung der Geselligkeit. Die mit dem Alter zunehmende Vereinzelung führt häufig zur Vereinsamung. Selbsthilfe in der Altenhilfe ist vorwiegend die Förderung von kommunikativen Gruppen, die sich in nachbarschaftlichen Zusammenhängen finden (z.B. Bewohnertreff). Interaktionsformen sind z.B. Altenclubs auf Quartierebene, handwerkliche Gruppen, musizierende und künstlerisch tätige Gruppen oder auch Initiativen zur Teilnahme an der Gestaltung des eigenen Quartiers. Die sog. Wissensbörsen, die in verschiedenen Städten gegründet wurden, vermitteln Angebote praktischer und informativer Art, haben damit auch einen Selbsthilfe-Charakter, wobei sie wiederum u.a. Selbsthilfegruppen fördern können.

Selbsthilfegruppen älterer Menschen in Bremen

Es hat sich gezeigt, dass manche Selbsthilfegruppen - besonders während der Anfangsphase - der Unterstützung bedürfen.

In der Stadtgemeinde bestehen **15 Selbsthilfegruppen** älterer Menschen (**Anfang 2005**) mit etwas über 1.000 Personen, die im Rahmen der Selbsthilfeförderung unterstützt werden.

Die jährliche Gesamtförderung beläuft sich auf € 27.870,--. Die Zuteilung der Mittel wird in jedem Jahr in Absprache mit dem Amt für Soziale Dienste auf die Bedarfe der Initiativen aktuell abgestimmt.

Geförderte Selbsthilfegruppen in der Stadtgemeinde Bremen

1. "Altenclub Goosestr."

Der Altenclub Goosestr. ist eine Initiative von Bewohnern der Altenwohnanlage Goosestr. Gleichzeitig sind die Bewohner der Betreuten Wohnanlage Hirschberger Str. eingeladen, sich am Geschehen in diesem Altenclub zu beteiligen. Vorrangig bietet der Altenclub Geselligkeit und Möglichkeiten der Kommunikation. Das Durchschnittsalter der Bewohner der Wohnanlagen ist gestiegen. Die Gruppe wird organisatorisch durch eine ehrenamtlich tätige Mitglieder des Wohlfahrtsverbandes unterstützt, der das benachbarte Sozialzentrum betreibt. Mit deren Unterstützung wurde auch in der Wohnanlage ein Raum mit Caféatmosphäre gestaltet. An den monatlich stattfindenden Veranstaltungen nehmen jeweils 40-55 Personen teil.

2. "Altenclub Hemelingen"

Dieser Club ist aus den älter gewordenen Besuchern des Bürgerhauses Hemelingen hervorgegangen. Seit einiger Zeit sind es ausschließlich Frauen, meist hochaltrig, die die Gruppe repräsentieren. Im Vordergrund der Clubaktivitäten stehen die Geselligkeit und Gemeinsamkeit bei Unternehmungen. Die Gruppe hat einen ausgeprägt lokalen Bezug. Durch die Unterstützung eines älteren, ehrenamtlichen Mitarbeiters des Bürgerhauses Hemelingen können wöchentlich Gruppentreffen stattfinden. Es werden Tagesausflüge unternommen und einmal jährlich eine Gruppenurlaubsreise. Bei den Gruppentreffen werden Spielenachmittage, Besichtigungen, kulturelle und politische Themen angeboten. Durchschnittlich nehmen 30-40 Frauen an den Treffen teil.

3. "Deutsches Sozialwerk (DSW) e. V."

Das Deutsche Sozialwerk ist eine Kultur-, Kommunikations- und Bildungseinrichtung für ältere Menschen, die eine Vielzahl von Veranstaltungen anbietet. Das Betreuungs- und Weiterbildungsangebot ist breitgefächert. Das Deutsche Sozialwerk unterhält eine eigene Begegnungsstätte. Durch die Förderung wird die Mietbelastung reduziert.

4. "Bewohnertreff Varreler Bäche"

Diese Selbsthilfegruppe ist auf Anregung des Amtes für Soziale Dienste 1991 entstanden und trifft sich zweimal wöchentlich. Die Schwerpunkte Geselligkeit, Aufbau sozialer Kontakte und gemeinsames Erleben sollen dem Erhalt und der Förderung gut nachbarschaftlicher Beziehungen dienen. Durchschnittlich 10-12 Personen nehmen an den Gruppentreffen teil.

5. "Nachbarschaftsinitiative Grohner Düne"

Die Nachbarschaftsinitiative Grohner Düne ist aus dem Bewohnertreff gleichen Namens hervorgegangen, der vom Amt für Soziale Dienste angeregt worden war. Die Initiative setzt sich zusammen aus Mietern der Wohnanlage. Das Gruppenziel ist die Verbesserung des Zusammenlebens der Mieter und die Identifikation der Bewohner mit ihrem Wohnquartier. Mit der Förderung werden gemeinsame Freizeitaktivitäten der Mitglieder unterstützt.

6. „Naturfreunde“ Bremen e. V.

Die Gruppe erweitert ihre Aktivitäten im Naturerleben um kreative Anteile (Malen, Singen, Musikgruppen). Es werden auch Angebote für Hochaltrige gemacht. Die jährlichen „Kimmer Kulturtage“ werden besucht (Themen: aktuelles politisches Geschehen, gesunde Ernährung, Kultur, Kunst und Natur).

7. "Nutzerrat Bispinger Str."

Hier handelt es sich um einen selbstverwalteten Treffpunkt in der Gartenstadt Vahr, Bispinger Str.; er wird besucht von Bewohnern aus dem Einzugsgebiet. Es finden Gruppenaktivitäten statt und Beratung für pflegende Angehörige. Betreut wird die Gruppe meist Hochaltriger durch Ehrenamtliche eines Wohlfahrtsverbandes.

8. "Nutzerrat Dillener Str."

Der Treffpunkt für Bewohner und Bewohnerinnen der Altenwohnanlage Dillener Straße in Rönnebeck ist aus einem Beratungsangebot eines Wohlfahrtsverbandes entstanden. Es finden Gruppenaktivitäten statt, gesellige und informelle Nachmittage; ein gemeinsamer Mittagstisch kann wahrgenommen werden. Insbesondere jüngere Mitglieder tragen das vielfältige Programm, das gerade Hochaltrigen Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht, da es in direkter Umgebung des Wohnbereiches stattfindet.

9. "Senioren-Kreativ-Telefon Bremen Nord"

Seit deutlich mehr als 10 Jahren ist in Bremen Nord eine Initiative älterer Menschen aktiv, die Informationen und Kontakte in dieser Altersgruppe vermittelt. Zunächst wurde eine Telefonkette eingerichtet, die gegenseitige und wechselseitige Hilfestellungen in der Bewältigung des Alltags vermittelt. Darüber hinaus hat sich die Initiative zu einem kleinen, informellen und durchaus effektiven Träger der Bildungs- und Freizeitarbeit für ältere Menschen in Bremen Nord entwickelt (Theaterbesuche, Literaturkreis, Ausflüge zu Kunstereignissen, Malkurse, Spieletreffs).

10. "Bürger- und Sozialzentrum Huchting" (BUS)

Das Wohngebiet ist in den 50er Jahren bezogen worden. Viele der damals jungen Mieter sind mittlerweile im Rentenalter und im Falle von eingetretener Verwitwung von Vereinsamung bedroht. Im Herbst 1993 hat das Bürger- und Sozialzentrum Huchting e.V., angesiedelt in einer ehemaligen Schulanlage, in Kooperation mit dem Amt für Soziale Dienste damit begonnen, spezifische Angebote für ältere, häufig isoliert lebende Menschen aus dem Bereich Huchting/Grolland zu entwickeln. Dabei wurden die älteren Bewohner des Stadtteils aufgesucht und auf die Angebote hingewiesen. Das Spektrum der Initiativen vor Ort ist vielfältig und bietet zahlreiche Anregungen an (ökologische Projekte, Kunstobjekte, Präsenz von Müttern mit ihren Kindern). Mittlerweile hat sich eine Gruppe älterer Menschen zusammengefunden, die sich regelmäßig wöchentlich im Bürger- und Sozialzentrum trifft und unter sozialpädagogischer Begleitung unterschiedliche Aktivitäten plant und durchführt. In Selbsthilfe wird ein monatlicher Tanztee veranstaltet.

11. "Wissensbörse"

Die Wissensbörse ist eine Vermittlungsstelle zwischen älteren Menschen, die ihr Wissen, ihre Erfahrungen und Fähigkeiten anbieten und Menschen, die etwas wissen, erfahren oder kennen lernen wollen. Es sollen damit Kontakte und Zusammenarbeit zwischen den Generationen gefördert und einer Vereinsamung - insbesondere von älteren Menschen - entgegengewirkt werden. Die Arbeit der Wissensbörse versteht sich als Hilfe und Anstoß zur Selbsthilfe und wird mit zunehmendem Bekanntheitsgrad immer mehr angenommen. Ein nach außen sichtbares Produkt ist der ‚Börsenbrief‘, der Angebote und Nachfragen nach Themen darstellt.

12. "Seniorenwerkstatt Egestorff-Stiftung"

Auf dem Gelände der Egestorff-Stiftung Altenheim im Bremer Osten befindet sich eine sog. Senioren-Werkstatt, die von Bewohnern der Stiftung und von Bürgern der direkten Umgebung frequentiert wird. Dort finden Aktivitäten unterschiedlicher Art statt (Theater-, Foto- und Musikgruppen, Selbstverteidigungskurse für ältere Menschen, handwerkliche Gruppen). Die Senioren-Werkstatt pflegt Kontakte mit den Schulen der Nachbarschaft und gestaltet mit diesen Aktivitäten. So wurde zum Beispiel im Parkgelände mit dem gemeinsamen Bau einer Holzbrücke ein aufwendiges Projekt realisiert, wobei ökologische Aspekte eine große Rolle spielten. Eine gemeinsame Theatergruppe realisiert kleine Aufführungen, die der Kommunikation zwischen alt und jung dienen. Die Seniorenwerkstatt engagierte sich bei der Realisierung eines Kneipp-Pfades, der öffentlich zugänglich auf dem Stiftungsgelände eingerichtet wurde. Die Seniorenwerkstatt pflegt eine enge Kooperation mit einer auf dem Stiftungsgelände benachbarten Umweltwerkstatt.

13. „Leben in Grohn e. V.“ / Gruppe älterer Migrantinnen in der Wohnanlage Grohner Düne

Die Initiative „Leben in Grohn e. V.“ unterstützt eine Gruppe älter gewordener Migrantinnen, aus der Wohnanlage Grohner Düne. Die Situation ist für die erste Generation im Alter mit großen Orientierungsproblemen behaftet. Die Perspektive des Älterwerdens und die damit einhergehende, zunehmende Wahrscheinlichkeit des Unterstützungsbedarfes ist für die älteren Migrantinnen, die aus kulturell tradierten Gründen wenige oder gar keine Deutschkenntnisse aufweisen, mit einer hohen Schwelle bei der Beschaffung von Hilfen verbunden. Die Gruppe hat in ihrer Orientierung Selbsthilfefecharakter, wird aber muttersprachlich betreut und informiert.

14. "Gesprächskreis Arche"

Aus den Teilnehmerinnen von Kurmaßnahmen in kirchlichen Einrichtungen hat sich eine Gruppe gebildet, die Anregungen aus der Kur aufgegriffen hat. In der Gesundheitsmaßnahme hatten die Teilnehmerinnen es als für ihre jetzige Lebenssituation hilfreich erfahren, wenn sie ihre häufig sehr belasteten Biographien unter dem Aspekt 'ähnliche Erfahrungen' reflektierten. Nachdem bisher genutzte Räume nicht mehr zur Verfügung stehen, sichert das kostengünstige Angebot einer Kirchengemeinde für einen Gruppenraum der Gruppe die Fortführung ihres Gesprächskreises. Um unabhängig von dem teilweise geringen Einkommen die Teilnahme aller Mitglieder zu ermöglichen, wird die Gruppe über die Mietzahlung gefördert. Wenn die erforderliche Unterstützung in ihrer Höhe auch eher gering ist, so hat sie doch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, denn es wird damit der inhaltliche Aspekt der Gruppentreffen anerkannt und gewürdigt.

15. „Interkulturelle Begegnung in einer Altenwohnanlage - Zentrum für Migranten und Interkulturelle Studien e.V. (ZIS)“

Der Träger einer größeren Wohnanlage für ältere Menschen hat den lokal festgestellten Bedarf an Altenwohnungen für alt gewordene Arbeitsmigranten und –migrantiinnen mit der Bereitstellung von 13 Wohnungen beantwortet, die nach besonderen Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe (hier: insbesondere türkischer Nationalität) ausgestattet sind. Baulich sind diese Wohnungen der Gesamtwohnanlage angegliedert. Sie gewähren einen nachbarschaftlichen Kontakt innerhalb einer Bevölkerungsgruppe, deren Integration weiterhin eine sozialpolitische Aufgabe darstellt. Diese wird gefördert durch soziale Kontakte zur deutschen Bevölkerungsgruppe in der Wohnanlage. Mit dem Bezug wurde Ende 2004 begonnen; im Mai 2005 waren bis auf zwei alle Wohnungen vergeben. Der Träger der Wohnanlage hat einen Kooperationsvertrag mit einer Initiative der interkulturellen Arbeit geschlossen, die in der Wohnanlage eine Beratungsstelle für die türkische Bewohnergruppe betreibt und den integrativen Aspekt durch eine kleine Begegnungsstätte im gleichen Gebäude verfolgt. Die Begegnungsstätte steht der Bevölkerung des Stadtteils offen. Die Selbsthilfeförderung unterstützt den interkulturellen Aspekt.

Selbsthilfegruppen in der Stadtgemeinde Bremen (2004/2005)		
Initiative	ehrenamtl. Tätigkeit/ engagiert. Mitglieder	erreichte Personen
1) Altenclub Goosestraße	2	30-50
2) Altenclub Hemelingen	2	30-40
3) Deutsches Sozialwerk	10	ca. 60-100
4) Bewohnertreff Varreler Bäke	2	20-25
5) Nachbarschaftsinitiative Grohner Düne	2	10-15
6) Die Naturfreunde-Altenarbeit	12	40-50
7) Nutzerrat Bispinger Straße	5	40-50
8) Nutzerrat Dillener Straße	5	30-50
9) Senioren-Kreativ-Telefon Bremen-Nord	14	150-300
10) BUS - Bürger-u. Sozialzentrum Huchting	10	25
11) Wissensbörse	15	500
12) Seniorenwerkstatt Egestorff-Stiftung	5-10	ca. 50
13) Leben in Grohn / Migrantinnengruppe	2	15
14) Gesprächskreis Arche	2	12
15) Interkulturelle Gruppenarbeit / ZIS	4	20-30
gesamt	ca. 90	ca. 1.100

Die Häufigkeit der Treffen ist sehr unterschiedlich, bei den Clubs variierten die Treffen von einmal bis viermal in der Woche; die Wissensbörse, Deutsches Sozialwerk, Senioren-Kreativ-Telefon und Seniorenwerkstatt haben täglich Angebote bzw. Erreichbarkeit. Die Mittel werden überwiegend für Sachausgaben (ca. 80%) benötigt.

Die Förderung erfolgt nach den **Allgemeinen Bestimmungen zur Förderung der Selbsthilfe** von 1988. Dort ist festgelegt, dass Selbsthilfe grundsätzlich politisch, fachlich und materiell zu fördern ist. Die Selbsthilfeförderung soll sich gegenüber den bestehenden Strukturen der Selbsthilfe und ihrer Organisationsformen weitestgehend neutral verhalten. Vorrangiges Ziel der Förderung ist eine Unterstützung der Lebenswelt bezogenen, gegenseitigen Hilfe Betroffener (siehe Anlage, Allgemeine Bestimmungen zur Förderung von Selbsthilfe).

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Selbsthilfe ist eine wesentliche Form der Betätigung älterer Menschen zur Lösung von Problemen auf lokaler Ebene. Vor Ort lassen sich schnell Gemeinsamkeiten der Bedarfssituation definieren. Vereinsamung z.B. in einem Wohnblock ist ein häufig vorkommendes Problem.

Die Initiierung einer Gruppe, die sich nachbarschaftlich beispielsweise in einer lokalen Begegnungsstätte trifft, kann bei der Vermeidung von Folgen der Vereinsamung (Depressionen, Flucht in Krankheit) helfen, indem die Inanspruchnahme von kommunikativen Angeboten verschiedenster Art gefördert wird. In Beratungsgesprächen des regionalen Sozialdienstes wird Einsamkeit als häufiges Problem genannt.

Den kommunalen Sozialdiensten kommt eine Schlüsselstellung bei der Definition von geeigneten Angeboten und bei der Planungshilfe zu. Mit einem gemeinwesenorientierten Ansatz kann die Integration älterer Menschen in ihren Stadtteil unterstützt werden, nicht zuletzt mit einer Altersgruppen übergreifenden Herangehensweise. Handwerklich orientierte Gruppen sind geeignet, neben der Verwirklichung individueller Gestaltungsvorstellungen auch nachbarschaftliche Bedarfe, z.B. bei Kleinreparaturen, zu beantworten. Vorhandene Kapazitäten im Bildungs- und im musischen Bereich mögen Anregungen für andere sein, eigene Betätigungsversuche zu unternehmen oder einfach nur von Kenntnissen zu profitieren, indem Vorträge besucht werden. Erfolgserlebnisse durch Betätigung oder auch nur auf Rezeptionsebene im nachbarschaftlichen Umfeld sind geeignet, die Identifikation mit dem eigenen Quartier zu fördern. Sie dienen damit der sozialen Einbindung des älteren Menschen in sein Umfeld.

Die Förderung von Selbsthilfepotentialen gehört zu den expliziten Zielbestimmungen Bremischer Altenpolitik. Sie soll dazu beitragen, den Gestaltungswillen und die Schaffensfreude älterer Menschen an-

zuregen und gleichzeitig Möglichkeiten freier und eigenverantwortlicher Entfaltung im persönlichen wie im sozialen Bereich zu eröffnen (Vgl. Altenpolitische Leitlinien).

Der Umfang des freiwilligen sozialen Engagements hat ein weiteres deutliches Entwicklungspotential. Die Handlungsmöglichkeiten der älteren Generation ließen, sofern sie sich aktivieren ließen, ein zusätzliches Engagement in nennenswertem Umfang zu. Im internationalen Vergleich der Industrieländer hat die Bundesrepublik Deutschland den bei weitem geringsten Anteil nachberuflichen Tätigkeitsengagements in der Altenbevölkerung. Ca. 67.000 Personen in Bremen sind zwischen 60 und 69 Jahre alt und gehören somit zu den "jungen Alten", denen nach Wegfall der Berufstätigkeit ausreichend Zeit für ehrenamtliche Tätigkeit zur Verfügung stünde. Dennoch bleiben die realen Zahlen noch hinter den theoretischen Möglichkeiten zurück, wie auch Berichte aus den Wohlfahrtsverbänden, den Selbsthilfegruppen und z.B. den Begegnungsstätten zeigen.

Die Gründe hierfür sind nur z.T. bekannt. Unstreitig ist, dass die Formen der ehrenamtlichen sozialen Betätigung sich mit dem Wandel der Normen und Werte in der Gesellschaft verändern müssen. In der Fachliteratur wird z.B. zwischen "altem" und "neuen" Ehrenamt unterschieden. Als Kernbegriffe des alten Ehrenamtes gelten "Pflichterfüllung und Selbstlosigkeit", während zentrale Merkmale des neuen Ehrenamtes die "Verwirklichung individueller Wünsche und Zielsetzungen" seien, verbunden mit der Möglichkeit des Austausches über das eigene Handeln. Weitere wichtige Kennzeichnungen des "neuen Ehrenamtes" liegen in der Erwartung eines gegenseitigen Gebens und Nehmens der Beteiligten, in der Annäherung von fachspezifischen Kompetenzen von Haupt- und Ehrenamt und in der Erwartung eines finanziellen Ausgleichs für eigene Aufwendungen. Erwartet wird zudem nicht nur Anerkennung innerhalb der jeweiligen Gruppe/Institution, sondern auch von außen.

Mit Förder- und Unterstützungskonzepten wird das Freiwilligenengagement bereits als Teil der (Alten-) Politik gewürdigt. Mit öffentlichen Veranstaltungen (Seniorentage) wird das Erreichte präsentiert und für weitere Ideen und Betätigungsmöglichkeiten geworben.

In der Praxis lassen sich einige Ursachen für Verstetigungsprobleme bei der Gruppenarbeit älterer Menschen identifizieren:

- die Vorteile der Vereinsgründung als Impuls für eine Stabilisierung der Aktivitäten und auch zur Spendeneinwerbung werden nicht überall gesehen;
- die Gruppenperspektive ist häufig an die Ergebnisse der Aktivität besonders engagierter Mitglieder gebunden. Die sind häufig die Gründungspersonen, bei deren - meist altersbedingtem - Ausscheiden die Gruppenexistenz gefährdet werden kann;
- altershomogene Gruppen sind seltener in der Lage, aus ihren Reihen Ersatz für ausfallende oder ausscheidende Mitglieder mit Organisationsauftrag zu stellen.

Es gibt vielversprechende Ansätze für Lösungen dieser Probleme:

- Bei einigen 'gealterten' Gruppen haben sich Patenfunktionen bewährt: Eine Gruppe - z.B. eine Nachbarschaftsinitiative - bleibt bestehen, auch wenn bislang maßgeblich engagierte Gruppenmitglieder ausgefallen sind; der Gruppenbetrieb wird unterstützt durch engagierte jüngere Menschen mit einer Verantwortungshaltung gegenüber den älteren Menschen und mit Spaß am Engagement.
- Das Engagement von sehr viel jüngeren Menschen - aus der Enkelgeneration - belebt die Aktivitäten der Gruppe, z.B. über gemeinsame Theater- oder Umweltprojekte.
- Jüngere Menschen vermitteln älteren Kenntnisse zur Nutzung der elektronischen Medien.

Förderung des Austausches der Gruppen untereinander

Örtliche Veranstaltungen zum gegenseitigen Kennenlernen von Alt und Jung

Mehrere Beispiele dieser Art ermutigen dazu, den generationen-übergreifenden Ansatz zu vertiefen, indem die jüngeren Generationen angeregt werden, den älteren Menschen in ihrer Nähe ihre Unterstützung anzubieten und damit auch die Chance wahrzunehmen, von den Erfahrungen und Kenntnissen der älteren Generation zu profitieren. Die gegenseitige Kenntnis der jeweiligen Lebenslage wird gefördert; Anlässe für gemeinsame Aktivitäten werden sich herausstellen. Mit bereitgestellter Unterstützung werden sich auch diejenigen ältere Menschen für ein Engagement entschließen, die etwas anzubieten haben, aber infolge einer negativen Selbsteinschätzung aufgrund physiologischer Einschränkungen die Umsetzung von Ideen nicht wagen.

Anlage 1

Allgemeine Bestimmungen zur Förderung von Selbsthilfe

Der Senator
für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
Bereich Gesundheit, Jugend und Soziales

Allgemeine Bestimmungen zur Förderung von Selbsthilfe

(Auszüge)

1 Grundsätze

- 1.1 Selbsthilfe ist grundsätzlich politisch, fachlich und materiell zu fördern. Um eine ressortübergreifende Abstimmung dieser Förderung unter Beteiligung der Betroffenen zu erreichen, wird eine neue Förderkonzeption erprobt. Hierfür stehen Haushaltsmittel und Wettmittel zur Verfügung.¹⁾
- 1.2 Die Selbsthilfeförderung soll sich gegenüber den bestehenden Strukturen der Selbsthilfe und ihrer Organisationsformen weitestgehend neutral verhalten. Durch die Förderkonzeption regelnd auf die Organisationsstrukturen zu wirken, würde diesem Grundsatz widersprechen.
- 1.3 Selbsthilfe bedeutet aktive Mitwirkung bei der Lösung von Problemen und ist nicht gleichzusetzen mit finanzieller Eigenbeteiligung. Selbsthilfeförderung folgt dabei dem Prinzip der Subsidiarität. Sie darf aber nicht dazu führen, daß sich der Staat und die Kommunen aus ihrer gesellschaftspolitischen Verantwortung für die Schaffung leistungsfähiger Rahmenbedingungen für eine zukunftsorientierte Sozial- und Gesundheitspolitik in mehr oder weniger großen Bereichen zurückziehen. Selbsthilfe darf daher nicht als Forderung nach Ersatz staatlicher Dienstleistungen mißverstanden werden.
- 1.4 Ziel der Förderung von Selbsthilfe ist eine Unterstützung der lebensweltbezogenen gegenseitigen Hilfe Betroffener.
- 1.5 Dabei soll Selbsthilfe insbesondere
das Zusammenleben gesunder und kranker, behinderter und nicht behinderter Menschen fördern,
 - zu mehr Miteinander von alten und jungen Menschen beitragen sowie die Lebensqualität der älteren Generation absichern helfen,
 - zur Veränderung der gesellschaftlichen Situation von Frauen und zu ihrer Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen beitragen,
 - das Zusammenleben von und mit ausländischen Mitbürgern und Mitbürgerinnen fördern,
 - der Überwindung der Vereinzelung dienen,
 - (...)
 - das Gesundheitsbewusstsein fördern,
 - Benachteiligung und Diskriminierung abbauen.
- 1.6 Selbsthilfegruppen, -projekte und -initiativen sollen, soweit möglich, regionale Bedürfnisse berücksichtigen.

¹⁾Haushalts- und Wettmittel werden gegenüber den antragstellenden Gruppen in bezug auf das Beteiligungsverfahren und - soweit möglich - abrechnungstechnisch gleich behandelt. Die Gruppen werden an der allgemeinen Rahmenplanung zur Festlegung des gesamten Haushalts- und Wettmittelkontingents zur Förderung von Selbsthilfe beteiligt.

- 1.7 Finanzielle Förderung von Selbsthilfe soll dazu dienen, Start- und Überbrückungsprobleme mit zu überwinden sowie bei laufenden Kosten Zuschüsse zu Sachkosten und Honorarkosten zur Verfügung zu stellen. Personalkosten (feste Stellen) können im Rahmen der Selbsthilfeförderung grundsätzlich nicht übernommen werden.
- 1.8 Selbsthilfeförderung darf kein Instrument der Ausgrenzung werden. Gefördert wird immer das konkrete Vorhaben und nicht eine bestimmte Form des Zusammenschlusses. Unbeschadet einer Drittmittelförderung ist die Bemühung um solidarische Bewältigung von Arbeitslosigkeit also förderungsfähig. Dieses gilt ausdrücklich auch für die "Selbst-Organisierten Projekte" (SOP). Auch diese bedürfen der Unterstützung:
- Selbst-Organisierte Projekte zeichnen sich durch ihre Verbindung zwischen "neuer" Professionalität und persönlicher Betroffenheit aus. Sie erbringen soziale oder gesundheitliche Dienstleistungen für sich und andere gleichermaßen Betroffene. Sie arbeiten unter Mitwirkung Betroffener, die entscheidenden Einfluß auf die Aktivitäten des Projektes haben.
- 1.9 Das Antrags- und das Abrechnungsverfahren sollen so einfach wie möglich gestaltet werden. Sachkosten, die nicht im einzelnen nachgewiesen werden können (z. B. einzelne Telefongespräche), müssen glaubhaft gemacht werden. In jedem Fall ist vom Antragsteller der Einsatz angemessener eigener Mittel bzw. Leistungen zu verlangen.

(...)

Beratung und Adresse für die Antragsstellung für die Zielgruppe ältere Menschen:

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
Referat Ältere Menschen
Eberhard Piltz 400-52-2
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

Tel. 0421/361-2888
Fax 0421/361-2275

E-Mail Eberhard.Piltz@soziales.bremen.de

(...)

Anlage 2 Antrag

FÖRDERUNG DER SELBSTHILFE ÄLTERER MENSCHEN IN DER STADTGEMEINDE BREMEN

Bezeichnung der Selbsthilfegruppe	
Antragsjahr	

FINANZIERUNGSPLAN / Ausgaben		
		€
Sachkosten:	€	
Porto, Tel.		
Büromaterial		
Fahrtkosten		
Veranstaltungen		
Anschaffungen		
Summe/Sachkosten		
Honorare		
Miete u. Nebenkosten		
Sonstiges (Zweck bitte angeben)		
SUMME / AUSGABEN *		

FINANZIERUNGSPLAN / Einnahmen	
	€
Teilnahmebeiträge	
Spenden	
Förderungsbedarf	
SUMME / EINNAHMEN *	

Unterschrift (mit Datum)

* Summe/Ausgaben und Summe / Einnahmen müssen deckungsgleich sein.

1.3. Begegnungsstätten

A – IST Beschreibung

Bereits seit 1960 bestehen in der Stadtgemeinde Bremen Begegnungsstätten. Sie zählen zu dem ältesten Einrichtungstyp der offenen Altenhilfe. Mit diesen Einrichtungen werden für ältere Menschen Treffpunkte und Räume vorgehalten, in denen deren Bedürfnissen nach Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben Rechnung getragen wird. Gemeinschaftliches und geselliges Leben unterstützt durch Angebote dieser Art hat eine besondere gesundheitsfördernde Bedeutung, da Einsamkeit und Isolation älterer Menschen entgegengewirkt wird. Die Angebote der Begegnungsstätten berücksichtigen drei Aspekte die auf eine große Zahl der älteren Bevölkerung zutreffen: Die Feminisierung, die Singularisierung und die Hochaltrigkeit.

In der Stadtgemeinde standen im Jahr 2004 älteren Menschen 35 Begegnungsstätten mit einem umfangreichen Programmangebot zur Verfügung. Im Jahr 2004 waren die Begegnungsstätten auf folgende Träger verteilt:

Träger der Begegnungsstätten 2004

AWO / Bürgerhäuser	23
Verein Innere Mission	6
Parität. Gesellschaft	1
DRK Bremen	2
DRK Bremen Nord	1
LAB	1
Insgesamt	34

Drei der Begegnungsstätten sind in Bürgerhäuser integriert. Inzwischen hat die AWO die Begegnungsstätte Ohlenhof an das Nachbarschaftshaus „Helene Kaisen“ und die Begegnungsstätte Oslebshausen an das Bürgerhaus übertragen; das Bürgerhaus Weserterrassen hat die Begegnungsstätte Weserterrassen übernommen. Die kommunale Begegnungsstätte Haferkamp ist im Juli 2004 in die Trägerschaft des DRK übergegangen.

Gegenüber dem Jahr 2002 hat sich die Anzahl um zwei Begegnungsstätten verringert. Seit Ende 2003 ist die Begegnungsstätte Fährquartier in Bremen Nord geschlossen; ebenso geschlossen wurde Ende März 2004 die Begegnungsstätte Lesum, für deren Besucher in der Begegnungsstätte Grambke das Programm erweitert wurde.

Die einzelnen Begegnungsstätten weisen beträchtliche Unterschiede auf; diese betreffen vor allem die räumliche und personelle Ausstattung und prägen Möglichkeiten und Grenzen des Angebotes maßgeblich. Gemeinsam sind ihnen feste Öffnungszeiten, eine bestimmte Angebotsstruktur mit einem regelmäßigen Angebot für ältere Menschen, eigene Räumlichkeiten und hauptamtliches Personal für die Leitung einer Begegnungsstätte.

Förderung der Begegnungsstätten

Die Träger der Begegnungsstätten erhalten für den Betrieb Zuwendungen, die durch Verträge geregelt sind. In den letzten Jahren musste die Förderung der Begegnungsstätten kontinuierlich reduziert werden. Für den Zeitraum 2001 – 2005 wurden auf der Basis einer jährlichen Kürzung um 3,023% in den Zuwendungsverträgen folgende Fördersummen festgelegt:

Zuwendungen Begegnungsstätten 2001 – 2005

2001	2002	2003	2004	2005
1.372.819€	1.332.430 €	1.292.140 €	1.253.080 €	1.215.200 €

Nach den Veränderungen in der Trägerschaft der Begegnungsstätten stellt sich im Jahr 2005 die Verteilung der Förderung der Begegnungsstätten folgendermaßen dar:

Zuwendungen Begegnungsstätten 2005

Träger	Zuwendungen 2005	Anzahl BGSt
AWO	770.186 €	20
Innere Mission	191.527 €	6
DRK	97.045 €	2
DRK Nord	41.678 €	1
LAB	45.000 €	1
Parität. G.	36.850 €	1
Bürgerhaus Weserterrassen.	22.521 €	1
Bürgerhaus Oslebshausen	22.126 €	1
Nachbarschaftshaus Ohlenhof	25.100 €	1
Insgesamt	*1.252.033 €	34

(* Incl. BGSt Haferkamp – seit 2004 in Trägerschaft des DRK)

Mit den Zuwendungen werden keinesfalls alle Kosten für den Betrieb einer Begegnungsstätte gedeckt; um ein umfangreiches Angebot mit einer hauptamtlichen Leitung aufrecht zu erhalten, sind weitere Eigenmittel des Trägers in größerem Umfang erforderlich.

Aufgaben der Begegnungsstätten

In den für die Jahre 2000 bis 2005 bestehenden Zuwendungsverträgen wurden die Aufgaben der Begegnungsstätten im Einzelnen festgelegt:

- die Organisation, bzw. Durchführung von Informations- und Bildungsangeboten für ältere Menschen,
- die Organisation, bzw. Durchführung verschiedener Freizeitaktivitäten, z.B. auch im Bereich der Gesundheitsförderung,
- die Beteiligung älterer Menschen an der Planung, Gestaltung und Durchführung der Angebote und Programme für ältere Menschen,
- die Förderung und Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement und von Selbsthilfegruppen,
- die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Initiativen im Stadtteil,
- die Beratung älterer Menschen.

In den Anlagen zu den Zuwendungsverträgen werden diese Aufgaben näher beschrieben. Träger von Begegnungsstätten und die einzelnen Begegnungsstätten haben den Auftrag:

- für alte Menschen Räume und Treffpunkte vorzuhalten und die zwischenmenschliche Begegnung, Unterhaltung und Geselligkeit zu fördern,
- monatlich ein Programm zu erstellen und die Besucher an der Erstellung des Programms zu beteiligen,
- Informations- und Bildungsangebote über lebenspraktische und gesellschaftliche Fragen zu organisieren und durchzuführen,
- Gesprächskreise zu initiieren und zu begleiten,
- Freizeitaktivitäten durchzuführen,
- Hilfestellungen zu geben, die der Vorbereitung auf das Altern dienen,
- die nachbarschaftliche Begegnung, die Hilfe zur Selbsthilfe und das soziale Engagement zu fördern,
- Information und Hilfe bei persönlichen Problemen zu geben und Hilfen anderer sozialer Dienste zu vermitteln,

- die Selbständigkeit und Mobilität alter Menschen zu fördern,
- einen Ältestenrat oder ein Begleitgremium zu bilden, das die Interessen der Besucher der Begegnungsstätte vertritt, die Arbeit dieses Gremiums anzuleiten, zu begleiten und zu unterstützen,
- mit anderen Initiativen, Vereinen und Einrichtungen im Stadtteil zu kooperieren.

Angebot – Programm – Öffnungszeiten

Das Spektrum der Angebote in den einzelnen Begegnungsstätten ist sehr weit gestreut und vielfältig. Die als Anlage 1 beigefügte Programmübersicht ist nicht vollständig; sie stellt die wesentlichen Angebote dar und basiert auf einer Auswahl der Monatsprogramme vom Frühjahr 2004. Zur Ausführung der Programmgestaltung ist in den Zuwendungsverträgen lediglich festgelegt:

„Die Begegnungsstätten sollen wöchentlich mindestens an 5 Tagen geöffnet sein; für einen wöchentlichen Öffnungstag ist ein Programm vorzulegen.“

Bei der Darstellung des Angebotes der Begegnungsstätten wurden folgende Angebotsarten unterschieden:

- Begegnung, Geselligkeit, Treffpunkte, Selbsthilfe
- Gesundheitsförderung, Bewegung
- „Freizeitangebote“, Exkursionen, Außer-Haus-Aktivitäten
- Bildung, Kultur, Gespräch
- Programm(nachmit)tag

Für die Mehrzahl der Begegnungsstätten spielt der wöchentliche **Programmtag** eine zentrale Rolle. Das Programm dieses Tages, bzw. Nachmittags ist sehr unterschiedlich. In dem Spektrum der Programmangebote vertreten sind: Ausflugsfahrten, Geburtstagsrunden, Vorträge zu verschiedenen Themen, Feste (je nach Jahreszeit, z.B. Faschingsfeiern), Konzerte, Lesungen, Besichtigungen, Museumsbesuche, Schlemmernachmittage, gemeinsames Essen, Modenschauen, Aktuelle Tischrunden – Berichte vom Ältestenrat, bunte Nachmittage, Klönnachmittage, Theater- und Konzertbesuche, Gedächtnistraining u.a.m.

Der **Programmtag** ist für die Arbeit der Begegnungsstätten insofern von zentraler Bedeutung, als er für alle Besucher/innen ein offenes Angebot darstellt; er ist für sie eine wichtige Orientierung. Es treffen sich nicht nur die Stammbesucher/innen, die Besucher/innen der einzelnen Gruppen, sondern es werden auch neue Besucher/innen angesprochen. Ihnen wird die Möglichkeit eröffnet, die Begegnungsstätte kennen zu lernen. Durch eine entsprechende Gestaltung des Programmtages wird auch versucht, die Hochbetagten zu erreichen. Für die Leitung der Begegnungsstätte ist die Durchführung des Programmtages nicht selten eine große Herausforderung.

Fast alle Begegnungsstätten haben außerdem neben den üblichen Öffnungszeiten täglich unter der Woche verschiedene Angebote. Die Angebote sind zum Teil offen, zum Teil sind es feste Gruppen, die für eine bestimmte Zeit zusammen arbeiten oder an einem Kurs teilnehmen. In allen Begegnungsstätten spielen die Treffen zum gemeinsamen Spiel eine große Rolle. Der Charakter der Angebote ist unterschiedlich; z.T. handelt es sich um Aktiv- oder Interessengruppen, die auch von Stammbesucher/innen selbst geleitet und gestaltet werden. Neben den wöchentlichen **Geselligkeitsangeboten** wie gemeinsames Mittagessen, Frühstück, Kaffeetrinken und Spiel sind auch jahreszeitliche Feiern (Fastnacht, Geburtstagsrunden, Weihnachtsfeiern u.a.m.) von großer Bedeutung.

In den Zuwendungsverträgen wird bei der Organisation und Durchführung verschiedener Freizeitaktivitäten der Bereich der Gesundheitsförderung hervorgehoben. Die Angebote der **Gesundheitsförderung** und **Bewegung** sind umfangreich und sehr differenziert in vielen Begegnungsstätten. Sie erfreuen sich großer Beliebtheit. Für viele Angebote bestehen Wartelisten. Diese Angebote haben eine besondere Bedeutung für den Erhalt der Mobilität älte-

rer Menschen; sie sind wohnortnah und altengerecht gestaltet. Ein generationenspezifischer Zugang zu den Angeboten gewährt Schutz und Ermunterung beim Umgang mit dem Schmerz von Verlusten. Viele Kurse in diesem Bereich sind auch zum Schnuppern, zum Kennenlernen einer Begegnungsstätte geeignet.

Freizeitangebote, wie **Basteln**, **Malen** oder auch **Singen** werden oft auch von Besucher/innen der Begegnungsstätte initiiert und geleitet.

Umfangreich sind auch die Angebote im Bereich von **Information**, **Bildung** und **Kultur**. Es handelt sich dabei um Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen, um Sprachkurse,

- In einigen Begegnungsstätten der AWO wurde versucht, offene Gruppen für **ältere Migranten/innen** aufzubauen. Die Gruppenarbeit mit älteren Migranten/innen war in ein umfangreiches Projekt der AWO „Projektarbeit mit älteren Migranten“ mit dem Schwerpunkt Altwerden in Deutschland integriert. Der Aufbau der Gruppenarbeit erwies sich als schwierig; eine Integration der geplanten Arbeit in das Programm der Begegnungsstätten auf Dauer konnte nicht erzielt werden. In der Begegnungsstätte Ohlenhof im Nachbarschaftshaus wird erneut auf verschiedenen Wegen eine interkulturelle Öffnung der Einrichtung angestrebt.
- Das **Kunst-Cafe mobil** ist ein neues Projekt der AWO, das in Kooperation mit der Kunsthalle entwickelt wurde. Vom museumspädagogischen Dienst wird ein Angebot einer Kunstpräsentation entwickelt und den Besucher/innen in den Begegnungsstätten an verschiedenen Standorten präsentiert.
- „**Gemeinsam statt einsam**“ ist der Titel eines neuen Projektes des Bürgerhauses Wersterrassen. Es handelt sich wie bei dem Projekt „**Cafe Generation**“ um ein generationenübergreifendes Projekt. Während bei dem ersten Projekt u.a. ein Betreuungsservice aufgebaut wird, steht bei dem Projekt „Cafe Generation“ die Begegnung von zwei Generationen im Vordergrund.

Diese Auflistung ist beispielhaft; es gibt auch in anderen Begegnungsstätten weitere neue Angebote und Formen der Angebotsgestaltung. Es dauert in der Regel eine Weile bis ein neues Angebot eingerichtet werden kann und auch von mehreren Besucher/innen angenommen wird. Neue Gruppenangebote haben oft die Funktion eines Türöffners; das gilt oft auch für Gruppenangebote von Fremdnutzern der Begegnungsstätte, deren Angebote von jüngeren Alten besucht werden. In der Anlage 1 sind die Gruppen, die Räumlichkeiten der Begegnungsstätten nutzen, nur unvollständig erwähnt. Einige der Fremdnutzer-Gruppen haben auch einen inhaltlichen Bezug zur Begegnungsstättenarbeit.

Hilfen zur Alltagsbewältigung werden in der Begegnungsstätte in vielfältiger Form gegeben. Die Gewissheit, einen vertrauten Menschen zu treffen und mit diesem ein Problem erörtern zu können, ist für viele ältere Menschen wichtig. Begegnungsstätten haben die Aufgabe, Information und Hilfe bei persönlichen Problemen zu geben und Hilfen anderer Dienste zu vermitteln. Das Angebot einer **Beratung** zu festen Sprechzeiten ist die Ausnahme; in einigen Begegnungsstätten findet Beratung nach Vereinbarung statt; meistens ergeben sich Gespräche mit beratendem Charakter bei den verschiedensten Gelegenheiten. Neben der professionellen Unterstützung beinhaltet die nachbarschaftliche Begegnung Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Beteiligung der Besucher/innen **Der Ältestenrat - Ehrenamtliches Engagement**

Ehrenamtliche Arbeit ist Bestandteil und Voraussetzung des Betriebes und Angebots einer Begegnungsstätte. An der Gestaltung des Programms und der Organisation des Tagesablaufes sind in jeder Begegnungsstätte Ehrenamtliche beteiligt. Im Jahr 2002 wurden in allen Begegnungsstätten insgesamt 394 ehrenamtliche Mitarbeiter/innen gezählt, im Jahr 2003 waren es 386 Mitarbeiter/innen, die sich kontinuierlich engagiert haben; die Mehrzahl der Ehrenamtlichen waren Frauen (76 %). Die Anzahl der Ehrenamtlichen variiert in den einzelnen Begegnungsstätten zwischen zwei und 35 Mitarbeitern/innen (s. Anlage 5 Personal). Insgesamt betrachtet waren im Jahr 2002 5,7 % und im Jahr 2003 6 % der Stammbesucher/innen ehrenamtlich engagiert.

Begegnungsstätten- mit den meisten Ehrenamtlichen im Jahr 2003

	Stammbesucher/ innen	Ehrenamtliche	Personal	Honorar- stunden
Johanniterhaus	336	33	30	156
Haferkamp	271	23	38,5	430
Hoppenbank	239	22	38,5	484
Oslebshausen	108	21	15	21
Münchener Str.	257	20	30	195
Rönnebeck	395	19	22	287
Ohlenhof	206	18	15	430
Blumenthal	180	16	25	233

In vielen Einrichtungen kommt das breit gefächerte Programmangebot und eine Erweiterung der Öffnungszeiten nur durch die Bereitwilligkeit zum Engagement der Ehrenamtlichen zu Stande. Für die Leitung der Begegnungsstätten ist es eine wichtige Aufgabe, ehrenamtliche Mitarbeiter/innen zu gewinnen, anzuleiten, zu begleiten und zu unterstützen. Erforderlich ist Zeit für Zuwendung, zur Motivierung, zum Erfahrungsaustausch und zur Unterstützung bei der Lösung von Problemen und Konflikten. In der Regel sind in denjenigen Begegnungsstätten mehr Ehrenamtliche anzutreffen, in denen die Stundenpräsenz der Leitung größer ist.

Es wird immer wieder berichtet, dass es nicht leicht sei, neue Ehrenamtliche zu finden und zu behalten. Viele ältere Menschen machen hier ihre ersten Erfahrungen mit ehrenamtlicher Arbeit. Ehrenamtliche Arbeit in den Begegnungsstätten besteht sowohl in erster Linie in tatkräftiger Mithilfe; die Übernahme eigenständiger größerer Aufgaben ist nicht die Regel. Mit geringerer Präsenz der Begegnungsstättenleitung vor Ort (durch Stundenreduzierung oder Doppelleitung bedingt) reduziert sich auch das Potenzial ehrenamtlicher Kräfte, weil sie nicht mehr angeleitet und begleitet werden können. Unter den jüngeren Alten neue Ehrenamtliche zu gewinnen, ist schwierig; diese Menschen sind häufig nur punktuell zur Mitarbeit bereit; sie wollen oder können aus verschiedenen Gründen keine Verbindlichkeiten eingehen und regelmäßig mitarbeiten.

Der Kooperation mit den Ehrenamtlichen wird seitens der Leitung und der Träger der Begegnungsstätten ein hoher Stellenwert beigemessen. Durch gemeinsame Veranstaltungen, Ausflüge oder Blumengeschenke werden auch weitere Beiträge zur Anerkennung der Leistungen der Ehrenamtlichen erbracht.

Der Ältestenrat

Die Träger von Begegnungsstätten haben den Auftrag, für jede Begegnungsstätte einen Ältestenrat oder ein Begleitgremium zu bilden, das die Interessen der Besucher der Begegnungsstätte vertritt; zu dem Auftrag gehört auch, die Arbeit dieses Gremiums anzuleiten, zu begleiten und zu unterstützen. Dieses Gremium wird von den Stammbesuchern gewählt. Die Anzahl der Mitglieder liegt zwischen 5 und 11 Personen. Der Ältestenrat wird für eine Amtszeit von mindestens einem Jahr gewählt. Zu den Aufgaben des Ältestenrats zählen v.a. die Unterstützung der Leitung der Begegnungsstätte bei der Durchführung ihrer Aufgaben und deren Vertretung bei Abwesenheit. Das bedeutet u.a.

- die Mitsprache bei der Programmplanung, -gestaltung und -durchführung,
- die Wahrnehmung organisatorischer Aufgaben,
- die Herrichtung und Ausstattung der Räume,
- die Begleitung und Initiierung von Aktiv- und Interessengruppen,
- Küchendienst und Bewirtung, Besorgungen und Einkäufe,
- Öffentlichkeitsarbeit im Stadtteil.

Die Mitarbeit im Ältestenrat ist ehrenamtlich; oft sind die Mitglieder des Ältestenrats die tragenden ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer. In vielen Begegnungsstätten wird nach Ver-

änderungsmöglichkeiten der Organisationsstruktur des Ältestenrates, bzw. des Begleitgremiums gesucht; Ziel ist eine Öffnung des Gremiums und eine breitere Beteiligung der Besucherinnen und Besucher an der Ausgestaltung des Angebots, z. B. durch die Beteiligung von Gruppensprechern/innen.

Zur Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements des Ältestenrates und der Helfer/innenkreise macht das Amt für Soziale Dienste ein trägerübergreifendes Fortbildungsangebot. Die 2-tägige Fortbildungsreihe zum Thema „Ehrenamtliches Engagement – Sinnvolles Tun oder Selbstzweck“ ermöglicht Ehrenamtlichen, sich mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen auseinander zu setzen, Erfahrungen auszutauschen und neue Perspektiven für die Arbeit zu entwickeln.

Besucher/innen der Begegnungsstätten – Inanspruchnahme

Im Jahr 2002 wurden in allen Begegnungsstätten im Stadtgebiet 7.424 Stammesbesucher/innen gezählt (s. Anlage 2). Stammesbesucher/innen sind diejenigen älteren Menschen, die eine Begegnungsstätte regelmäßig besuchen, häufiger an Veranstaltungen oder an sog. Aktivgruppen oder Interessensgruppen teilnehmen. Sie sind Wahlberechtigte für die Wahl des Ältestenrates (siehe "Der Ältestenrat"). Gegenüber den Vorjahren sind kaum Veränderungen festzustellen. Im Schnitt kommen auf eine Begegnungsstätte 206 Stammesbesucher/innen pro Jahr. Zwischen 541 und 34 regelmäßige Besucher/innen sind in den einzelnen Begegnungsstätten anzutreffen. Neben den Stammesbesuchern/innen gibt es noch weitere Besucher/innen, die eine Begegnungsstätte oder auch mehrere Begegnungsstätten im Verlauf eines Jahres besuchen. 382.654 Besucher/innen insgesamt wurden im Jahr 2002 in allen Begegnungsstätten in der Stadtgemeinde Bremen gezählt.

Zu den stark frequentierten Begegnungsstätten zählen die Begegnungsstätten Wachmannstr., Aumund, das Johanniterhaus, die Begegnungsstätten Buntentor, Arbergen, Haferkamp, Sparer Dank und Hoppenbank (s. Anlage 2). Weniger frequentiert sind die Begegnungsstätten Tenever, Wehrschloss, und Grambke. Die räumlichen Gegebenheiten mancher Begegnungsstätten beschränken eine höhere Besucherfrequenz.

Sehr unterschiedlich ist auch die Zahl der Besucher/innen pro Öffnungstag. Im Durchschnitt wird eine Begegnungsstätte von 45 Stammesbesuchern/innen pro Öffnungstag aufgesucht. Die Zahl der Öffnungstage pro Jahr liegt zwischen maximal 297 und minimal 141 Öffnungstagen pro Jahr.

Am häufigsten besuchte Begegnungsstätten 2003 und ausgewählte Merkmale

BGSt.	Stamm- besucher/ innen	Öffnungs- tage	Ehrenamt- liche (Anzahl)	Hauptamt- liche (Wochen- stunden)	Honorar- Stunden
Wachmannstr.	541	240	14	19,25	288
Rönnebeck	395	246	19	22	287
Aumund	386	220	4	30	?
Johanniter-Haus	336	315	33	30	156
Münchener Str.	293	230	20	30	195
St. Magnus	278	222	17	15	690
Arbergen	276	230	12	19	263
Haferkamp	271	216	23	38,5	430
Hoppenbank	239	220	22	38,5	484
Am Vahrer See	237	235	8	19	388

Für das Merkmal „kleinere Begegnungsstätte“ ist ein weniger umfangreiches Wochenprogramm kennzeichnend; dies geht einher mit einer geringeren Stundenzahl der hauptamtlichen Leitung und einer geringeren Anzahl von Honorarstunden.

„Kleine“ Begegnungsstätten- BGSt mit den wenigsten Stammbesucher/innen 2003

	Stammbes.	Ehrenamtliche	Personal	Honorar-Stunden	Öffnungstage
Tenever	20	4	4,5	-	150
Wehrschloss	58	11	25	90	252
Vege sack	63	8	15	-	219
Grambke	66	1	10	81	197
Blockdiek	71	4	14,5	118	215
Huchting	85	6	7	98	230
Findorff	87	5	14	-	146

Besucher/innen – Alter

Der weitaus größte Teil der Besucher/innen ist weiblich. Lediglich in vier Begegnungsstätten liegt der Frauenanteil unter 80 %.

Drei Altersgruppierungen werden in der Jahresstatistik der Begegnungsstätten bei den Stammbesuchern/innen abgefragt (s. Anlage 3):

Altersgruppierungen der Besucher/innen der Begegnungsstätten 2003

Bis 70 Jahre	bis 80 Jahre	80 Jahre und älter
33%	37%	30%

Im Jahr 2003 waren im Durchschnitt 33 % der Besucher/innen im Alter bis zu 70 Jahre, 37 % waren im Alter zwischen 70 und 80 Jahren und 30% zählen zu den Hochbetagten (Alter über 80 Jahre).

In vielen Begegnungsstätten dominiert eine Altersgruppe. In 19 Begegnungsstätten gehören die 70-80-jährigen Besucher zur dominierenden Gruppe; in 9 Begegnungsstätten sind die Hochbetagten in der Mehrzahl und in 8 Begegnungsstätten stellt die Gruppe der jüngeren Alten im Alter bis zu 70 Jahren (s. Anlage 3) die größte Besuchergruppe dar.

Die Begegnungsstätten mit einem hohen Anteil **Hochbetagter** liegen oft in der Nähe einer Wohnanlage für Senioren oder eines sonstigen Altenhilfeangebotes.

Stammbesucher/innen – Alter über 80 im Jahr 2003

	% Stammb. über 80	Stammbesucher/innen	Stammbesucher/innen ü. 80	Ehrenamtliche	Wochenst. Personal	Honorar-stund.
Arbergen	59 %	276	163	12	19	263
Buntentor	54 %	210	114	6	20	196
Sparer Dank	50 %	215	108	3	30	320
Johanniterhaus	49 %	336	165	33	30	156
Kattenturm	42 %	139	58	11	19	189
Walle	41 %	98	40	3	15	

Einen großen Anteil hochbetagter Besucher haben die Begegnungsstätte Walle (AWO 66,7%), die Begegnungsstätte Sparer Dank (AWO 52,4%), das Johanniterhaus in Horn (46,7%) und die Begegnungsstätte Haferkamp (39,5%). Mehrheitlich jüngere Alte sind in den Begegnungsstätten in Farge (71,3%), in Aumund (57,0%), in Rönnebeck (55,7%) und in Habenhausen (55%) anzutreffen.

Auf der Basis der Jahresberichte der Träger und der jeweiligen Statistik lässt sich nicht erklären, wie diese unterschiedliche Alterszusammensetzung der Besucher zu Stande kommt. Es

lässt sich lediglich feststellen, dass in den Begegnungsstätten, die in Bürgerhäuser integriert sind, die Gruppe der Hochaltrigen nicht dominiert. Begegnungsstätten in der Nähe von betreuten Wohnanlagen und Wohnheimen haben häufiger hochbetagte Besucher/innen.

Für viele Besucher/innen haben die geselligen Angebote eine große Bedeutung; andere Besucher/innen bevorzugen themenbezogene Veranstaltungen. Die Gruppe der älteren Menschen ist sehr heterogen; die Lebenslagen, Bedürfnisse und Interessen sind unterschiedlich. Einige Gruppen sind in den Begegnungsstätten selten oder überhaupt nicht vertreten (wie z.B. Männer, Migranten/innen, ältere Behinderte). Die Ausrichtung des Programms an den individuellen Bedürfnissen und den Leistungsmöglichkeiten der älteren Menschen ist ein wesentlicher Faktor für die Inanspruchnahme der Angebote. Die Begegnungsstätten müssen hierfür einen angemessenen Rahmen bieten und gut erreichbar sein.

Personalsituation

In den Zuwendungsverträgen ist vorgesehen, dass eine Begegnungsstätte von fachlich geeignetem hauptamtlichem Personal zu leiten ist. Alle Begegnungsstätten haben eine hauptamtliche Leitung. Die wöchentlichen Arbeitszeiten sind sehr unterschiedlich; sie liegen zwischen 4,5 und 38,5 Stunden (s. Anlage 4). Bei den Begegnungsstätten der AWO ist in 12 Begegnungsstätten eine Doppelleitung anzutreffen.

Die wöchentliche Arbeitszeit war im Jahr 2003 folgendermaßen verteilt:

38,5 Stunden	30 Stunden	19,5 – 25 Stunden	14 – 19 Stunden	Unter 14 Stunden
2	6	7	17	4
5,9%	17,6%	26,5%	38,2%	11,8%

Diese Übersicht macht deutlich, dass eine Begegnungsstättenleitung in Teilzeitform am häufigsten anzutreffen ist. Einige Begegnungsstätten hatten weiteres, oft geringfügig oder befristet beschäftigtes Personal; in der Regel sind dies v.a. Reinigungskräfte, Praktikanten/innen oder auch Mitarbeiter/innen, die im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen beschäftigt sind.

Einen bedeutenden Stellenwert in der Angebotspalette der Begegnungsstätten haben die **Honorarangebote**. In fast allen (91%) Begegnungsstätten wurden im Jahr 2003 Honorarmitarbeiter/innen engagiert; über Honorare wurden im Jahr 2003 ca. 6.990 Kursstunden finanziert.

Die Reduzierung der Zuschüsse hat in vielen Begegnungsstätten dazu geführt, dass von Jahr zu Jahr die Stunden des hauptamtlichen Personals weiter gekürzt wurden und weniger Honorare finanziert wurden. Dies hat eine Einschränkung des Programms (z. B. weniger oder keine Ausflüge), weniger Zeit für die Anleitung und Begleitung von Ehrenamtlichen und Förderung der Selbsthilfe und weniger Ressourcen für eine Vernetzung der Begegnungsstätte im Stadtteil zur Folge.

Jahr	Hauptamtl. Mita. Wochenstd.	Anzahl der Honorarkräfte	Über Honorare Finanz. Std.	Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen
2002	716,75	111	8193	394
2003	675,75	105	6987	386

In den Jahresberichten der Träger wird deutlich gemacht, dass eine weitere Reduzierung der Wochenstunden der Leitungsfunktion nicht möglich ist, wenn die Aufgabe eines vielfältigen Managements aufrecht erhalten werden soll (Ältestenräte, Mitglieder, Besucher/innen, Programm). Bei Stundenreduzierungen der Leitungsfunktion ist eine Entlastung durch Ehren-

amtliche begrenzt. Benachteiligt werden durch die Personalreduzierung v.a. die Hochbetagten, die mehr Zeit und Zuwendung benötigen.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Oft wird die Frage aufgeworfen, ob Begegnungsstätten noch zeitgemäß sind. Die kontinuierliche Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren zeigt allerdings, dass diese Form der überwiegend generationsspezifischen Begegnung für viele ältere Menschen unverzichtbar ist. Heute sind es nicht mehr die beengten Wohnverhältnisse oder ein Mangel an Heizmaterial, die eigene, öffentliche Räume für ältere Menschen erforderlich machen. Angesichts der zunehmenden Singularisierung des Alterns bekommt die Altenbegegnung als soziale Lebenshilfe eine größere Bedeutung. Begegnungsstätten sind für viele hochbetagte Menschen ein wichtiger Lebensraum, der auch die Qualität des Alterns mitbestimmt. Lebensqualität ist nicht nur eine Frage der Gesundheit, der hauswirtschaftlich-pflegerischen Versorgung und der Wohn- und Einkommenssituation. Zufriedenheit im Alter hängt auch von der Qualität und dem Umfang persönlicher und sozialer Beziehungen zu den Mitmenschen und der Umwelt, sowie der Möglichkeit ab, sich seinen Fähigkeiten und Interessen entsprechend, mit den Dingen und Veränderungen des Lebens beschäftigen zu können.

Nach dem gesetzlichen Auftrag im BSHG /SGB XII hat die Altenhilfe dazu beizutragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und älteren Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Begegnungsstätten leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Sie sind als niedrighschwelliges Angebot konzipiert, das sich an alle älteren Menschen wendet.

Ein flächendeckendes, wohnortnahes Begegnungsstättenangebot ist in Bremen vorhanden. Rechnerisch steht im Stadtgebiet jeweils 3.062 Menschen eine Begegnungsstätte zur Verfügung. Die Überprüfung der Standortqualität der Begegnungsstätten hat ergeben, dass eine vielfältige Nutzung der Räumlichkeiten in 27 Begegnungsstätten gegeben ist; das bedeutet z.B. neben der Möglichkeit des Zusammentreffens von mehreren Personen, Möglichkeiten der Gymnastik, der Tanzgelegenheiten, für Informationsveranstaltungen u. a. m. (in Abhängigkeit von der Raumgröße). Nur in einigen Begegnungsstätten ergeben sich durch die Raumausstattung ergeben sich in einigen Begegnungs-

stätten (Größe, nicht behindertengerecht) Probleme einer flexiblen Nutzung und dadurch Grenzen einer wünschenswerten Vielfalt der Programmgestaltung. Die Verkehrsanbindung ist nicht immer zufriedenstellend.

Ein Ergebnis der ersten Überprüfung der Standortqualität der Begegnungsstätten ist die nur selten ausgeprägte Kooperation der Begegnungsstätten mit anderen Einrichtungen im Stadtteil. Angesichts des demografischen Wandels ist die Klärung der Frage der künftigen Eingebundenheit der Begegnungsstätte in die soziale Infrastruktur des Stadtteils und deren Öffnung zum Gemeinwesen erforderlich. Regelmäßige Kooperationsbezüge zu anderen Einrichtungen und Initiativen müssen erweitert werden. Dies beinhaltet auch die Öffnung der Begegnungsstätten für alle Generationen.

Die Ausgangssituation der jährlichen Kürzung der Zuwendungen und eine damit verbundene Reduzierung vor allem der personellen und sachlichen Ressourcen hat in den vergangenen Jahren in einigen Begegnungsstätten zur Reduzierung des Programmangebotes geführt und die Entwicklung innovativer Ansätze und deren Umsetzung erschwert.

Für die kommenden Jahre, nach Auslaufen der Zuwendungsverträge Ende 2005, muss mit weiteren Kürzungen der öffentlichen Förderung gerechnet werden. Auf diese Situation müssen die Begegnungsstätten sich einstellen und rechtzeitig alternative Konzepte entwickeln, die eine Aufrechterhaltung der Standorte unter veränderten Bedingungen ermöglichen.

Dies kann durch die stärkere Einbindung der Nutzer und Nutzerinnen in den Betrieb der Begegnungsstätten und durch eine Bündelung der Leitungsaufgaben erfolgen. Eine weitere Chance bietet die Verzahnung der Begegnungsstätten mit anderen Angeboten im Stadtteil und den Sozialen Arbeitskreisen der Region.

Die personelle Ausstattung der Begegnungsstätten besteht aus hauptamtlichen Leiterinnen, die überwiegend auf Teilzeitbasis beschäftigt sind und z.B. bei einem Träger die Leitung von zwei Begegnungsstätten übernehmen; hinzu kommen Kursleitungen auf Honorarbasis und ehrenamtliche Kräfte. Letztere werden aus den Besucherkreisen der Einrichtungen gewählt. Ehrenamtliche Mitarbeit ist für

Überprüfung der Angebotsstruktur und der Standortqualität einzelner Begegnungsstätten¹

Entwicklung alternativer Konzepte und neuer Formen der Trägerschaft durch die Verzahnung mit anderen Angeboten im Stadtteil

¹ Siehe: Begegnungsstätten der Stadtgemeinde Bremen – Überprüfung der Standards und Standorte – Bestandaufnahme (Juni 2005)

die Existenz einer Begegnungsstätte unverzichtbar. Mit zunehmendem Altersdurchschnitt der Besucher/innen verringert sich einerseits das Potential ehrenamtlicher Mitarbeit. Andererseits bietet gerade die Organisationsstruktur der Begegnungsstätten entsprechenden Raum für ehrenamtliches Engagement, der künftig intensiver genutzt werden sollte. Die Erprobung neuer Formen des ehrenamtlichen Engagements ist erforderlich.

Erprobung neuer Formen ehrenamtlichen Engagements

Einige Begegnungsstätten erreichen mit ihren Angeboten mehrheitlich hochbetagte Menschen, andere vor allem die Gruppe der jüngeren Alten. Für viele Besucher/innen haben die geselligen Angebote eine große Bedeutung; andere Besucher/innen bevorzugen themenbezogene Veranstaltungen. Dennoch ist immer wieder zu prüfen, ob die Angebotsstrukturen, d.h. auch die Angebotsformen und deren Gestaltung noch zeitgemäß sind.

Erweiterung der Zielgruppenansprache

Die Gruppe der älteren Menschen ist sehr heterogen; die Lebenslagen, Bedürfnisse und Interessen sind unterschiedlich. Einige Gruppen sind in den Begegnungsstätten selten oder überhaupt nicht vertreten (wie z.B. Männer, Migranten/innen, ältere Behinderte). Wichtig ist eine Ausrichtung des Programms an den individuellen Bedürfnissen und den Leistungsmöglichkeiten der älteren Menschen. Die Begegnungsstätten müssen hierfür einen angemessenen Rahmen bieten und gut erreichbar sein.

Anlage 1 - Angebote ausgewählter Begegnungsstätten

Die Zusammenstellung ist auf der Basis der Monatsprogramme der Monate Februar bis Mai 2005 erfolgt. Die hier in der Übersicht dargestellten Angebote beinhalten einen Programmausschnitt. Darüber hinaus bestehen in den Begegnungsstätten weitere Angebote, die in den Monatsprogrammen nicht aufgeführt sind. Einige Angebote v.a. im Bereich der Bewegungsförderung finden aufgrund der hohen Nachfrage wöchentlich mehrfach statt. Ausflugsfahrten, Besichtigungen etc. sind nur beispielhaft dargestellt; Fremdnutzergruppen sind nicht aufgeführt.

Zu den Öffnungszeiten:

Mit den in der Tabelle aufgeführten Öffnungszeiten sind die Regelöffnungszeiten gemeint. Darüber hinaus sind die Begegnungsstätten auch vormittags und an einigen Standorten auch am Wochenende geöffnet.

Anmerkung zur Spalte Hilfe zur Alltagsbewältigung – Selbsthilfe:

Hilfen zur Alltagsbewältigung werden in der Begegnungsstätte in vielfältiger Form gegeben. Die Gewissheit, einen vertrauten Menschen zu treffen und mit diesem ein Problem erörtern zu können, ist für viele ältere Menschen wichtig. Begegnungsstätten haben die Aufgabe, Information und Hilfe bei persönlichen Problemen zu geben und Hilfen anderer Dienste zu vermitteln. Das Angebot einer Beratung zu festen Sprechzeiten ist die Ausnahme; in einigen Begegnungsstätten findet Beratung nach Vereinbarung statt; meistens ergeben sich Gespräche mit beratendem Charakter bei den verschiedensten Gelegenheiten. Neben der professionellen Unterstützung beinhaltet die nachbarschaftliche Begegnung Hilfe zur Selbsthilfe.

Träger Begegnungsstätte Adresse	Öffnungs- zeiten	Begegnung Geselligkeit Treffpunkte Selbsthilfe	Gesundheits- förderung Bewegung	Freizeit- angebote Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe zur Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Programntag/- nachmittag Beispiele von Veranstalt. Verschiedenes
DRK BGSt. Haferkamp Haferkamp 8 28217 Bremen	Mo., Mi., Do., Fr. 14.00 - 18.00 Uhr An 7 Tagen in der Wo- che für Gruppen geöffnet So. 15.00 -17.00 Uhr	Spielen + Klönen Karten- und Brettspiele Bridge	Gedächtnistraining Rückenstärkung mit Yoga Gymnastik I Gymnastik II mit Sitz-Gymnastik Tai Chi (VHS) Qi-Gong Yoga Gesundheits- gruppe Interessen- gemeinschaft Krebsnachsorge	Offenes Singen Aquarell- Malgruppe Kreativgruppe Musik-Übungs- Gruppe	Lesekreis Computer-Kurs English (VHS)	Kommentar s.o.	Programntag: Mittwoch Vortrag Geburtstags- runden Frühlingsfest Ausflugsfahrten Sonntagscafé Sprechzeit / Be- ratung Mo. 11.00-12.00 Mi. 14.00-15.00

Träger Begegnungsstätte Adresse	Öffnungs- zeiten	Begegnung Geselligkeit Treffpunkte Selbsthilfe	Gesundheit förderung Bewegung	Freizeitangebote Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Freizeitangebote nachmittag (Beispiele) Verschiedenes
LAB BGSt. Hoppen- bank Hoppenbank 2-3 28203 Bremen	Mo-Fr 7(e)6.0.0(r(g)-5.921(/inpun) Sa-So 10.00-11.00 Sa-So 10.00-11.00	Mon-3.43 Sa-So 10.00-11.00	591068(en-)TJ 0..01002 Tc 11.5228 TL (G50656 Tw T*(TreencReman)685067bus)5.439(ertistrg)TJ -0.01002 Tc 1116.	Freizeitangebote 11.43 Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Freizeitangebote nachmittag (Beispiele) Verschiedenes

Träger Begegnungsstätte Adresse	Öffnungs- zeiten	Begegnung Geselligkeit Treffpunkte Selbsthilfe	Gesundheits- förderung Bewegung	Freizeitangebote Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe zur Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Programmtag/- nachmittag (Beispiele) Verschiedenes
Arbeiterwohlfahrt (AWO) BGSt. Ohlenhof Beim Ohlenhof 10 28239 Bremen	Mo. – Fr. 14.00 – 18.00 Uhr Cafe im Na 7.00-10.30 Uhr 15.30 –21.30 Uhr	Skat, Romme Karten- und Brett- spiele Jeden Donnerstag Frühstücksbuffet	Sitzgymnastik Volkstanz Yoga Gymnastik Tanzkreis	Aquarellmalen Kreatives Gestal- ten und Klönen Seidenmalerei Chor	Computerkurs für Senioren Sprachkurs	Kommentar s.o.	Programmtag: Mittwoch Vorträge Feste Ausflüge u.a.m. Lesungen Video- nach-mittage Jeden Donners- tag Frühstücks- buffet, Brunch
BGSt. Weserter- rassen Osterdeich 70b 28205 Bremen	Dienstag 10.00 - 18.00 Uhr wechselnde Öffnungszeit je nach Kursan- gebot Mo-Do 10.00- 15.00 Uhr Information Beratung Planung Di. 13 – 15 Sprechstunde	Treffen zu Canas- ta, Bridge, Rom- me, Skat Kennenlertage	Altersgerechte Gymnastik Volkstanz Gedächtnistraining Yoga f. Ältere Bewegung u. Ent- spannung f. Ältere Quigong	Kegeln Ausflüge s. Pro- grammtag Offenes Atelier f. Alle	Vorlesestunde Ausstellungsbe- suche mit Vorberei- tung und Führung Kultur am Vormit- tag (VHS) Zeichenkurse Kulturtreff im Vier- tel Computergrund- lagen Quiz	Mobiler-Senioren- Betreuungsservice Betreuung, Beglei- tung, Nachbar- schafts-hilfe Vorträge zu alltags- bezogenen Themen Dienstag 13.00-15.00 Uhr Sprechstunde für Senioren Wohnen im Alter Frauenfrühstück Kommentar s.o.	Programmtag: Dienstag Tagesausflüge Mittagstisch Museumsbe- suche Theater Happy Birthday Vorträge Rate-Quiz Sicherheits- training Tanznachmittag

Träger Begegnungsstätte Adresse	Öffnungs- zeiten	Begegnung Geselligkeit Treffpunkte Selbsthilfe	Gesundheits- förderung Bewegung	Freizeitangebote Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe zur Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Programntag/- nachmittag (Beispiele) Verschiedenes
Arbeiterwohlfahrt (AWO) BGSt. Buntentor Buntentorsteinweg 114 28201 Bremen	Mo. - Fr. 14.00 – 18.00 Uhr Mo.- Fr. 12.30 –13.30 Uhr Mittagstisch (für Gruppen- angebote ge- sonderte Öff- nungszeiten) Sprechzeit der Leiterin: Do 15.00 – 17.00 Uhr	Frühstückrunde Skat, Rommé u. a. Spiele Spielenachmittag Bingo	Gymnastik, Sitzgymnastik, Volkstanz (Naturfreunde), Seniorentanz, Yoga für alle Quigong Reiki	Volkslieder Handarbeiten Ausflugsfahrten am Programntag Besichtigungen Kunst und Kultur	Aktuelle Tages- themen VHS-Kurs Erzählcafé junge u. alte Menschen Reden miteinan- der,	Einzelgespräche & Beratung Selbsthilfegruppe für Schlaganfall- patienten Beratung Service-Wohnen Ernährungsgruppe Weight-Watchers Kommentar s.o.	Programntag: Mittwoch Geburtstags- runden Lesungen Ausflugsfahrten Feste Gemeinsames Essen Tanztee Gedächtnistrain. Fußpflege
Diakonisches Werk BGSt. Johanniter- haus Seiffertstr. 95 28359 Bremen	Mo. - Fr. 14.00 – 18.00 Uhr für Gruppen- arbeit auch in den Vormit- tags-stunden	Skat, Canasta, „Mensch ärgere dich nicht“ Frühstück, Treffpunkt – Infor- mationen und Un- terhaltung bei Kaf- fee und Kuchen Sonntägliche Kaf- feestunde	Gymnastik I/II Gedächtnistraining Tanzen Sitztanz Yoga	Chorsingen Ausflugsfahrten Strickbündel-Club Töpfern Malen Porzellan-Malerei	Literaturkurs Filme Informationsveran- staltungen Vorträge Lesungen „Miteinander reden“ Gesprächskreis „Fragen zur Zeit“ Gesprächskreis „Die 10 Gebote im Gespräch“	Kommentar s.o.	kein besonderer Programntag. Je- den Nachmittag vielfältiges Pro- gramm-angebot Sonntägliche Kaf- feestunde

Träger Begegnungsstätte Adresse	Öffnungs- zeiten	Begegnung Geselligkeit Treffpunkte Selbsthilfe	Gesundheits- förderung Bewegung	Freizeitangebote Exkursionen Außer-Haus- Aktivitäten	Bildung Kultur Gespräch	Hilfe zur Alltagsbewälti- ung – Selbsthilfe	Programmtag/- nachmittag (Beispiele) Verschiedenes
Paritätische Gesell. f. soz. D. BGSt. Wehrschloss Hastedter Osterdeich 230 28207 Bremen	Mo. – Fr. 14.00 – 18.00 Uhr	Gemeinsames Mit- tagessen Gesellschafts-spiele Kartenspiele	Tanzen im Sit- zen Gymnastik	Basteln Kegeln Singkreis Ausflüge	Literatur- nachmittag	Siehe Kommentar unten	Programmtag: Donnerstag Halbjahresge- burtstagsfeiern Literatur- nachmittage Informationsver- anstaltungen Vorträge Sitztanzen Ausflüge Gemeinsames Mittagessen Fußpflege

Begegnungsstätten (mit Förderung)
Verschiedene Merkmale
Anlage 2

	Nutzfläche insg. qm	Stam- besucher /innen 2003	Öffnungs- tage 2003	Ehren- amtliche 2003	Personal Std.p.W. 2003
MITTE-WEST					
Begegnungsstätte Haferkamp des DRK	300 qm	299	216	23	38,5
Begegnungsstätte Hoppenbank der LAB	338 qm	239	220	22	38,5
Begegnungsstätte Findorff der Arbeiterwohlfahrt	175 qm	87	146	5	14
Begegnungsstätte Münchener Straße des Vereins Innere Mission	400 qm künftig nutzbar	293	230	20	30
Begegnungsstätte Ohlenhof (K) der Arbeiterwohlfahrt	1006 qm nutzbar	206	219	18	15
Begegnungsstätte Oslebshausen der Arbeiterwohlfahrt	400 qm nutzbar	108	99	21	15
Begegnungsstätte Wachmannstraße des Deutschen Roten Kreuz	290 qm	541	240	14	19,25
Begegnungsstätte Walle der Arbeiterwohlfahrt	160 qm	98	230	3	15
Begegnungsstätte Weserterrassen (K)		192	209	3?	25
SÜD					
Begegnungsstätte Buntentor der Arbeiterwohlfahrt	200 qm	210	230	6	20
Begegnungsstätte Habenhausen der Arbeiterwohlfahrt	180 qm	108	230	8	10
Begegnungsstätte Huchting der Arbeiterwohlfahrt	122 qm	85	186	6	7
Begegnungsstätte Kattenturm der Arbeiterwohlfahrt	180 qm	139	230	11	19
Begegnungsstätte Woltmershausen der Arbeiterwohlfahrt	190 qm	148	222	7	15
OST					
Begegnungsstätte Wehrschloss der Paritätischen Gesellschaft für soziale Dienste	120 qm	58	252	11	25
Begegnungsstätte Am Siek der Arbeiterwohlfahrt	235 qm	201	215	8	14,5
Begegnungsstätte Am Vahrer See der Arbeiterwohlfahrt	500 qm	237	235	14	19
Begegnungsstätte Arbergen der Arbeiterwohlfahrt	250 qm	276	235	12	19
Begegnungsstätte Blockdiek der Arbeiterwohlfahrt	185 qm	71	215	4	14,5

Begegnungsstätte Hemelingen des Vereins Innere Mission	273 qm	121	186	8	30
Begegnungsstätte Horn-Lehe der Arbeiterwohlfahrt	109 qm	209	210	15	20
Begegnungsstätte Johanniterhaus des Vereins Innere Mission	289 qm	336	315	33	30
Begegnungsstätte Olymp der Arbeiterwohlfahrt	120 qm	101	191	7	10
Begegnungsstätte Osterholz der Arbeiterwohlfahrt	150 qm	98	231	6	15
Begegnungsstätte Die Brücke der Ev. Versöhnungskirche Sebaldsbrück	102 qm	144	181	13	25
Begegnungsstätte Sparer Dank der Arbeiterwohlfahrt	484 qm	215	200	3	30

Begegnungsstätte Tenever der Arbeiterwohlfahrt

BGSt. Stammbesucher - ALTER : 2003

sofern Altersangaben gemacht wurden

	Begegnungsstätten i. d. Stadtgemeinde Bremen	Träger	Stammbe- sucher/ Wahlbe- rechtigte	ALTER bis 70 Jahre	ALTER bis 70 Jahre in %	ALTER bis 80 Jahre	ALTER bis 80 Jahre in %	ALTER über 80 Jahre	ALTER über 80 Jahre in %
	Mitte - West								
1.	BGSt. Haferkamp	Stadtgem. HB	271	73	27%	91	34%	107	39%
2.	BGSt. Hoppenbank	LAB	239	78	33%	80	33%	81	34%
3.	BGSt. Findorff	AWO	87	10	11%	46	53%	30	34%
4.	BGSt. Münchener Str.	Innere Mission	293	137	47%	134	46%	22	8%
5.	BGSt. Ohlenhof	AWO	206	94	46%	72	35%	40	19%
6.	BGSt. Oslebshausen	AWO	108	29	27%	44	41%	35	32%
7.	BGSt. Wachmannstr.	DRK	541	184	34%	266	49%	91	17%
8.	BGSt. Walle	AWO	98	14	14%	44	45%	40	41%
9.	BGSt. Weserterrassen	AWO	192	27	14%	132	69%	33	17%
	Mitte - West	gesamt:	2,035	646	32%	909	45%	479	24%
	Süd								
10.	BGSt. Buntentor	AWO	210	51	24%	44	21%	114	54%
11.	BGSt. Habenhausen	AWO	108	43	40%	34	31%	31	29%
12.	BGSt. Huchting	AWO	85	35	41%	45	53%	5	6%
13.	BGSt. Kattenturm	AWO	139	31	22%	50	36%	58	42%
14.	BGSt. Woltmershausen	AWO	148	69	47%	43	29%	36	24%
	Süd	gesamt:	690	229	33%	216	31%	244	35%

BGSt. Stammbesucher - ALTER 2003

Träger

**Begegnungsstätten
i. d. Stadtgemeinde Bremen**

**Stammbe-
sucher/
Wahlbe-
rechtigte**

**ALTER
bis
70 Jahre**

**ALTER
bis
80 Jahre**

**ALTER
über
80 Jahre**

Ost

1.4. Veranstaltungen der Altenhilfe

A - IST Beschreibung

Das Veranstaltungsprogramm der Altenhilfe wird seit 1960 durchgeführt und greift eine breite Palette von Themenstellungen auf, um den speziellen Bedürfnissen Älterer nach Information, Kultur, Weiterbildung und Geselligkeit entgegen zu kommen.

Die Durchführung erfolgt als Einzelveranstaltung, Veranstaltungsreihe, Kurs- und Gruppenangebot.

Das Veranstaltungsprogramm erscheint zweimal jährlich im Rahmen der Herausgabe der Senioren-Broschüre „Rostfrei“. Im Jahre 2003 wurden insgesamt 122 Veranstaltungen mit einer Teilnehmerzahl von ca. 7.300 Personen durchgeführt.

Die Veranstaltungen gliedern sich auf in:

- 43 musikalische Darbietungen und Tanznachmittage
- 41 Ganz- oder Halbtagesfahrten mit Besichtigungsprogrammen
- 38 gesellige und informative Veranstaltungen.

Diese offenen Veranstaltungen erfreuen sich einer großen Beliebtheit. Insbesondere die Nachfrage nach Nachmittags- und Tagesfahrten, die von ehrenamtlichen Mitarbeitern, z.B. Mitgliedern der Seniorenvertretung begleitet werden, ist hoch, so dass die Teilnahme pro Person auf zwei Fahrten im Monat beschränkt wurde.

Tagesfahrten finden i.d.R. einmal wöchentlich statt.

Die Teilnehmer an den Tagesfahrten sind ein überwiegend konstanter Personenkreis. Für alle Veranstaltungen sind Eigenbeteiligungen in unterschiedlicher Höhe erforderlich (Im Durchschnitt drei Viertel der Kosten).

Im Jahre 2003 wurden ca. € 55.000,-- für die Durchführung des Programms ausgegeben.

Aufgrund von Sparvorgaben und Personalveränderungen im Haushalt 2004 konnte das Veranstaltungsprogramm nicht mehr durch die Altenhilfe des Amtes für Soziale Dienste angeboten werden.

Um weiterhin den älteren Bürgerinnen und Bürgern dieses sich großer Beliebtheit erfreuende Programm anbieten zu können, wurden Verhandlungen mit dem Seniorenbüro Bremen e. V. aufgenommen, mit dem Ziel, die Organisation und Durchführung dem Verein zu übertragen.

Das Seniorenbüro, das seit 1996 den größten Teil des ehemaligen Altenerholungsangebotes der Stadt Bremen erfolgreich organisiert und durchführt, erklärte sich bereit, ab 01.06.2004 die Organisation und Durchführung des Veranstaltungsprogramms zu übernehmen. In der Zeit vom November 2003 bis Ende Mai 2004 fand kein Programm statt.

Eine Bezuschussung der einzelnen Veranstaltungen war nicht mehr möglich, so dass die Kosten für die Einzelveranstaltungen um ca. 20% angehoben werden mussten.

So konnte die erforderliche Einsparung im Haushalt erbracht werden, ohne das Gesamtangebot empfindlich einzuschränken.

Die zentrale Lage gegenüber dem Hauptbahnhof und damit die gute Anbindung an das öffentliche Nahverkehrsnetz, gewährleistet eine hervorragende Erreichbarkeit des Seniorenbüros für ältere Bürgerinnen und Bürger.

Der Verkauf der Veranstaltungskarten wird auch über die Ortsämter ermöglicht. Diese regionale Verkaufsmöglichkeit wurde 1994 eingeführt, um den älteren Menschen weitere Wege zu ersparen.

Das Veranstaltungsprogramm wird in der halbjährlich erscheinenden Broschüre „Rostfrei“ veröffentlicht.

Informationsveranstaltungen unterschiedlicher Institutionen und Projekte wurden und werden durch Programmmittel gefördert - z. B. Bildungsveranstaltungen der VHS, gesellige und kulturelle Veranstaltungen der Bürgerhäuser und Begegnungsstätten, Veranstaltungen zu Gesundheits- und Ernährungsfragen u. a. durch den Gesundheitstreffpunkt e.V.

Für die Durchführung des Programms ist das freiwillige soziale Engagement vieler ehrenamtlich tätiger Menschen ein unverzichtbarer Bestandteil. Die Förderung dieses Engagements wird durch dreitägige Fortbildungsveranstaltungen gestützt und ist seit vielen Jahren eine der Aufgaben der Altenhilfe des Amtes für Soziale Dienste.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Das halbjährlich aufgelegte Veranstaltungsverzeichnis beinhaltet z.Z. ausschließlich die Veranstaltungen im Rahmen der Altenhilfe. Eine Öffnung des Verzeichnisses für weitere Anbieter von Veranstaltungen, wie z.B.

- Selbsthilfegruppen,
- Gesundheitsangebote,
- Sportveranstaltungen/Kurse,
- Bildungsangebote

wird empfohlen, um eine Gesamtübersicht der Information zu erreichen.

Die Teilnahme an den Veranstaltungen der Altenhilfe steht allen älteren Menschen offen, dennoch finden nicht alle einen Zugang. Um benachteiligten Gruppen einen Zugang zu den offenen Angeboten zu ermöglichen, soll einerseits ein Kontingent Freikarten zu Verfügung gestellt werden, andererseits hat sich gezeigt, dass materielle Erleichterungen allein nicht ausreichen, um eine Teilnahme zu erreichen. Es soll daher auch die Möglichkeit geschaffen werden, im sozialen Bereich tätige Vertrauensleute mitfahren zu lassen, um die Schwellenangst zu senken.

Öffnung des Verzeichnisses für weitere Anbieter

Teilnahme von Vertrauensleuten

1.5. Erholungsreisen

A - IST Beschreibung

Seit Beginn der 60er Jahre bietet die Sozialbehörde im Rahmen der offenen Altenhilfe auch Erholungsreisen für ältere Menschen an. In den seit dem 01. Januar 1979 geltenden Richtlinien für die Durchführung von Erholungsmaßnahmen für alte Menschen wird hervorgehoben: Zweck des Angebotes ist, älteren Mitbürgern eine psychische und körperliche Erholung zur Erhaltung ihrer Leistungsfähigkeit zu ermöglichen und ihnen Anregungen und Kontakte mit anderen Menschen zu vermitteln. Gesetzliche Grundlage hierfür ist § 71 SGB XII.

Erholungsmaßnahmen werden in Form von Ferienaufenthalten und Tagesstadtranderholungen angeboten. Das Angebot richtete sich vor allem an Personen, die keine Pflege oder besondere Betreuung benötigen. Sie werden auf der Hin- und Rückfahrt begleitet, während der Erholungsaufenthalt weitgehend selbständig ohne fremde Hilfe gestaltet werden kann. Einige Angebote bieten aber auch Begleitung für die gesamte Dauer des Erholungsaufenthaltes an.

Der Urlaub wird in Gruppen angetreten und dauert in der Regel 3 Wochen. Urlaubsziele und die Ausstattung der Unterkünfte werden unter dem Aspekt seniorengerechten Urlaubs ausgesucht und zusammengestellt. Hotels und Pensionen, die angefahren werden, liegen in der Regel in der norddeutschen Mittelgebirgsregion. Die Kosten für 21 Tage Vollpension im Einzelzimmer betrugen in den Vorjahren zwischen 800,-- und 1.100,-- DM. Erholungsreisen sind von Kuren zu unterscheiden. Manche Reiseziele bieten allerdings über den Erholungsurlaub hinaus auch Anwendungsmöglichkeiten, die von den Krankenkassen bezuschusst werden.

Ursprünglich konnte der Zuschuss für die Teilnehmer nur in jedem dritten Jahr gewährt werden. Seit 1988 wurde ergänzend festgelegt, dass Hochbetagten (ab 80 Jahre) jährlich ein Zuschuss zu gewähren ist.

Darüber hinaus führen Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Innere Mission und DRK Erholungsreisen in eigener Regie - in der Regel aber ohne Zuschüsse - durch. Die AWO bietet zudem die Stadtranderholung (Reisen ohne Koffer) für einwöchige Zeiträume mit täglicher Rückkehr an.

Entwicklung des Angebots in den letzten Jahren

Im Jahr 1995 wurden nur noch wenige Reisen durch die Behörde angeboten, da die Haushaltsmittel vorübergehend reduziert wurden. 1996 wurde die Durchführung der Altenerholung dem **Seniorenbüro Bremen e.V.** und der **Inneren Mission** übergeben.

In den letzten Jahren hat es grundlegende Veränderungen bei der Nachfrage von Reisezielen gegeben, denen alle Anbieter Rechnung getragen haben. Die kleinen Pensionen des Weserberglandes, die sich über viele Jahre großer Beliebtheit erfreuten wurden nicht mehr nachgefragt – zum Teil aus Gründen der doch zu einsamen Lage – aber vorwiegend, aufgrund der nicht vorhandenen vereinfachten Kurmöglichkeiten vor Ort.

Alle Anbieter haben daraufhin vorwiegend Kurorte, Orte der Küstenregion von Nord- und Ostsee und Nordseeinseln in ihre Reiseangebote aufgenommen. Das Resultat war eine erheblich gestiegene Nachfrage.

Die Reisetilnehmer/innen können einen Zuschuss zu den Reisekosten beantragen, der nur in jedem dritten Jahr gewährt wird. Knapp die Hälfte der Teilnehmer/innen sind grundsätzlich antragsberechtigt. Dabei werden Kriterien im Sinne der Berechnung der Einkommensgrenzen

nach § 85 ff SGB XII zugrunde gelegt. Es wurden vom Zuschussgeber Höchstgrenzen festgelegt. Die jeweilig individuell zu berechnenden Zuschüsse betragen für eine Reisedauer von:

21 Tagen bis zu	€ 800,00	im Ausnahmefall für Antragsteller, die eine Kurz- oder Erlebnisreise einer Erholungsreise vorziehen.
14 Tagen bis zu	€ 650,00	
7 Tagen bis zu	€ 300,00,	

Da sich die überwiegende Anzahl der Reisen oberhalb des Zuschussbetrages bewegt, müssen die Restkosten vom Antragsteller (auch bei lfd. HLU) selbst aufgebracht werden.

Im Jahr **2004** wurden von den Veranstaltern **71** Reisen zu **39** Zielen angeboten. Es nahmen insgesamt **1.553** Personen teil, davon erhielten **165** Personen einen Zuschuss. Nachfolgende Tabelle zeigt die Aufteilung auf die einzelnen Reiseveranstalter:

Anbieter	Selbstzahler	Zuschuss-berechtigte	Gesamtteilnehmer/innen
Seniorenbüro	683	39	722
Innere Mission	239	33	272
DRK	399	85	484
Caritas	67	8	75
Gesamt	1.388	165	1.553

Auch bei den Erholungsreisen ist der Erfolg des Angebotes weitestgehend auf das soziale Engagement von ehrenamtlich tätigen älteren Menschen im Seniorenbüro zurückzuführen, die sich im Rahmen der Organisation und Durchführung einsetzen.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die in den vergangenen Jahren von kommerziellen Veranstaltern vermehrt für die Zielgruppe der Älteren konzipierten Reiseangebote haben offenbar eine entsprechende Attraktivität und Akzeptanz insbesondere für mittlere und höhere Einkommensbezieher.

Dies ließ grundsätzlich auch eine Reduzierung des behördlich organisierten Angebotes zu.

Zugleich leben in unserer Stadt viele Hilfe- und Pflegebedürftige, die nicht nur wegen der Kosten, sondern auch aufgrund von Zugangsproblemen oder mangelndem Selbstvertrauen keine Chancen haben, an den kommerziellen Angeboten teilzunehmen. Reisen können von zurückgezogen bis isoliert lebenden älteren Menschen genutzt werden, um sich wieder für die Kontaktaufnahme und Kommunikation mit anderen zu öffnen.

Voraussetzung hierfür ist die individuelle Ansprache und eine Konzeption der Reiseangebote, die sich gezielt auf entsprechende Anforderungen einstellt. Für diese Gruppen ist eine Ausdifferenzierung der Erholungsreisen, z.B. in Form begleiteter Reisen mit Vor- und Nachbereitungstreffen, notwendig. Neue Wege sollten auch erschlossen werden, um bestehende Gruppen z.B. Heimbewohner aus einer Einrichtung, Besucher einer Begegnungsstätte oder Bewohner von Altenwohnanlagen gezielt in das Programm einzubinden.

Ausdifferenzierung der Erholungsreisen

Einbindung weiterer Personengruppen

Aus Untersuchungen über das Freizeitverhalten älterer Menschen geht hervor, dass das Reisen der am häufigsten genannte Aktivitätswunsch ist. Diese Aussage sollte im Rahmen der offenen Altenhilfe genutzt werden. Wie kaum ein anderes Angebot ist die Erholung geeignet, ohne Ausgrenzung und Stigmatisierung Menschen zusammen zu führen und so die Kommunikation zu fördern und einer Vereinsamung vorzubeugen.

2. Wohnen im Alter

Mit zunehmendem Alter gewinnen die Wohnung und das Wohnumfeld alter Menschen an Bedeutung, da ältere Menschen viel Zeit in der eigenen Wohnung verbringen. Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbständigkeit in der eigenen Wohnung hat bei älteren Menschen eine hohe Priorität. Es kann in der angestammten Wohnung ermöglicht werden, aber auch in „neuen“ Wohnformen. Voraussetzung dafür sind barrierefreier Wohnraum und ein barrierefreies Wohnumfeld, am Bedarf orientierte Dienstleistungsangebote, eine Infrastruktur, die sowohl die Versorgung als auch soziale Aspekte berücksichtigt, sowie Nachbarschaften, die Kontakt und Hilfestellungen ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund wird das Thema „Wohnen“ zu einem zentralen Aufgabenbereich der Altenhilfe. Diese Entwicklung wird in dem Begriff „Wohnbezug der Altenhilfe“ zusammengefasst. Darunter ist folgendes zu verstehen:

- Das Ziel der Altenhilfe, die Selbständigkeit älterer Menschen so weit wie möglich zu erhalten, ist nur einzulösen, wenn auch die Wohnungen altersgerecht ausgestattet sind und das Wohnumfeld für das Zusammenleben der Generationen geeignet ist.
- Die Altenhilfe hat sich auf die besonderen Wohnverhältnisse in den einzelnen Stadtteilen auszurichten und auch die eher klassischen Unterstützungsformen kleinräumig in Wohngebiete mit überdurchschnittlich hoher Altenbevölkerung zu bringen.

Der Wohnbezug der Altenhilfe verlangt vor allem soziale und bauliche Interventionen, die sich durch folgendes Indikatorenmodell verdeutlichen lassen:

Mängel und Bedarfsindikatoren	Angebote der Altenhilfe
Bauliche Merkmale der Wohnung <ul style="list-style-type: none"> • Substandard, z.B. Heizung, Bad / WC • zu kleine Wohnung • Die Wohnung ist nur über Treppen zu erreichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen bei der Wohnungsanpassung • Umfassende Modernisierungsmaßnahmen • Unterstützung beim Umzug
Soziale Merkmale <ul style="list-style-type: none"> • hoher Anteil Alleinlebende • Hochaltrige • Mehrpersonen-Haushalte 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch Nachbarschaftshilfe • kommunikative Angebote, Gemeinschaftsangebote • Einsatz ambulanter Pflegedienste • Entlastung der Familienangehörige
Merkmale des Wohnumfeldes <ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Infrastruktur • nicht altengerechte Bausubstanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Einkaufshilfen, Bildung von Fahrgemeinschaften • Beratung und Betreuung während des Umbaus • Zusätzliche teilstationäre Angebote

Der Anteil der über 60-jährigen an der Bevölkerung Bremens betrug 2004 141.682 Personen. Diese Anzahl entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 26,1%. Davon leben ca. 7% in einer altersspezifischen Sonderwohnform, d.h. in Alten- und Servicewohnungen sowie Alten- und Pflegeheimen. Im sonstigen Wohnungsbestand, wie Miet- und Eigentumswohnungen leben 93% der Altenbevölkerung. In Einpersonenhaushalten leben 43% der Älteren. Bei den über 85-jährigen sind dies über 60%.

Der Anteil der Pflegebedürftigen beträgt in Bremen etwa 9.000 regelmäßig pflegebedürftige Menschen. Nimmt man dazu den Anteil derjenigen, die zeitweise auf Unterstützung angewiesen sind, der sich schätzungsweise ungefähr in der gleichen Größenordnung bewegt, so ergibt sich für Bremen eine Zahl von 18.000 Personen. Bei diesen 18.000 Personen handelt es sich um die engere Zielgruppe, die Betreuungsbedarf bei Wohnungsnutzungsproblemen haben könnten.

Nachfolgend werden u.a. die Sonderwohnformen – Alten- und Servicewohnungen – und im Teil 5 des Altenplans die Alten- und Altenpflegeheime ausführlich beschrieben.

2.1. Altenwohnungen

Seit dem Jahr 1966 wurden in Bremen, ebenso wie in anderen Bundesländern, geförderte Altenwohnungen gebaut.

Es handelt sich dabei um abgeschlossene Wohnungen, die in Anlage, Ausstattung und Einrichtung den besonderen Wohnbedürfnissen älterer Menschen Rechnung tragen. Voraussetzung für den Bezug einer solchen Wohnung ist ein Lebensalter von mind. 60 Jahren.

Geförderte Altenwohnungen sind Sozialbauwohnungen mit Belegungsbindung. Neben dem Mindestalter bestehen als weitere Anspruchsvoraussetzungen Einkommensgrenzen, deren Höhe z.Z. für eine Person bei € 12.000,00 (für Ehepaare €18.000,00,-) im Jahr liegt. Ziel ist es, wie im Sozialen Wohnungsbau insgesamt, auch einkommensschwächeren Personen gute Wohnbedingungen zur Verfügung zu stellen. Gerade ältere Menschen haben als Rentenbezieher oft kleinere Einkommen, wobei dies insbesondere alleinstehende / verwitwete Frauen betrifft.

Die Situation auf dem öffentlich geförderten Wohnungsmarkt in Bremen ist seit einigen Jahren gekennzeichnet durch den Wegfall der Sozialbindung vieler öffentlich geförderter Wohnungen. Davon betroffen sind auch die Alten- und Servicewohnungen. Dies führt nicht grundsätzlich zu Mieterhöhungen. Partiiell ergibt sich dennoch, dass sich die Mieten für diese Wohnungen erhöhen können und hierdurch der Bestand an Wohnungen für einkommensschwache Bevölkerungsschichten knapper wird. Gleichzeitig wurden die finanziellen Förderungsmöglichkeiten für den öffentlichen Wohnungsbau eingeschränkt, so dass durch den Neubau kein entsprechender Ausgleich stattfinden konnte.

Wohnungsbestand öffentlich geförderter Alten- und Servicewohnungen

(darin enthalten sind auch Wohnungen, die sich nicht mehr in der Sozialbindung befinden, aber noch unter Beteiligung der Wohnberatung des Amtes für Soziale Dienste bis Dez. 2003 vergeben wurden)

Wohnversorgung							
Alten- Servicewohnungen							
Stadtgemeinde Bremen	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mitte/West	649	649	649	649	649	518	518
Süd	792	774	774	774	774	774	774
Ost	1133	1133	837	761	716	715	715
Nord	365	343	343	343	343	343	343
Gesamt	2939	2899	2603	2527	2482	2350	2350

Der Bestand an Alten- und Servicewohnungen, die sich innerhalb dieser Jahre noch in der Sozialbindung befanden, betrug im Dezember 2003 ca. 2.000 Wohnungen.

In den vergangenen Jahren hat sich in Bremen gezeigt, dass reine Altenwohnungen ohne besonderen Service mehr und mehr an Bedeutung verlieren. Zum einen entsprechen diese Wohnungen nicht mehr den heutigen gültigen Standards und es gibt so gut wie keine öffentliche Förderung für eine Sanierung älterer Wohnanlagen. Zum anderen vollzieht sich bei der älteren Generation ein Werte- und Einstellungswandel. Während die „alten“ Alten hoffen, dass sie nicht zu denjenigen gehören, die notfalls ins Heim umziehen müssen, zeigt sich bei der Generation, die in den kommenden Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden wird, eine hohe Mobilitätsbereitschaft.

Die Hauptgründe für den Mobilitätswunsch sind:

- Man möchte Isolation und Abhängigkeit im Alter möglichst vermeiden
- Man will im Alter „selbständig“ (in einer normalen Privatwohnung) wohnen mit der Option, dass für Krankheit und Pflegebedarf Vorsorge getroffen ist.
- Eine Qualitätsverbesserung wird mit dem Umzug verbunden.
- Eine Rückkehr in die Stadt mit ihren kulturellen und Versorgungsangeboten ist attraktiv.
- Der Mobilitätsbedarf beschränkt sich nicht nur auf die Überlegung noch einmal umzuziehen. Er beinhaltet auch Initiativen zur baulichen, altersgerechten Veränderung am Haus bzw. in der Wohnung.

2.2. Service-Wohnen

Service-Wohnen ist eine Wohnkonzeption, die den subjektiven Einstellungen der jungen und zukünftigen Senioren entspricht und den veränderten Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Wohnen mit Service schafft ein zusätzliches Angebot, das zwischen der familiären Unterstützung in der angestammten Privatwohnung und der stationären Heimpflege angesiedelt ist. Es ist ein „Wohnen plus“, das Ersatz bzw. Ergänzung für die zunehmend geringeren familialen Unterstützungskapazitäten bieten soll.

Mit der Bezeichnung Wohnen mit Service werden verschiedenen Organisationsformen umschrieben. Bei der Konzeption des Service-Wohnens sind aufgrund der Kombination „Wohnungsangebot plus Dienstleistungen“ vertragliche Regelungen erforderlich, die vielfach rechtliches Neuland betreten.

Die rechtssystematische Frage, ob Wohnprojekte mit integrierten Serviceangeboten Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes sind, ist nicht immer eindeutig zu beantworten. Bei der Auslegung des Heimgesetzes wird in der Regel davon ausgegangen, dass die Relation zwischen den Kosten des Mietvertrages und dem Servicevertrag höchstens in einem Verhältnis von ungefähr 100 zu 25 stehen sollte. Das entscheidende Kriterium ist hier aber die mögliche Herausbildung eines Abhängigkeitsverhältnisses.

Die Nachfrage nach einem auf die Wohnbedürfnisse älterer Menschen zugeschnittenen Wohnstandard hat sich gerade in den letzten Jahren weiterentwickelt, insbesondere die Nachfrage nach Servicewohnungen, die in ein Versorgungsnetz eingebunden sind, ist bundesweit deutlich gestiegen. Im Bundesgebiet hat sich die Zahl der Wohnprojekte mit Service-, Betreuungs- und Pflegeangeboten für Senioren seit 1995 von rund 1.500 auf schätzungsweise 3.600 mehr als verdoppelt.

Derzeit liegt der Versorgungsgrad mit Service-Wohnungen im Bundesdurchschnitt bei rd. 1,6 Wohneinheiten je 100 über 65-Jährige. Diese Zahl schwankt in Abhängigkeit von der Standortattraktivität zwischen 0,9% und 2,4%.

Vor diesem Hintergrund hat sich auch in Bremen das Service-Wohnen entwickelt. Es sieht die Verbindung von Altenwohnungen mit individuell festlegbaren Service-Leistungen vor. Der Bewohner gewinnt damit auch in Zeiten von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit Sicherheit und erhält sich die Selbständigkeit und Selbstverantwortung des eigenständigen Wohnens.

Neben den freifinanzierten Servicewohnungen gibt es in Bremen auch öffentlich geförderte Wohnungen mit Service. Der Bezug von öffentlich geförderten Servicewohnungen ist an die gleichen Voraussetzungen wie bei Altenwohnungen gebunden. Die Anzahl der dem Amt für Soziale Dienste - Wohnberatung - für die Vermittlung zur Verfügung stehenden öffentlich geförderten Wohnungen mit Service betrug im April 2004 739 Wohnungen.

Bei einer Servicewohnung schließt der Mieter außer einem Mietvertrag einen Betreuungsvertrag über Service-Leistungen ab. Das Serviceangebot besteht aus einem obligatorischen Grundservice sowie zusätzlichen Wahlleistungen.

Der **Grundservice** in öffentlich geförderten Wohnungen kostet monatlich z.Z. für eine Person € 66,47 - für zwei Personen € 99,70 - und umfasst:

- Tag und Nacht besetzte Notrufanlage
- Schnelle Hilfe und Erreichbarkeit von Mitarbeitern
- Im Falle einer ambulant zu bewältigenden Erkrankung die pflegerische Erstversorgung, Arztbegleitung, Besorgung von kleineren Einkäufen und Medikamenten
- Hilfestellung bei Anträgen und der Organisation von Hilfen
- Ausgewählte kulturelle und gesellige Veranstaltungen und kostenlose Benutzung der Gemeinschaftseinrichtungen.

Folgende Angebote des **Wahlservice** können gegen Erstattung der Kosten in Anspruch genommen werden:

- Reinigung der Mietwohnung
- Wäschereinigung
- Täglicher Mittagstisch (auch Diäten und Schonkost)
- bei Bedarf Frühstück und Abendessen
- Im Falle einer Erkrankung oder Bettlägerigkeit der Einsatz einer häuslichen Krankenpflege
- Fußpflege, Friseur, Massage und physikalische Therapien

Zielsetzung des Service-Wohnens ist es, Älteren auf der Grundlage des selbständigen Wohnens, ein auf entsprechende Erfordernisse abgestuftes flexibles Angebot von Alltagshilfen bzw. Pflegehilfen anzubieten, um ungewünschte Heimunterbringen zu vermeiden. Die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung ist in der Regel mit dem Wechsel des Wohnumfeldes verbunden, kann zur Überversorgung, zu Kontaktverlusten, zur Desorientierung und dem Abbau geistiger Fähigkeiten führen. In dem Konzept des Betreuten Wohnens sollen derartigen Verlusterscheinungen durch die frühe Einbindung der Bewohner in die Aktivitäten der Wohnanlage, der Entfaltung gegenseitiger Bezugnahme sowie Kontakten zum Personal entgegen gewirkt werden.

Je nach Lage und Anbindung der Altenwohnungen mit Service werden die Leistungen z.B. mit Dienstleistungszentren oder stationären Einrichtungen aus dem näheren Umfeld vernetzt (z.B. Notruf, Pflegehilfen, kulturelle Veranstaltungen).

Mit dem Träger von Serviceleistungen wird zusätzlich zum Mietvertrag ein Vertrag zur Erbringung von Serviceleistungen abgeschlossen.

Wohnungsbestand freifinanzierter Servicewohnungen

In den letzten Jahren hat sich der Bestand an freifinanzierten Wohnanlagen mit Service stark entwickelt. Da die öffentliche Förderung des Wohnungsbaus zurückgefahren wurde, haben vermehrt private Investoren in diesem Markt für Senioren investiert. Es werden inzwischen Wohnungen mit Service sowohl in der mittleren Mietpreispreisstufe als auch Wohnungen mit gehobener Ausstattung und umfangreichem Service zu exklusiven Mietpreisen angeboten. Der Wohnungsmarkt scheint in diesem Bereich zu boomen und regelt sich nach den allgemeinen Grundsätzen der Marktwirtschaft, ohne dass behördlicherseits auf diese Entwicklung Einfluss genommen werden kann. Lediglich im Zusammenhang mit dem Bau stationärer Einrichtungen, die zum Teil in Kombination mit dem Bau von Servicewohnungen geplant werden, wenden sich Träger an die Behörde, um sich über den Bedarf beraten zu lassen.

Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass eine Gesamtübersicht über den Bestand an freifinanzierten Altenwohnungen mit Service zur Zeit nicht erstellt werden kann. Die Anzahl der dem Amt für Soziale Dienste - Wohnberatung - zur Vermittlung zur Verfügung stehenden freifinanzierten Wohnungen mit Service betrug im April 2004 917 Wohnungen.

2.3. Wohnungsanpassung

Ziel der Wohnungsanpassung ist es, bestehende "normale" Wohnungen an die Bedürfnisse Älterer und Behinderter Menschen anzupassen, damit sie ihren selbständigen Haushalt aufrecht erhalten können. Ältere Menschen sollen nicht deshalb umziehen müssen, weil ihre Wohnungen nicht altersgerecht sind. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass die meisten Menschen in ihren Wohnungen und in ihrem vertrauten Umfeld bleiben möchten.

Bei der Wohnungsanpassung geht es um kleinere und mittlere baulich-technische Maßnahmen in privaten Wohnungen. Diese Maßnahmen liegen in der Regel unterhalb der Schwelle einer Modernisierung.

Die Beseitigung von Barrieren aller Art sowie kleinere Alltagserleichterungen und auch technische Hilfen bilden den Schwerpunkt der Anpassungsmaßnahmen. Der wichtigste Ort für technische Veränderungen ist das Bad. Von besonderer Bedeutung sind zudem alle Maßnahmen, die das Überwinden von Stufen und Schwellen erleichtern.

Finanzierung von Anpassungsmaßnahmen:

Die wichtigsten Finanzierungsgrundlagen für ältere Menschen sind das Pflegeversicherungsgesetz, die Krankenversicherung und die Sozialhilfe. Während bei den Pflegekassen ein Förderungshöchstbetrag von € 2556,00 pro Maßnahme gilt, ist eine Förderung durch die Sozialhilfe bei Vorliegen der Anspruchsberechtigung und unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit in der Höhe unbegrenzt. In vielen Fällen erfolgt daher auch eine Mischfinanzierung. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten von Anpassungsmaßnahmen bieten die gesetzlichen Krankenkassen (nicht bauliche Maßnahmen), die Hauptfürsorgestelle bei Hilfen zur beruflichen Eingliederung bzw. beruflichen Rehabilitation und die gesetzliche Unfallversicherung.

2.4. Wohnberatung im Amt für Soziale Dienste

Im Zuge der Einführung von Sozialzentren im Amt für Soziale Dienste und mit der Umsetzung der Sozialgesetzbücher (SGB) II und XII, ist das Angebot „Wohnberatung für ältere und mobilitätsbeeinträchtigte Menschen“ in die Präventionsberatung der Wohnungshilfe integriert worden. Damit wurde eine flächendeckende Wohn- und Präventionsberatung sicher gestellt.

Spezielle Angebote für ältere Menschen sind:

- Beratung zu Fragen des Wohnens
- Vergabe von geförderten Altenwohnungen und Service-Wohnungen
- Beratung zum Umzugsmanagement
- Beratung und Begleitung von individuellen Wohnungsanpassungsmaßnahmen einschließlich der Einleitung deren finanzieller Absicherung

Die folgenden Tabellen vermitteln einen Überblick zur Entwicklung der Vermittlungen von Alten- und Service-Wohnungen von 1995 bis 2003 sowie Anpassungsmaßnahmen:

Durchgeführte Vermittlungen in Altenwohnungen 1995 - 2003

Stadtgemeinde Bremen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mitte/West	75	53	46	48	50	57	51	47	50
Süd	113	65	85	88	61	62	55	58	60
Ost	131	102	99	128	103	76	77	59	56
Nord	29	33	28	30	35	36	30	42	46
Gesamt	348	253	258	294	249	231	213	206	212

Durchgeführte Vermittlungen in Servicewohnungen 1995 - 2003

Stadtgemeinde Bremen	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mitte/West	15	10	23	26	27	22	26	8	26
Süd	33	15	31	22	31	30	25	23	21
Ost	38	59	20	22	37	25	29	32	35
Nord	43	44	32	39	35	44	27	28	28
Gesamt	129	138	106	109	130	121	107	91	110

Durchgeführten Anpassungsmaßnahmen im Zeitraum von 1997 - 2003

Stadtgemeinde Bremen	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Mitte/West	20	10	1	4	1	7	8
Süd	46	42	62	53	24	18	8
Ost	12	14	16	24	13	11	13
Nord	29	31	24	38	22	19	22
Gesamt	107	97	103	119	60	55	51

2.5. Koordinierungsstelle „Wohnkonzepte der Zukunft“, Selbstbestimmt Leben im Alter

Im Rahmen eines Bundesmodellprogramms „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ wurde in Bremen in Kooperation zwischen der Architektenkammer Bremen und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales über einen Zeitraum von drei Jahren eine Projektgruppe eingerichtet, die sich schwerpunktmäßig folgende Ziele gesetzt hatte:

- Konzeptionalisierung und Erprobung der Inanspruchnahme der Wohnberatung als marktfähige Dienstleistung.
- Entwicklung eines neuen Angebotes der Wohnberatung (Umzugsmanagement)
- Entwicklung von Konzepten für die aus der Belegbindung fallenden sozialen Altenwohnungen.

Diese Zielsetzung ergab sich aus der Arbeit der Wohnberatungsstellen, durch die Entwicklungsbedarfe sichtbar wurden, die von den Wohnberatungsstellen allein nicht abgedeckt und aufgearbeitet werden konnten. Im wesentlichen wurden dabei Defizite in der Koordinierung und Konzeptionalisierung übergreifender Problemstellungen deutlich. Nachfolgend die von der Koordinierungsstelle entwickelten Ergebnisse und Empfehlungen in einer Kurzfassung:

- **Verpreisung von Wohnberatung**

Ergebnisse aus dem über viereinhalb Monate laufenden Praxistest zur Verpreisung der Dienstleistung Wohnberatung zeigen, dass nur 9% der in diesem Zeitraum zu einer Wohnungsanpassungsmaßnahme beratenen Personen „Selbstzahler“ waren. In 91% der Fälle mussten die Beratungen von der Sozialhilfe, der Pflegekasse oder der Berufsgenossenschaft übernommen werden. Gespräche mit den Wohnungsbaugesellschaften und den Pflegekassen habe bisher zu keinem Ergebnis geführt. Im Rahmen der Kooperation zwischen AfSD und kom.fort (siehe 2.6.) werden diese Gespräche fortgesetzt.

- **Umzugsmanagement**

Der durchgeführte Praxistest hat gezeigt, dass es eine große Nachfrage nach Unterstützungsleistungen beim Umzug gibt. Dabei stand die Finanzierung des Umzugs an erster Stelle gefolgt von der Vermittlung ambulanter Dienste. Die organisatorischen Hilfen nahmen dagegen einen deutlich geringeren Raum ein. Hier stand die Renovierungshilfe im Vordergrund, die von einem Fünftel der Kunden (21%) in Anspruch genommen wurde, gefolgt von der Entsorgung nicht weiter verwendbarer Möbel (13%). Gut 10% der Kunden ließen sich in Mietvertrags-Fragen beraten und nahmen Wegebegleitung bei Behördengängen in Anspruch.

Die Kooperation zwischen Beratungsstellen und Umzugsunternehmen verlief reibungslos. Der Praxistest lieferte wichtige Hinweise für eine weitere Optimierung der notwendigen Kooperationsformalitäten.

Die Koordinierungsstelle empfiehlt die Einführung des Umzugsmanagements in Bremen. Mehrere private Unternehmen haben sich auf diesen Bereich inzwischen spezialisiert.

- **Konzepte für die aus der Belegbindung fallenden sozialen Altenwohnungen**

Das Ergebnis der Bewertung zeigt, dass 70% der Anlagen erhaltenswert sind, jedoch durch bauliche Maßnahmen aufgewertet werden müssten. 30% der Anlagen sollten einer anderen Nutzung zugeführt werden.

Perspektivisch empfiehlt die Koordinierungsstelle folgende Lösungen an zwei bis drei Standorten exemplarisch zu prüfen:

- Altenwohnungen ohne Sozialbindung werden an ältere Menschen mit etwas höherem Einkommen vermietet.
- Altenwohnungen an attraktiven Standorten werden mit öffentlichen Mitteln modernisiert und an die Bedürfnisse älterer resp. behinderter Menschen angepasst.
- Altenwohnungen werden im Einzelfall angepasst oder durch Zusammenlegung in barrierefreien Wohnraum umgewandelt.

Altenwohnanlagen an problematischen Standorten werden umgewidmet und an andere Personengruppen (z.B. Studenten) vermietet, bzw. dem freien Wohnungsmarkt zugeführt. Wohnungssanierungen werden inzwischen durchgeführt.

- **Musterwohnung**

Zu den Ergebnissen der Projektgruppe gehörte auch die Empfehlung zur Einrichtung einer Musterwohnung für barrierefreies Bauen und Wohnen.

2.6. Musterwohnung kom.fort

Im Juni 2003 wurde die Beratungsstelle kom.fort – Beratung für barrierefreies Bauen und Wohnen – eröffnet. Träger dieser Beratungsstelle ist die Architektenkammer Bremen. Kom.fort bietet eine Ausstellung mit einer barrierefreien Musterwohnung. In dieser Wohnung werden anhand von konkreten Wohnsituationen, Möbel und Produkte ausgestellt, die ein breites Spektrum technischer und baulicher Lösungen aufzeigen, und für Menschen jeden Alters, mit oder ohne Handicap eine selbständige und unabhängige Lebensführung ermöglichen und die Bewältigung des Alltags erleichtern.

Im April 2004 wurde ein Förderverein kom.fort gegründet mit dem Ziel, die inhaltliche Ausrichtung von kom.fort auf eine breitere Basis zu stellen und die Beratungsstelle langfristig abzusichern und sowohl inhaltlich als auch finanziell für Unterstützung zu sorgen.

Kom.fort richtet sich an Interessenten, die sich gezielt über Barrierefreiheit beim Bauen und Umbauen informieren möchten.

Kom.fort kooperiert mit der Wohnberatung des Amtes für Soziale Dienste. Über eine entsprechende Vereinbarung wird z.Z. beraten.

2.7. Handwerksinitiative AGEHA

Im Gegensatz zu kom.fort hat die AGEHA GbR ("Arbeitsgemeinschaft Exklusives Handwerk") Interessenten als Zielgruppe, für die Barrierefreiheit bei Kauf-, Bau- oder Umbauentscheidungen nicht im Vordergrund steht oder die barrierefreies Bauen vordem nicht als Option in Betracht gezogen hatten. Das Angebot richtet sich an kaufkräftige und anspruchsvolle Kundschaft im gehobenen Alter.

Die Handwerksinitiative AGEHA GbR, gegründet unter Mithilfe der Handwerkskammer in Begleitung durch die BIA, mit Unterstützung des Wirtschafts- und des Sozialsenators, eröffnet neue Möglichkeiten für Menschen über 50, die nach Bremen ziehen oder in Bremen wohnen bleiben

möchten. Angebote für einen altersgerechten Ausbau oder -umbau ihres Hauses oder ihrer Wohnung können von einem Netzwerk der Handwerksbetriebe eingeholt werden. Die Betriebe haben sich in der AGEHA GbR zusammen geschlossen. Bei der Altersgruppe ab 50 handelt es sich um eine zum Teil sehr kaufkräftige Bevölkerungsgruppe mit gehobenen Ansprüchen an attraktives Wohnen. Für Bürger/innen, die nach Bremen ziehen oder hier bleiben wollen, kann das Angebot der Handwerksinitiative eine deutliche Erleichterung ihrer Wohnortentscheidungen für Bremen darstellen.

An dem Netzwerk nehmen bisher zehn Handwerksbetriebe sowie ein Architektenbüro teil. Im September 2005 haben die Ausstellungsräume der AGEHA GbR den Betrieb aufgenommen.

2.8. Fachkommission Wohnen im Alter, Wohnprojekte

In Bremen gibt es Ansätze, älteren Menschen durch die Vermittlung unterstützender Dienstleistungen und die Förderung gemeinschaftlicher Zusammenhänge und gegenseitiger Hilfeleistung den Verbleib im vertrauten Wohnquartier zu ermöglichen. Die Vermeidung unnötiger oder vorzeitiger Pflegeheimaufenthalte liegt dabei gleichermaßen im Interesse von Bewohner/innen, Vermietern, ambulanten Pflegedienstleistern und der Freien Hansestadt Bremen.

Wohnungsunternehmen in Bremen haben begonnen, bei Modernisierungsmaßnahmen Anforderungen des barrierefreien Bauens zu berücksichtigen. In bisher drei geplanten Projekten sollen Mietern Gemeinschaftsräume und -aktivitäten sowie Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, mit dem Ziel, sie in Ihrer Wohnsituation zu stabilisieren. Wohnungsunternehmen und Anbieter ambulanter Pflege stellen Mitarbeiter/innen und Räume für Beratung, Vermittlung von Dienstleistungen und Förderung der Nachbarschaftlichkeit zur Verfügung. Diese Angebote sind mit dem sog. "Bielefelder Modell" vergleichbar. Die Projekte werden begleitet von der 2005 gegründeten Fachkommission Wohnen im Alter und sollen ab Jahresanfang 2006 in Betrieb gehen.

2.9. Wohnraumförderungsgesetz

Der Bundestag hat im Juni 2001 ein neues Wohnbaurecht verabschiedet, das die Wohnungsverversorgung einkommensschwacher und sozial benachteiligter Menschen in den Vordergrund stellt. Neben dem Wohnungsneubau wird die Modernisierung, der Erwerb von Belegungsrechten sowie der Ankauf von bestehendem Wohnraum gefördert. Zusätzlich zur Gewährung öffentlicher Finanzmittel können auch Garantieerklärungen, Bürgschaften oder verbilligtes Bauland zur Verfügung gestellt werden.

Ein Instrument der Förderung bilden gemäß § 14 (WoFG) Kooperationsverträge, die die Kommunen mit der Wohnungswirtschaft bzw. einzelnen Wohnungsunternehmen abschließen können, ggf. auch unter Beteiligung freier Träger.

In bezug auf die Zielgruppe der älteren und behinderten Menschen ist es Ziel, dass diese Kooperationsverträge dazu beitragen, die Wohnraumversorgung von Haushalten mit besonderen sozialen Problemen auch zukünftig abzusichern bzw. zu verbessern. Der Bestand an Alten- und Behindertenwohnungen soll gesichert und erweitert werden. Dazu werden in den Kooperationsverträgen folgende Regelungen getroffen:

- eine Verstärkung der Kooperation der Wohnungsunternehmen mit dem Senator für Arbeit, Frauen, Jugend und Soziales

Zur Umsetzung dieser Zielvereinbarungen wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe vereinbart. Darüber hinaus besteht Einvernehmen, dass das Vorschlagsrecht des Amtes für Soziales Dienste - Wohnberatung für ältere und behinderte Menschen – bei der Vergabe der Alten- und Behindertenwohnungen auch nach Auslaufen der Belegbindung weiter bestehen bleibt.

2.10. Landesbauordnung

Im Rahmen der aktuellen Novellierung der Landesbaudordnung wurden wichtige Regelungen für das behindertengerechte barrierefreie Bauen aufgenommen. Danach müssen künftig in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sein. In diesen Wohnungen müssen Wohn- und Schlafräume, ein Bad und die Küche für Rollstühle zugänglich sein. Weitere Bestimmungen regeln die Nutzung von öffentlich zugänglichen Gebäuden, z.B. auch Altenwohnanlagen. Diese müssen von behinderten Menschen ebenfalls ohne fremde Hilfe genutzt werden können und mindestens über eine Toilette nach DIN 18024 T 2 (Barrierefreies Bauen, öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten) verfügen.

Ergänzend zu der Landesbauordnung wurde eine Technische Baubestimmung zur DIN 18025 Teil 2 erlassen. Diese Technische Baubestimmung gilt für die Planung von Wohnungen, die nach der Maßgabe der §§ 47 Abs. 6, §38 Abs. 7 und § 53 Abs. 3 Nr. 2 (z.B. Altenwohnungen) der Bremischen Landesbauordnung barrierefrei erreichbar und mit dem Rollstuhl zugänglich und nutzbar sein müssen. Als weitergehende Empfehlung zur Barrierefreiheit gibt die Technische Baubestimmung Planungshinweise zur Umsetzung der umfassenderen Anforderungen nach DIN 18025 Teil 2 , Barrierefreie Wohnungen.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

In den letzten Jahren hat das Thema Wohnen in der Altenhilfe an Bedeutung gewonnen. Das ergibt sich aus veränderten Bedürfnissen der Menschen, z.B. dem Wunsch nach verstärkter Selbständigkeit, Unabhängigkeit aber auch Vertrautheit mit dem gewohnten Wohnumfeld. Die Aktualität des Themas für die Altenhilfe ergibt sich vor allem aus den Lebenslagen der älteren Menschen. Stichworte hierzu sind: Die Abnahme von sensu- und psychomotorischen Fähigkeiten sowie der körperlichen Mobilität, die im Alter den Aktionsradius begrenzen. Die Wohnung wird so zum Mittelpunkt alltagsweltlicher Lebenserfahrungen.

Die Zunahme von Ein-Personenhaushalten bei gleichzeitiger Erhöhung der Lebenserwartung wird seit längerem festgestellt. Damit reduziert sich das Potential unmittelbarer Betreuungs- und Pflegepersonen. Zugleich wird der spätere Einzug und die kürzere Verweildauer in Einrichtungen der stationären Altenhilfe beobachtet. Der Wunsch von älteren und mobilitätsbeeinträchtigten Menschen, solange wie möglich in ihrer eigenen Wohnung ein weitgehend selbständiges Leben zu führen, wird vor allem durch zwei Entwicklungen unterstützt: Dem Ausbau von **Beratungsangeboten**, die ältere Menschen bei

Problemen, die sich aus der Nutzung der Wohnung ergeben, unterstützen und der Erweiterung des Angebotes an **Betreuten Altenwohnungen**.

Im einzelnen werden folgende Maßnahmevorschläge gemacht:

1. Beratung über Fragen des Wohnens im Alter

Der Schwerpunkt der Wohnungspolitik für ältere Menschen richtet sich zunächst auf die normalen Wohnverhältnisse.

Bislang werden die Möglichkeiten zur Gesundheitsprävention und zur Erleichterung „des zu Hause Lebens im Alter“ nur unzureichend genutzt, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass sowohl die älteren Menschen selbst als auch die Dienstleister „vor Ort“ die Gestaltungsmöglichkeiten nicht oder nur zum Teil kennen. Aus diesem Grund ist eine Verbesserung der Wohnberatung sowohl aus gesundheitspolitischen als auch aus sozial und wirtschaftlichen Gründen erforderlich.

Die Beratung über Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Gestaltung der Wohnung ist weiterhin die Aufgabe von Wohnberatung. Durch Öffentlichkeitsarbeit werden ältere Menschen nicht nur informiert, sondern auch darin unterstützt, Wohnungsanpassungsmaßnahmen durchführen zu lassen. Dies ist durch eine allen Bürgern zugängliche Informations- und Beratungsmöglichkeit sicherzustellen, die Lösungen bei Wohnnutzungsproblemen aufzeigt. Hierbei ist die Musterwohnung kom.fort zur Demonstration alten- und behindertengerechten Wohnens, als auch die individuelle Beratung und ggf. Begleitung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen ein wichtiger Bestandteil des Angebots.

Für die Durchführung von Wohnungsanpassungen besteht z.Z. kein Förderprogramm. Wünschenswert wäre eine Wohnberatung im Sinne eines Kompetenzzentrums „Barrierefreies Wohnen“. Über eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Amt für Soziale Dienste und kom.fort wird z.Z. beraten.

Barrierefreie und altengerechte Wohnungen und Wohnungsausstattungen sind eine Voraussetzung für eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung in der häuslichen Umgebung bzw. in der eigenen Wohnung. Wohnungen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, bergen Gefahren für die dort lebenden älteren Menschen. Sie tragen häufig zu Unfällen und langwierigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei. Wohnungsanpassun-

Öffnung der Wohnberatung für von Wohnungsnutzungsproblemen betroffene ältere Menschen.

Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit

Verstetigung / Absicherung der Musterwohnung

Kooperation AfSD / kom.fort

Schwerpunkt Wohnungsanpassungen

gen stellen vor diesem Hintergrund ein wichtiges Instrument zur Gesundheitsförderung bei älteren Menschen dar. Für Seniorinnen und Senioren mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bieten sie darüber hinaus die Chance, die Wohnung an die individuellen Bedürfnisse anzupassen und so einen Verbleib in der vertrauten Wohnung zu ermöglichen.

2. Die Vergabe kommunal geförderter Alten- und Behindertenwohnungen

Altenwohnungen

Der Bestand der Altenwohnungen ist aufgrund von Lage, Größe und Ausstattung besonders auf die Wohnbedürfnisse Älterer ausgerichtet. Diese generelle Bewertung muss aber in folgenden Punkten eingeschränkt werden.

25% des Altenwohnungsbestandes wurde zwischen 1966 und 1969 gebaut. Der ältere Wohnungsbestand hat teilweise sehr kleine Wohnungen (rd. 30 m²) ohne getrennte Wohn- und Schlafräume. Auch die Ausstattung der Bäder mit (Sitz-) Badewannen entspricht nicht mehr den heutigen Anforderungen. Bei ungünstiger Infrastruktur ist die Nachfrage gering. Daher werden diese Wohnungen oftmals auch an unter 60jährige vermietet.

Sozial geförderte Altenwohnungen fallen generell nach ca. 30 Jahren aus der Einkommensbindung. Diese Wohnungen sind weiterhin älteren Menschen vorbehalten.

Die Aufgabe der Einkommensbindung hat die Reduzierung des Wohnungsbestandes für Bewohner unterer Einkommensgruppen zur Folge. Entsprechend muss der Bestand gesichert werden. Hier gilt es auf der Grundlage des Wohnraumförderungsgesetzes gem. § 14 in enger Zusammenarbeit mit den Wohnungsbauunternehmen auch für untere Einkommenschichten angemessenen Wohnraum bereit zu stellen.

Beim Neubau von Altenwohnungen ist es Ziel, eine stadtteilbezogene Versorgungsstruktur und -vielfalt aufzubauen. Der Versorgungsgrad mit Altenwohnungen liegt in einigen Stadtteilen weit unter dem städtischen Durchschnitt

Bestand und Qualitätsstandard der Altenwohnungen sichern

Förderprogramm zur Sanierung des Bestandes

Den Wohnungsbestand für die bisherigen Bewohner erhalten bzw. an Ältere mit mittleren Einkommen vergeben

Neubaupriorität in unterversorgten Stadtteilen

Verteilung bedarfsgerechter sichern

Die Größe von Altenwohnanlagen sollte überschaubar bleiben, auch im Hinblick auf die Anzahl der Bewohner. Es wird daher eine Größenordnung von 30 - 50 Wohneinheiten empfohlen.

Bei Neubauten überschaubare Größenordnungen (30-50 WE) nicht überschreiten

Darüber hinaus gibt es im sozialen Wohnungsbestand Wohnungen, die relativ barrierefrei und für die Zielgruppe älterer und behinderter Menschen ohne größere Umbaumaßnahmen geeignet sind, ohne dass sie bisher als Alten- oder Behindertenwohnung ausgewiesen sind. Bei der Vergabe dieser Wohnungen sind ältere und behinderte Wohnungssuchende zu berücksichtigen.

Vermehrte Nutzung vorhandener Wohnungen als Alten- und Behindertenwohnungen

3. Wohnumfeld

Für Ältere besteht ein besonders ausgeprägter Bezug zu ihren Wohnquartieren, da sie aufgrund von Mobilitätsbeeinträchtigungen und entsprechend geringerem Aktionsradius in besonders hohem Maße auf ein gut ausgestattetes Wohnumfeld angewiesen sind, um sowohl eine selbständige Lebensführung aufrechterhalten zu können, aber auch z.B. Bedürfnisse nach Sozialkontakten und Naturerlebnissen zu befriedigen.

Ältere in Planungsprozesse einbeziehen

Die lokalspezifischen Ortskenntnisse können insbesondere in den Ortsämtern erwartet resp. mittels zugehender Beteiligungsverfahren der Bevölkerung gesammelt und bei entsprechenden Planungsvorhaben eingebracht werden.

4. Neue Wohn- und Lebensformen

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass die Nachfrage nach alternativen Wohnformen, wie z.B. Wohnen mit Service oder Hausgemeinschaften steigt. Hier ist es erforderlich, Interessenten neuer Wohn- und Lebensformen zu unterstützen, weil von diesen innovative Impulse für den gesamten Lebensabschnitt "Alter" ausgehen.

Neben den Anlauf- und Beratungsstellen, sollte auch im Rahmen einer Wohnberatung über bestehende Wohnformen informiert und Interessenten zusammengeführt werden.

Interessenten für neue Wohn- und Lebensformen zusammenführen und unterstützen

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die Hilfestellung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum.

In den letzten Jahren gab es erfolgversprechende

Bemühungen, auch generationsübergreifende Wohnanlagen zu bauen und anzubieten, die durch die Verbindung mit individuell abgestimmten Service- und Pflegeleistungen ein selbständiges Wohnen ermöglichen. Besonders attraktiv sind diese Wohnanlagen, wenn eine Vernetzung mit dem Leben in den Stadtteilen gelingt. Diese Wohnangebote sind insbesondere zu fördern, wenn sie auch als Alternative zur stationären Pflege genutzt werden können. Besondere Bedeutung kommt dabei den Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen zu (s. dazu Punkt 6.3.6.5) Diese Modelle sind zu unterstützen und zu fördern, wenn sie von ihrer inhaltlichen und ökonomischen Ausgestaltung eine Alternative zur stationären Versorgung darstellen.

Generationsübergreifende Wohnanlagen

Wohngemeinschaften für dementiell erkrankte Menschen unterstützen und fördern.

3. Beratung und Versorgung zu Hause

3.1. Der Sozialdienst Erwachsene

A - IST Beschreibung

Rahmenbedingungen

Der ehemalige Sozialdienst „Ältere Menschen“ durchlief in den letzten Jahren Veränderungen. So hat der Sozialdienst für den Bereich ältere Menschen durch die Einführung der Pflegeversicherung und die Begutachtung von Pflegebedürftigen durch den MDK eine Funktionsänderung erfahren.

Auf Grund sozialpolitischer Beschlüsse wurde am 01.10.2001 die Einrichtung von 12 Sozialzentren im Amt für Soziale Dienste eingeleitet. Die bisher getrennt arbeitenden Sozialdienste für „Erwachsene ohne Kinder“ und für „Ältere Menschen“ wurden zusammengelegt zu einem „Ambulanten Sozialdienst für Erwachsene“. Die personelle Ausstattung wurde auf insgesamt 36 Stellen festgeschrieben.

Durch die Einführung der Sozialgesetzbücher SGB II und XII und der damit verbundenen Trennung und Verlagerung von Zuständigkeiten für die Zielgruppen wurde eine erneute Gebietsorientierung erforderlich. Seit Ende 2004 ist der Sozialdienst Erwachsene in 6 neu gegründete Sozialzentren integriert. Die enge Kooperation mit den Sozialdienst „Wirtschaftliche Hilfen“ bietet der Klientel eine wesentlich verbesserte Organisation bei der Vermittlung von Hilfen im Einzelfall und stadtteilbezogen an.

Selbstverständnis des Sozialdienstes

Der Sozialdienst Erwachsene ist eine unverzichtbare Beratungs- und Steuerungsinstanz bei Lebenskrisen und Versorgungssituationen, die mit dem Alter zusammenhängen. Beratung und Hilfen berücksichtigen die Selbstbestimmung und Autonomie der Hilfesuchenden. Die Bürger und Bürgerinnen wirken bei der Entscheidung, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen wollen, soweit es ihnen möglich ist, mit. Der Sozialdienst orientiert sich dabei auch an der jeweiligen persönlichen Lebenswelt der Adressaten.

Die Menschen werden nicht als isolierte Wesen verstanden, sondern eingebunden in ein soziales und kommunikatives Umfeld. Damit sind Orte und Quartiere, Familien- und Freundschaftsbezüge gemeint, die den Alltag der Menschen prägen. Die Hilfe erfolgt im sozial kleinräumigen Bezug unter Einbeziehung realer und potentieller Ressourcen. Hilfe und Unterstützung finden im Rahmen eines Beteiligungs- und Aushandlungsprozesses statt.

Der Sozialdienst Erwachsene sieht sich als Interessenvertreter für die Entwicklung von institutionellen Angeboten, die die Selbstbestimmung der Bürger/innen ermöglichen und ihre individuelle Kompetenz fördert. Besonderer Bezugspunkt des Sozialdienstes Erwachsene ist der Lebensraum der Adressaten. Der Sozialdienst fördert und unterstützt u.a. familiäre sowie nachbarschaftliche Beziehungen und verschiedene Formen der Selbsthilfe in Verbindung mit professionell organisierten Leistungsangeboten.

Aufgabe des Sozialdienstes ist es auch, „ältere“ Menschen bei der Bewältigung der lebenslagenbezogenen, sozialen und gesundheitlichen Problemlagen zu unterstützen. Besonderer Bezugspunkt dabei ist der Lebensraum älterer Menschen. Dies sind insbesondere Wohnorte und Quartiere, die den Alltag der Menschen mit prägen. Zentrale Bedeutung fällt dabei der Wohnsituation älterer Menschen zu. Der Erhalt der eigenen Wohnung ist auch bei Krankheit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorrangig vor einem Umzug in ein Pflegeheim.

Arbeitsweise: Beteiligungs- und Aushandlungsprozesse

Die Angebote besonders für ältere Menschen sind durch das empirische und fachliche Wissen geprägt, dass mit dem Beginn der nachberuflichen Lebensphase der Verlust der Teilhabe am gesellschaftlichen Produktionsprozess verbunden ist und sich damit Alltagsrhythmen, Kommunikationsbezüge und Einkommen ändern. Hinzu kommen z.T. Belastungen wie Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Dabei gilt der Grundsatz der größtmöglichen Beteiligung der Adressaten bei der Gestaltung von Hilfe- und Selbsthilfeprozessen.

Die Mitarbeiter/innen des SD sind „Experten“ für die Organisation und Vermittlung verschiedenster Arten der Förderung, Unterstützung, Entlastung und Hilfe, sowohl für einzelne Bürger als auch für Gruppen und bezogen auf die Qualität von Lebensräumen. Dabei besteht eine Verpflichtung gegenüber den Bürger/innen und eine Bindung an gesetzliche und fachliche Vorgaben unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Maßnahme. Die Dienstleistungen des Sozialdienstes besitzen Angebotscharakter. Sie setzen Verständigung und Absprache mit den beteiligten Bürgern voraus. Hilfe und Unterstützung finden im Rahmen eines Beteiligungs- und Aushandlungsprozesses statt. Ziel ist es, zur Erweiterung von Möglichkeiten beizutragen, insbesondere Voraussetzungen zu schaffen, sich selbst zu helfen, selbstständig und selbstverantwortlich zu leben.

Anknüpfungspunkte sind die individuellen Stärken, Fähigkeiten und Potentiale, die es zu entfalten gilt, und nicht die Beschränkung auf Defizite. „Hierzu ist es wichtig, die Bedingungen in der sozialen Umwelt bereitzustellen und zu pflegen, die Empowerment-Prozesse von Individuen in Gruppen und sozialen Strukturen ermöglichen.“¹

Nicht jede Hilfe ist als kontraktfähige Dienstleistung gestaltbar. Insbesondere gilt dies, wenn Menschen in bestimmten Krisensituationen die Fähigkeit verlieren, sich selbst und ihr Umfeld zu organisieren. In solchen Fällen wird, solange wie nötig, die Verantwortung für externe Lösungen übernommen.

Leistungsbeschreibung

Die folgende Tabelle konkretisiert die in der Vergangenheit geleisteten Regeltätigkeiten für die Zielgruppe und dokumentiert die dazugehörigen Fallzahlen. Die Tätigkeiten haben sich den verändernden gesetzlichen Vorgaben und den gesellschaftlichen Entwicklungen flexibel anzupassen und sich gemäß den jeweiligen Zielen in den Aufgabenfeldern weiter zu entwickeln.

Klienten-Zielgruppe	Regeltätigkeiten	Fallzahlen
Ältere, körperbehinderte und chronisch kranke Menschen mit Versorgungsbedarf (ohne Eingliederungshilfe)	<ul style="list-style-type: none"> Beratung der Betroffenen, Angehörigen sowie anderen Bezugspersonen, Casemanagement Krisenmanagement insbesondere bei dementen ältere Menschen Vermittlung ambulanter, hauswirtschaftlicher, pflegerischer Hilfen Bedarfsfeststellung nach Leistungskomplexen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach §§ 67-69 SGB XII und für hauswirtschaftliche Hilfen Beratung und Casemanagement bei stationärer Unterbringung 	lt. Statistik 2004 gesamstädtisch: 2.925 Fälle im Jahr = durchschnittlich 244 Fälle im Monat

¹ Bobzien/Stark in Balke/Thiel 1991, S.169-187

	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation mit Trägern u. Einrichtungen • Sachverhaltsaufklärungen bei Antrag auf Einrichtung einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BtG) (in Delegation der Betreuungsbehörde) 	
--	---	--

Aufgabenbereiche

Übergreifende Aufgaben

Die Tätigkeit des Sozialdienstes ist darauf ausgerichtet, die Zielgruppe einzelfallübergreifend zu unterstützen, Hilfen und Maßnahmen anzuregen, z.B. bei der Mitwirkung in Projekten zur Wohnumfeldverbesserung und bei der allgemeinen Entwicklung von Angeboten.

Der ambulante Sozialdienst steht außerdem in enger Kooperation mit dem „Sozialdienst im Krankenhaus“ und den in der Altenarbeit angesiedelten freien Trägern. Inhaltlich ist der Sozialdienst mitverantwortlich für die Gestaltung der sozialen Arbeitskreise in den einzelnen Stadtteilen, die der Kooperation aller Angebote in den Regionen dienen. Dies geschieht zusammen mit den Dienstleistungszentren und freien Trägern. In den Arbeitskreisen wird für besondere Einzelfälle und einzelfallübergreifend die Kooperation vereinbart. Zudem soll der Ausbau des Versorgungssystems von den kooperierenden Trägern getragen werden. In den Regionen Nord und Süd bestehen in Bremen bereits entsprechende Arbeitskreise. Durch eine neue Geschäftsordnung sollen mehr Verbindlichkeit und der gesamtstädtische Ausbau erreicht werden.

Fallbezogene Arbeitsweise

Die Schwerpunktarbeit des Sozialdienstes besteht in folgenden einzelfallbezogenen Aufgaben:

- Beratung älterer Menschen in allen Lebensfragen.
- Informationen über soziale Dienstleistungen und die Aufgaben anderer Institutionen in der Altenhilfe.
- Vermittlung ambulanter Hilfen in enger Kooperation mit den Dienstleistungszentren. Der Sozialdienst klärt die Finanzierung notwendiger Hilfen, beurteilt den Hilfeumfang und die Hilfenotwendigkeit und gibt in diesem Zusammenhang fachliche Stellungnahmen gegenüber den Wirtschaftlichen Hilfen im Rahmen der Sozialhilfeleistungen ab.
- Beratung und Hilfen bei Altersverwirrung sowie Verwahrlosung. Der Dienst kooperiert nicht nur mit den betroffenen älteren Menschen, sondern mit ihrem Umfeld, mit den Angehörigen und mit anderen Diensten. Gegebenenfalls initiiert der Sozialdienst Antragstellungen beim Vormundschaftsgericht auf Einrichtung einer Betreuung.
- Unterstützung älterer Menschen bei Problemen im Bereich des Wohnens. (Siehe auch Teil 2. Wohnen im Alter)
- In Fällen von Räumungsklagen klärt der Sozialdienst die Wohnungsnotlage und ist an der Entscheidungsfindung in der Zusammenarbeit mit den wirtschaftlichen Hilfen des Amtes beteiligt.
- Der Sozialdienst berät ältere Menschen im Heimaufnahmeverfahren. Er unterstützt ältere Menschen bei der Vorbereitung und dem Wechsel in eine stationäre Einrichtung. Er beurteilt die Heimnotwendigkeit. Er wird gutachterlich tätig in Kostenfragen, d.h. der Sozial-

dienst beurteilt die Heimnotwendigkeit vor allem, wenn keine Ansprüche gegenüber der Pflegekasse geltend gemacht werden können.

- Beratung älterer Menschen in Alten- und Pflegeheimen.

Angeichts der Zuständigkeitsänderungen seit Einführung der Pflegeversicherung ist insbesondere der Zugang der Hilfe- und Pflegebedürftigen und der Angehörigen zu dem Dienst zu beachten und neu zu regeln. Dies gilt z.B. für die obligatorische Beratung von Gästen der Kurzzeitpflege, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Bei ihnen besteht in der Regel ein dringender Klärungsbedarf über die zukünftige Pflege- und Versorgungsform. Der Sozialdienst kann durch die Einschätzung/ Mobilisierung häuslicher Unterstützungspotentiale einen wichtigen Beitrag zur Entscheidungshilfe leisten. Eine analoge Regelung ist für alle Pflegebedürftigen herbeizuführen, die zu Hause versorgt werden und bei denen eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit und damit die Aufnahme in ein Heim erwartet wird.

Zunehmend wird es Aufgabe des Sozialdienstes Erwachsene, im Rahmen des Casemanagements für den Personenkreis der älter werdenden geistig behinderten Menschen, die den Arbeitsprozess in der Werkstatt für behinderte Menschen beenden oder die Tagesstättenbetreuung verlassen, Unterstützung und Versorgung für die gewonnene „freie Zeit“ zu sichern. In Kooperation mit den Trägern und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind tagesstrukturierende Freizeit- Angebote zu erschließen, zu denen in Einzelfällen auch die Nutzung der Angebote der „Offenen Altenhilfe“ gehören sollen.

Ein Konzept „Hilfesystem für älter werdende geistig behinderte Menschen“ befindet sich derzeit auf behördlicher – und Träger- Ebene in der Diskussion.

Die Klienten des Sozialdienstes

Die folgenden Daten stammen aus der Auswertung der Sozialstatistik des Sozialdienstes für das Jahr 2004. Es wurde beginnend mit dem Jahr 2004 eine neue statistische Erfassung entwickelt, die eine Mehrfachzählung von Klienten ausschließt. Bei der Darstellung von Problemlagen und Dienstleistungen wurden Mehrfachnennungen pro Klient erfasst.

2004 nahmen danach 2.925 ältere Menschen den Sozialdienst in Anspruch. Ende 2004 wohnten in Bremen 141.767 Bürger im Alter von 60 Jahren und darüber. Somit nahmen 2% der älteren Einwohner den Dienst in Anspruch.

Ge- schlecht	absolut	Anteil
männlich	803	27,5 %
weiblich	2.111	72,2 %

Die **Altersstruktur** der Klienten zeigt mit 68% einen Schwerpunkt bei den Klienten im Alter von 75 Jahren und mehr. und 52% der Klienten sind 80 Jahre und älter. Die Altersstruktur geht aus folgender Übersicht hervor:

Alter der Klienten	absolut	Anteil in %
60-64	341	11,7
65-69	386	13,2
70-74	372	12,7
75-79	487	16,3
80-84	601	20,5
85-89	383	13,1
90 u.m.	364	12,4

Die sozialstrukturellen Daten zeigen, dass mehr als die Hälfte (56%) der Klienten allein lebt.

Knapp ein Drittel der Klienten des Sozialdienstes erhält Grundsicherung oder Sozialhilfe. Der Anteil der Aussiedler/innen und Ausländer/innen macht insgesamt 7% aus.

Status / Einkommen	absolut	Anteil in %
Alleinlebend	1.634	56,0
Rente	1.923	65,7
Grundsicherung	406	14,0
Sozialhilfe	442	15,0
Sonst. Einnahmen	154	5,3
Ausländer	208	7,0

Ab 01.01.2005 ist die Grundsicherung ein Teil der Sozialhilfe im SGB XII:
Menschen über 65 Jahre erhalten seither ausschließlich Grundsicherung.

Die Art der Kontaktaufnahme durch den Sozialdienst ist im wesentlichen durch Telefonate (47,1%) und Hausbesuche (43,7%) geprägt.

Bei 9,2% der Kontakte zum Klienten besuchten Mitarbeiter/innen des Dienstes Bewohner/innen von Alten- oder Pflegeheimen.

Art des Kontaktes	absolut	Anteil in %
Telefongespräche / Amt / Beratungsstelle	1.975	47,1
Hausbesuch	1.830	43,7
Heimbesuch	382	9,2

In der jährlichen Statistik des Sozialdienstes werden die diagnostizierten Probleme zusammengefasst. Im Jahr 2004 wurden folgende Probleme der Klienten festgestellt:

Dominant sind vor allem Probleme bei der häuslichen Versorgung. Trotz Einführung der Pflegeversicherung nehmen weiterhin gut ein Drittel aller Klienten/innen den Sozialdienst wegen Pflegebedarfs in Anspruch. Ein hoher Anteil hat Probleme mit Krankheit/Behinderung. Aufgrund der Mehrfachnennungen ist ein hoher Zusammenhang dieser und anderer Problematiken zu vermuten. Auf einen Klienten entfallen im Durchschnitt 3 Problemfeststellungen. (Die Problemerkfassung der folgenden Tabelle lässt Mehrfachnennungen zu. Die Prozentangaben beziehen sich auf die im Laufe eines Jahres mehrfach unterstützten Klienten.)

Spezielle Problemlagen	Anzahl	Anteil in %
Einsamkeit	367	4,4
Geist. / Psych. Abbau / Demenz	1.102	13,1
Häusl. Versorgung	1.651	19,7
Krankheit / Behinderung	2.596	30,9
Pflegebedarf	1.139	13,6
Stat. Unterbringung	132	1,6
Sucht	110	1,3
Wirtschaftl. Situation	679	8,1
Wohnung / Umfeld	599	7,1

Die Leistungen des Sozialdienstes bestehen im wesentlichen in der intensiven und komplexen Einzelfallbearbeitung und Beratung. Dadurch konnte in 288 Fällen eine stationäre Unterbringung vermieden werden.

„Praktische Hilfen“ des Sozialdienstes	Anzahl	Anteil in %
Beratung	1.301	23,7
Einzelfallbearbeitung	1.870	34,0
Hauswirtschaftl. Versorgung	1.160	21,1
Ambul. pfleg. Versorgung	675	12,3
Tagespflege	31	0,6
Heimunterbringungen	132	2,4
Vermeidung von Unterbringung	288	5,2
Wohnungshilfe	50	0,9

Kooperation mit Begegnungsstätten

Die Begegnungsstätten wurden in Teil 1.3. bereits beschrieben. Diese Einrichtungen haben sich u.a. zu einem Stützpunkt für (prophylaktische) Hilfen für ältere Menschen entwickelt.

Besonders findet Zusammenarbeit dort statt, wo ergänzende Hilfen für ältere Menschen notwendig sind:

- Beratung durch den Sozialdienst wird regelmäßig für die Besucher/innen und das Umfeld angeboten.
- Ältere Bürger werden auch vom ambulanten Sozialdienst angesprochen und beraten, wenn die Begegnungsstätte auf einen Hilfebedarf im häuslichen Umfeld aufmerksam macht.
- Es werden Hilfen angeboten oder vermittelt, die es bisherigen oder neuen Besucher/innen der Begegnungsstätte trotz gegebener Bewegungsbeeinträchtigung ermöglichen, dieses Angebot zu erreichen.
- Die nachgehende Beratung und Betreuung der Besucher, die nicht mehr die Begegnungsstätte erreichen können, wird geklärt.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Der kommunale Sozialdienst ist im Rahmen seiner Aufgaben überwiegend für Menschen mit komplexen Problemlagen zuständig. Nach dem Alter betrachtet, sind rund 68% der Klienten 75 Jahre und älter. Über 51% sind mindestens 80 Jahre alt. Mehr als 56% der Klienten leben allein.

Die Probleme der Klienten des Sozialdienstes liegen vorwiegend im Bereich der Sicherstellung häuslicher und pflegerischer Versorgung, bedingt durch Krankheit und Behinderungen.

Für diesen Personenkreis hat sich ab 1995, mit Einführung der Pflegeversicherung, die Kostenträgerschaft für o.g. Leistungen verändert, d.h. weitge-

hend werden die Kosten für pflegerische Leistungen von den Pflegekassen, statt wie früher vom Sozialhilfeträger, übernommen. Hierdurch wurde ab 1995 eine deutliche Reduktion der Inanspruchnahme des Sozialdienstes z.B. bei der finanziellen Sicherstellung der häuslichen Krankenpflege festgestellt. Die Abnahme bei der Beratung zu Problemen der Pflegebedürftigkeit oder der koordinierenden Funktion bei Heimunterbringungen fällt dagegen geringer aus, weil sie im Kontext umfassenden Unterstützungsbedarfs geleistet werden. Die Pflegekassen begutachten und kategorisieren die Pflegebedürftigkeit von Antragsstellern vornehmlich nach medizinischen, weniger nach sozialen Indikatoren. Somit hat sich die Fallzahl der Klienten des Sozialdienstes trotz Einführung der Pflegeversicherung zwischen 1994 und 1996 nicht verringert.

Durch die gesetzlichen Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung ist eine Verschiebung der Tätigkeit des Sozialdienstes bei der Versorgung von Pflegebedürftigen festzustellen. Einerseits kam es zu einer Reduzierung der begutachtenden Stellungnahmen für den Kostenträger Sozialhilfe, andererseits wird eine Intensivierung der beratenden Tätigkeit im Einzelfall und ein Ausbau der einzelfallübergreifenden Koordinierungsfunktionen festgestellt.

Geplant ist zukünftig die verstärkte Einbeziehung des Sozialdienstes Erwachsene in die Hilfestellung dann, wenn eine stationäre pflegerische Versorgung überlegt wird oder ansteht. Ziel ist die Verhinderung von stationärer Versorgung durch Ausschöpfung der ambulanten Hilfemöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen. Zu diesem Zweck sind Kooperationsabsprachen mit den Sozialdiensten im Krankenhaus und den Pflegekassen in Vorbereitung bzw. beabsichtigt.

Der Sozialdienst sollte sich perspektivisch neben dieser komplexen einzelfallbezogenen Arbeit auf einzelfallübergreifende Aufgabenbereiche ausrichten. Eine entsprechende Orientierung ist in der Ende 1995 erstellten Konzeption für den Dienst festgelegt. In dieser Konzeption werden neben der Intensivierung einzelfallbezogener Tätigkeiten wie Hilfen für Personen mit gerontopsychiatrischen und Demenzproblemen, Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und Heimaufenthalt auch einzelfallübergreifende Aktivitäten hervorgehoben, z.B. Bedarfsanalysen, die Angebotsplanung und die Entwicklung innovativer Projekte. Die folgenden Bereiche sind dabei von besonderer Bedeutung.

Verstärkte Einbeziehung des Sozialdienstes Erwachsene

Ausschöpfung der ambulanten Hilfemöglichkeiten

Das Thema „Wohnen“ ist im Teil 2 mit einem gesonderten Kapitel ausführlich dargestellt.

Ein über die individuelle Wohnsituation hinausweisender weiterer Schwerpunkt ist die Aufgabe, alle infrastrukturellen und wohnumfeldbezogenen Belange älterer Menschen im Stadtteil zu beachten und bei Planungsvorhaben einzubringen.

Die Ausrichtung soll dabei auf Nutzungsprobleme mobilitätsbeeinträchtigter Menschen liegen, z.B. unter folgenden Kriterien:

- Verkehrsanbindung,
- Sitzgelegenheiten,
- Stütz- und Haltegriffe,
- Räumliche Barrieren wie z.B. Straßenschilder, hohe Bordsteinkanten, enge Gehwege.

Ziel ist es, ein bewohnerfreundliches Umfeld im Sinne einer guten Wohnqualität für Mobilitätsbeeinträchtigte zu schaffen. Eine solche Zielsetzung kommt nicht nur Älteren sondern auch Menschen mit Behinderungen und Kindern zugute.

Ein Teilbereich des altengerechten Stadtteiles ist die altersspezifische Infrastruktur, wie z.B. Dienstleistungszentren, Begegnungsstätten, Altenwohnungen und Pflegeheime.

Die vorhandenen Steuerungs- und Bedarfsentwicklungsmöglichkeiten für die gesamtstädtische Ebene sind nicht nur zentral zu nutzen, sondern unter systematischer Beteiligung der Fachdienste in den Sozialzentren. Es sind auf Stadtteilebene Feinabstimmungen und Koordinierungen, z.B. soziale Arbeitskreise, durchzuführen sowie die Impulse aus der Praxis aufzugreifen und zu entwickeln.

Im Zuge der Einführung des Case Managements in den Sozialen Diensten des AfSD wird der Aufbau einer Zentralen Steuerungsstelle Pflege unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes Bremen verfolgt.

Ganz entscheidende Beiträge für die häusliche Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger übernehmen die Dienstleistungszentren und die ambulanten Pflegedienste in Kooperation mit dem Sozialdienst für Erwachsene.

Wohnen im Alter

Sozialdienst als Unterstützer des altengerechten Stadtteils

Weiterentwicklung altersspezifischer Infrastruktur

Aufbau einer Zentralen Steuerungsstelle Pflege

3.2. Dienstleistungszentren

A – IST Beschreibung

Mit dem Beginn der Einrichtung der ersten Dienstleistungszentren 1975 und dem folgenden flächendeckendem Aufbau dieser hat der Senat der Freien Hansestadt Bremen damals für die ambulante Versorgung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen eine wichtige, richtungsweisende sozial-, alten- und gesundheitspolitische Entscheidung getroffen. Frühzeitig wurde begonnen, vorrangig für die hauswirtschaftliche Versorgung stadtteilbezogene Versorgungsstrukturen aufzubauen. Diese verfolgen das Prinzip, ambulante Versorgung vorzuhalten und stationäre Unterbringung zu vermeiden.

Ein beträchtlich zunehmender Teil älterer Menschen ist in höherem Alter auf Fremdhilfe und Unterstützung angewiesen. Die Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich gleicht die Beeinträchtigung alltagspraktischer Fähigkeiten aus und erhält und fördert die Selbstversorgungspotenziale. Unterstützung im hauswirtschaftlichen, persönlichen und pflegerischen Bereich ist ein zentrales Element der Grundversorgung für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen.

Dieses Angebot der hauswirtschaftlichen Versorgung hat im Vorfeld der Pflege und damit auch der Pflegeversicherung eine elementare präventive Funktion. Als zusätzliche Hilfe bei einer erforderlichen pflegerischen Betreuung stellt dieses eine wichtige Unterstützung und Flankierung der Pflegehaushalte und der Förderung lebensweltlicher Unterstützungssysteme dar.

In einigen Kommunen wurde erst in den vergangenen Jahren begonnen, vergleichbare Modelle neuer Infrastrukturen für Versorgung und Beratung zu erproben und z.B. vormals zentrale Stellen zu dezentralisieren.

Dienstleistungszentren sind bedeutende stadtteilbezogene und niedrighschwellige Angebotsformen. Sie gewährleisten umfassende Information und Beratung. Bei der Inanspruchnahme von Hilfen wird eine Bewertung der Situation und des individuellen Hilfebedarfs vorgenommen. Es erfolgt entsprechend der Bedürfnisse der Betroffenen die Vermittlung und Koordination der erforderlichen Hilfen und Dienste. Durch die Begleitung der Hilfen und durch die unmittelbare Betreuung werden die unterschiedlichsten und sich verändernden Unterstützungs- und Hilfebedarfe (z.B. bei Demenz) rechtzeitig erkannt, entsprechende Hilfen vermittelt und koordiniert; pflegende Angehörige erhalten Beratung und erfahren Unterstützung.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung und den damit verbundenen Leistungen im ambulanten Bereich wurden bei den pflegerischen Leistungen marktähnliche Regelungsmechanismen eingeführt. Dieser Markt stellt nicht automatisch eine Versorgungsstruktur für alle Pflegebedürftigen sicher. Hinzu kommt, dass die Pflegeversicherung die Sicherung der pflegerischen Versorgung im häuslichen Bereich vorrangig als eine Aufgabe informeller Netzwerke sieht, insbesondere der Familien, die in ihrer Pflegebereitschaft gefördert werden sollen. In Haushalten, in denen informelle Netzwerke fehlen oder unverbindlich sind, reicht die Versorgung alleinlebender Menschen durch professionelle Pflegedienste im Rahmen der Pflegeleistungen oft nicht aus. Es besteht für die Kommune eine Fürsorgepflicht; sie hat die Aufgabe, die Versorgungsstruktur sicherzustellen. Mit der Einrichtung von Dienstleistungszentren wurde in Bremen dieser Fürsorgepflicht entsprochen. Dienstleistungszentren sind steuernde koordinierende Instanzen. Sie sind wichtige Lotsen im Versorgungssystem.

Mit der wachsenden Zahl hilfsbedürftiger Menschen steigt ihre Bedeutung im Versorgungssystem. Das Spektrum der angebotenen Dienstleistungen wird sich in Zukunft noch erweitern. Der Umfang der künftig erforderlichen stationären Versorgung hängt entscheidend von der Qualität der ambulanten Versorgung und deren Ausrichtung auf die Stützung von pflegerischen, semi-professionellen und privaten Hilfenetzwerken ab.

In der Stadtgemeinde Bremen gibt es heute in der Trägerschaft von 4 Wohlfahrtsverbänden (AWO, Caritas, DRK, Paritätische Gesellschaft) 17 Dienstleistungszentren mit 5 Außen-

Beratungsstellen (s. Anlage 1). Sie sind auf die Stadtteile verteilt; die 6 DLZ in den Regionen Ost und Mitte-West sind in Trägerschaft der AWO, die 7 DLZ in den Regionen Bremen-Nord und im Bremer Süden sind in der Trägerschaft der Paritätischen Gesellschaft für Soziale Dienste, die 3 DLZ in der Region Mitte sind in der Trägerschaft des DRK, das DLZ für den Bereich Neustadt / Huckelriede ist in der Trägerschaft des Caritas-Verbandes. Bei der Einrichtung der Zentren an den jeweiligen Standorten wurde eine Zahl von ca. 7.000 Einwohnern im Alter von über 60 Jahren zugrunde gelegt. Die Zuständigkeit eines DLZ für die jeweiligen Stadt-, bzw. Ortsteile wurde festgelegt (s. Anlage 2).

Aufgaben und Förderung

In der Vergangenheit mussten die Zuwendungen zur Förderung der Arbeit der DLZ gekürzt werden. Um den Trägern der Dienstleistungszentren Planungssicherheit zu gewährleisten, wurden für die Jahre 2001 - 2005 5-Jahresverträge abgeschlossen. Bestandteil dieser Verträge ist eine Festlegung der jährlichen Zuwendungshöhe. Die Zuwendungen sind aufgrund der Haushaltsvorgaben mit einer jährlichen Kürzung von 3,023 % verbunden.

Zuwendungen DLZ 2001 – 2005

2001	2002	2003	2004	2005
1.818.205 €	1.763.240 €	1.709.937 €	1.658.246 €	1.608.118 €

Die in den Zuwendungsverträgen festgelegten **Aufgaben der DLZ** im Einzelnen sind:

- Beratung von Hilfebedürftigen und deren Angehörigen und Vermittlung ambulanter Hilfsangebote
- Beratung bei sich veränderndem Hilfebedarf; Vermittlung weitergehender Dienstleistungen; Koordination der Hilfsangebote
- Organisation von hauswirtschaftlichen und einfachen pflegerischen Hilfen im Rahmen der organisierten Nachbarschaftshilfe
- Vermittlung von pflegerischen Diensten
- Verlaufskontrolle der Betreuungsverhältnisse
- Angebot eines Mittagstisches, bzw. Vermittlung von Essen auf Rädern
- Vermittlung, bzw. Durchführung des „Mobilen Sozialen Hilfsdienstes“
- Initiierung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, z.B. von pflegenden Angehörigen etc.
- Anleitung, begleitende Beratung und Fortbildung von Helfern/innen und Zivildienstleistenden
- Unterhaltung eines Hilfsmitteldepots bei Bedarf.

Beratung und Information

Die Altenhilfelandchaft ist durch eine Vielfalt von Anbietern und Angeboten gekennzeichnet. Die Orientierung auf diesem Markt ist für alte Menschen und deren Angehörige schwer. Dienstleistungszentren sind seit ihrem Beginn der Ort für **umfassende Information und Beratung** über die Angebote der häuslichen Versorgung im ambulanten Hilfesystem im Stadtteil und stadtteilübergreifend. Sie fungieren neben der Vermittlung eigener Dienste auch als Vermittler zwischen verschiedenen Anbietern. Durch die intensive Zusammenarbeit mit verschiedenen Diensten und Einrichtungen sind sie Lotsen im Hilfesystem.

In den vergangenen Jahren ist es zu einer beträchtlichen Zunahme der Beratungstätigkeit der DLZ gekommen. Beratung insgesamt ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der DLZ; sie findet nicht nur im DLZ, sondern auch vor Ort im häuslichen Umfeld statt. Beratung wird grundsätzlich von verschiedenen Seiten angefordert: den Klientinnen und Klienten, den Angehörigen, den Nachbarschaftshelferinnen und -helfern, den Zivildienstleistenden und ande-

ren Diensten im Kooperationsbereich eines DLZ. Für die Klienten/innen ist am Anfang der Inanspruchnahme der Angebote eines DLZ in der Regel eine umfangreiche Beratung der Einstieg in das Hilfesystem. Manchmal erfolgt dieser Einstieg auch kurzfristig und unbürokratisch, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt. Bei der ersten Beratung geht es um die Klärung des Hilfebedarfs und die Information über die Möglichkeiten der Unterstützung.

Gestiegen sind in den letzten Jahren die Anfragen nach Beratung von älteren Menschen und Angehörigen im Zusammenhang mit der Umstrukturierung des Amtes für Soziale Dienste, dessen Dezentralisierung und der Einrichtung von 12 Sozialzentren. Mit der Dezentralisierung und dem Ziel der besseren Erreichbarkeit der Dienste des Amtes für Soziale Dienste für Bürger war die Integration des speziellen Sozialdienstes für ältere Menschen in einen Allgemeinen Sozialdienst Erwachsene verbunden. Das hatte zur Folge, dass durch das breite Spektrum der Beanspruchung des Allgemeinen Sozialdienstes verschiedene aktuelle Anforderungen oft eine kontinuierliche Ansprache und Betreuung älterer Menschen erschweren.

Zu den umfangreichen Beratungsthemen und Informationsanliegen zählen v.a. Beratungen

- über DLZ-Leistungen für die hilfebedürftigen Menschen und deren Angehörigen,
- zu Antragshilfen,
- zu Fragen nach dem SGB XI und dem SGB XII, d.h. zur Beantragung von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und der Sozialhilfe,
- über das Angebotsspektrum der Hilfen für ältere Menschen und deren Angehörige in der Stadtgemeinde Bremen, sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich und im Bereich von Dienstleistungen anderer Anbieter.
- Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige.

Angebot und Nachfragessituation

Im Jahr 2004 wurden in den DLZ 6.307 Klienten und Klientinnen gezählt. In der Statistik der DLZ werden als Klienten und Klientinnen nur die Personen erfasst, für die das DLZ tätig wird; diese Zahl bringt hauptsächlich die Nachfrage nach den vermittelten Hilfsangeboten und nicht den Umfang der geleisteten Information und allgemeinen Beratung bezüglich der Hilfsangebote zum Ausdruck.

Klienten/innen der Dienstleistungszentren (Statistik der DLZ 1.1.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
1995	3837	3507	1102	397	8843
1996	3072	3330	815	336	7553
1997	2386	2808	1002	436	6632
1998	2251	2857	982	419	6509
1999	2275	2801	1018	364	6458
2000	2137	2967	977	254	6335
2001	2092	3019	976	303	6390
2002	2343	2323	915	262	5843
2003	2904	2421	712	212	6249
2004	2911	2448	686	262	6307

Bei der dargestellten Entwicklung der Zahlen der Klienten/innen sind verschiedene Faktoren zu verzeichnen: Im Jahr 1996 hat die Einführung einer monatlichen Servicepauschale für die Organisierte Nachbarschaftshilfe zu einem Rückgang von 15% der Nachfrage nach der Organisierten Nachbarschaftshilfe gegenüber dem Vorjahr geführt (im Jahr 2004 nahmen 67% der Klienten/innen die Organisierte Nachbarschaftshilfe in Anspruch – siehe unten). Ab 1999 nahm die Zahl der Klienten und Klientinnen, die den MSHD in Anspruch genommen hatten, kontinuierlich ab. Im Jahr 2002 wurde eine Veränderung in der Statistik vorgenommen; es wurden nur diejenigen Personen als Klienten und Klientinnen gezählt, für die eine Kundenak-

te angelegt wird und die kontinuierlich Hilfen in Anspruch nehmen. Zuvor wurden auch Beratungsgespräche etc., die nicht zur Vermittlung von Hilfen geführt haben, mitgezählt.

Zu den Personen, die Hilfsangebote der DLZ in Anspruch nehmen, zählen vor allem

- alte, hochbetagte Menschen – mehrheitlich
- alleinlebende Menschen, die Unterstützung benötigen (70 %)
- Menschen mit einem geringen Hilfebedarf, die noch keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben
- Menschen, die einen hohen – nicht pflegerischen – Hilfebedarf haben
- Menschen, die zu den Leistungen der Pflegeversicherung einen zusätzlichen Hilfebedarf haben
- Demenzkranke Menschen und deren Angehörige (30 %).

Klienten/innen der DLZ 2003 – Alter

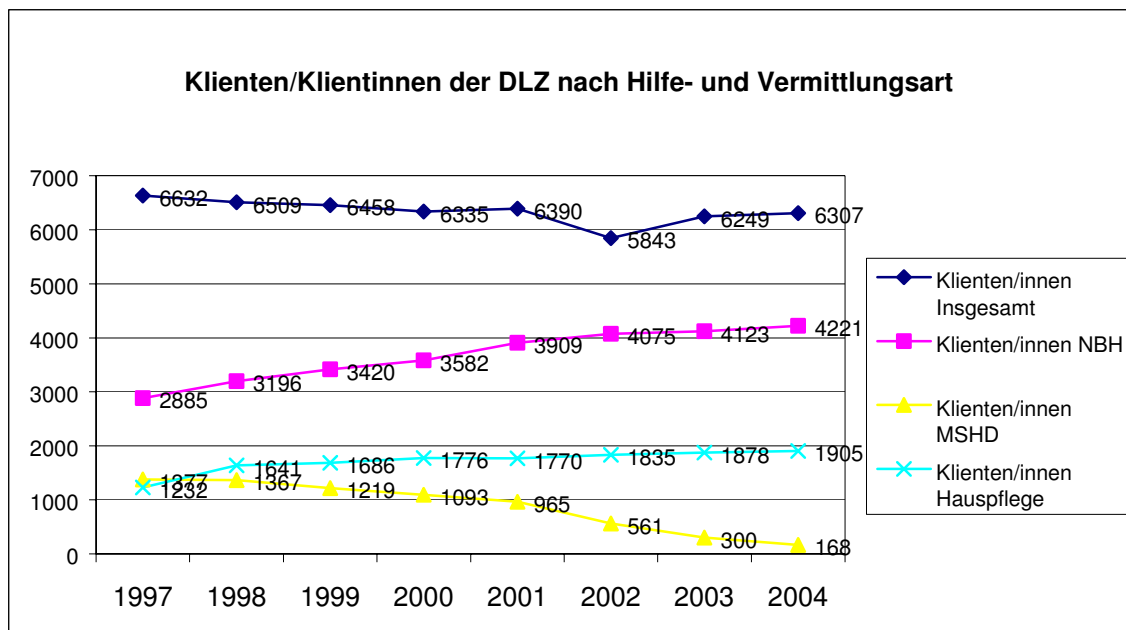
Bis 70 Jahre	Bis 80 Jahre	Über 80 Jahre
22 %	28 %	50 %

Bei der Vermittlung der eigenen Dienste der DLZ liegt der Schwerpunkt bei der **Organisierten Nachbarschaftshilfe** (s. unten). Ca. 66 % der Klienten/innen haben inzwischen mit den DLZ Serviceverträge über die Organisierte Nachbarschaftshilfe abgeschlossen.

Die folgenden Daten zeigen die wesentlichen an die Klienten und Klientinnen durch die DLZ vermittelten Dienstleistungen. Der allgemeine Trend der Vorjahre liegt in der Zunahme der Inanspruchnahme von **Organisierter Nachbarschaftshilfe**; die Vermittlung dieser Hilfen ist der **Schwerpunkt der Arbeit der DLZ**. Die Betreuung im Rahmen des MSHD geht zurück; die Vermittlungen in Hauspflege und die Betreuung von Klienten/innen mit Pflegestufe nehmen insgesamt zu.

Klienten/Klientinnen der DLZ nach Hilfe- und Vermittlungsart

	Klienten/innen Insgesamt	Klienten/innen NBH	Klienten/innen MSHD	Klienten/innen Hauspflege
1997	6632	2885	1377	1232
1998	6509	3196	1367	1641
1999	6458	3420	1219	1686
2000	6335	3582	1093	1776
2001	6390	3909	965	1770
2002	5843	4075	561	1835
2003	6249	4123	300	1878
2004	6307	4221	168	1905



Der **Mobile Soziale Hilfsdienst (MSHD)** – ursprünglich ein Schwerpunkt der DLZ – ist in den vergangenen Jahren beträchtlich zurückgegangen. Während 1997 noch 20,8% der Klienten und Klientinnen Leistungen des MSHD vermittelt bekamen, waren es 2004 lediglich noch 2,7% Klienten und Klientinnen. Nur noch 4 von 17 DLZ haben 2004 einen MSHD-Einsatz organisiert.

Klienten/innen mit MSHD-Betreuung (Statistik der DLZ 1.6)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
1997	555	494	189	139	1.377
1998	580	456	211	120	1.367
1999	493	476	167	83	1.219
2000	467	397	168	61	1.093
2001	429	276	199	61	965
2002	211	141	169	40	561
2003	102	0	157	41	300
2004	0	0	118	50	168

Entscheidend für den Rückgang der Hilfen durch den MSHD war zunächst die Verkürzung der Monate des Einsatzes der Zivildienstleistenden. Dadurch wurde es den Trägern der DLZ erschwert, hilfebedürftigen Menschen kontinuierlich die Dienstleistungen des MSHD zu gewährleisten und die Monate ohne Zivildienstleistende zu überbrücken. Die Reduzierung der Zuschüsse für die beim Einsatz von Zivildienstleistenden entstehenden Kosten von 70% auf 50% hat außerdem für die Träger Finanzierungsprobleme mit sich gebracht. Die entstehenden Kosten konnten bei den jährlich reduzierten Zuwendungen der DLZ nicht mehr ausgeglichen werden. Angesichts der unklaren Zukunft der Wehrpflicht und damit zusammenhängend des Zivildienstes wurde begonnen, den MSHD-Einsatz durch die Organisierte Nachbarschaftshilfe zu ersetzen.

Mobiler Sozialer Hilfsdienst - Jahresstunden

(Statistik der DLZ 2.4.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
2000	15.573	7.929	5.692	2.173	31.366
2001	11.446	5.882	6.366	2.179	25.871
2002	6.464	1.397	5.036	1.905	14.802
2003	2.339		5.572	1.843	9.754
2004			3.496	1.429	4.925

Für das Hilfsangebot eines DLZ und v.a. für die Betreuung älterer Menschen ist der „Wegfall“ des Einsatzes von Zivildienstleistenden ein Verlust. Vor allem die Begegnung zwischen Alt und Jung ist bei vielen älteren, alleinstehenden und hilfsbedürftigen Menschen sehr gefragt und gehört für viele zur Lebensqualität im Alter. Zivildienstleistende haben oft auch Enkelersatzfunktion für die älteren Menschen. Die Träger der DLZ, bzw. die einzelnen DLZ versuchen immer wieder, im Bedarfsfall trägerübergreifend individuelle Lösungen zu finden, indem sie z.B. Zivildienstleistende vermitteln, die in Service-Anlagen oder im Fahrdienst für die Tagespflege eingesetzt sind.

Zu den eigenen Angeboten einiger DLZ gehört der **Stationäre Mittagstisch**. Er wird in den DLZ in Blumenthal, Horn, Vegesack, Kattenturm, Huchting, Vahr und Schwachhausen angeboten. Die Zahl der Personen (2001:182; 2002:190; 2003:160; 2004:159), die dieses Angebot annimmt, nutzt dieses Angebot kontinuierlich an ca. $\frac{3}{4}$ der Tage eines Jahres (Anzahl der ausgegebenen Portionen (2001: 41.011; 2002: 41.747; 2003: 41.298; 2004: 39.191). In den Stadtteilen bestehen inzwischen mehrere Menü-Service-Angebote, die das Angebot der DLZ ersetzen. Gleichwohl bemühen sich die Träger darum, die noch bestehenden Standorte für dieses Angebot aufrecht zu erhalten und neue Gäste zu gewinnen. Der Stationäre Mittagstisch macht es vereinsamen älteren Menschen möglich, Kontakte zu knüpfen und ist eine Hilfe bei der Tagesstrukturierung. Bei der Teilnahme an dem Stationären Mittagstisch ist festzustellen, dass von den teilnehmenden Personen ca. 50 % Sozialhilfeempfänger/innen sind.

Bei der Vermittlung von „fremden“ Dienstleistungen liegt der Schwerpunkt bei der Vermittlung der **häuslichen Pflege**. In den vergangenen Jahren ist der Anteil der Klienten und Klientinnen, die zu den Leistungen der Pflegeversicherung zusätzlichen Hilfebedarf haben oder der Klienten, die bei der häuslichen Versorgung auch Leistungen der Pflegeversicherung benötigen, beträchtlich gestiegen. Er liegt 2004 bei ca. 30%. Die bereits beschriebene Altersstruktur der Klientinnen und Klienten der DLZ ist mit einem sich veränderten Hilfebedarf verbunden.

Vermittlungen in Hauspflege- Klienten/innen mit Pflegestufe

(Statistik der DLZ1.6.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
1997	383	692	144	13	1232
1998	617	786	180	58	1641
1999	609	823	193	61	1686
2000	701	802	182	91	1776
2001	671	933	172	101	1770
2002	751	815	229	40	1835
2003	794	804	170	110	1878
2004	829	781	158	137	1905

Die Nachfrage nach den einzelnen Dienstleistungen der DLZ ist in den jeweiligen Stadtteilen unterschiedlich und hat sich auch in den vergangenen 20 Jahren durch Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur verändert. Ältere Menschen sind verstorben oder verzogen, junge Familien ziehen zu (z.B. in der Neustadt und in der Vahr).

Organisierte Nachbarschaftshilfe

Es wurde bereits erwähnt, dass inzwischen die Vermittlung, Begleitung von Organisierter Nachbarschaftshilfe (NBH) der Aufgabenschwerpunkt der DLZ geworden ist.

Das Angebot bedeutet Hilfe für die Menschen aus ganzheitlicher Sicht unter Aktivierung ihrer Ressourcen. Die Nachbarschaftshelfer/innen übernehmen grundsätzlich folgende Aufgaben:

Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

- Reinigen der Wohnung
- Pflegen der Wäsche
- Einkaufshilfe
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Haushaltsführung

Personenbegleitung

- bei Behörden- und Bankangelegenheiten, zum Arzt, Spaziergänge

Persönliche Hilfen z.B.

- Gespräche, Vorlesen, Terminabsprachen treffen u. a. m.
- Unterstützung und Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten
- Stundenweise Betreuung zur Entlastung pflegender Angehöriger

Bei der Erledigung dieser Aufgaben liegt der Schwerpunkt in der Unterstützung der Selbsthilfe.

Die Leistungen der DLZ im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe sind in einem Service-Vertrag festgelegt, der von den DLZ mit den Klienten und Klientinnen abgeschlossen wird. Die folgende Statistik über die Klienten und Klientinnen, die diese Vermittlungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, zeigt die Veränderungen der vergangenen Jahre.

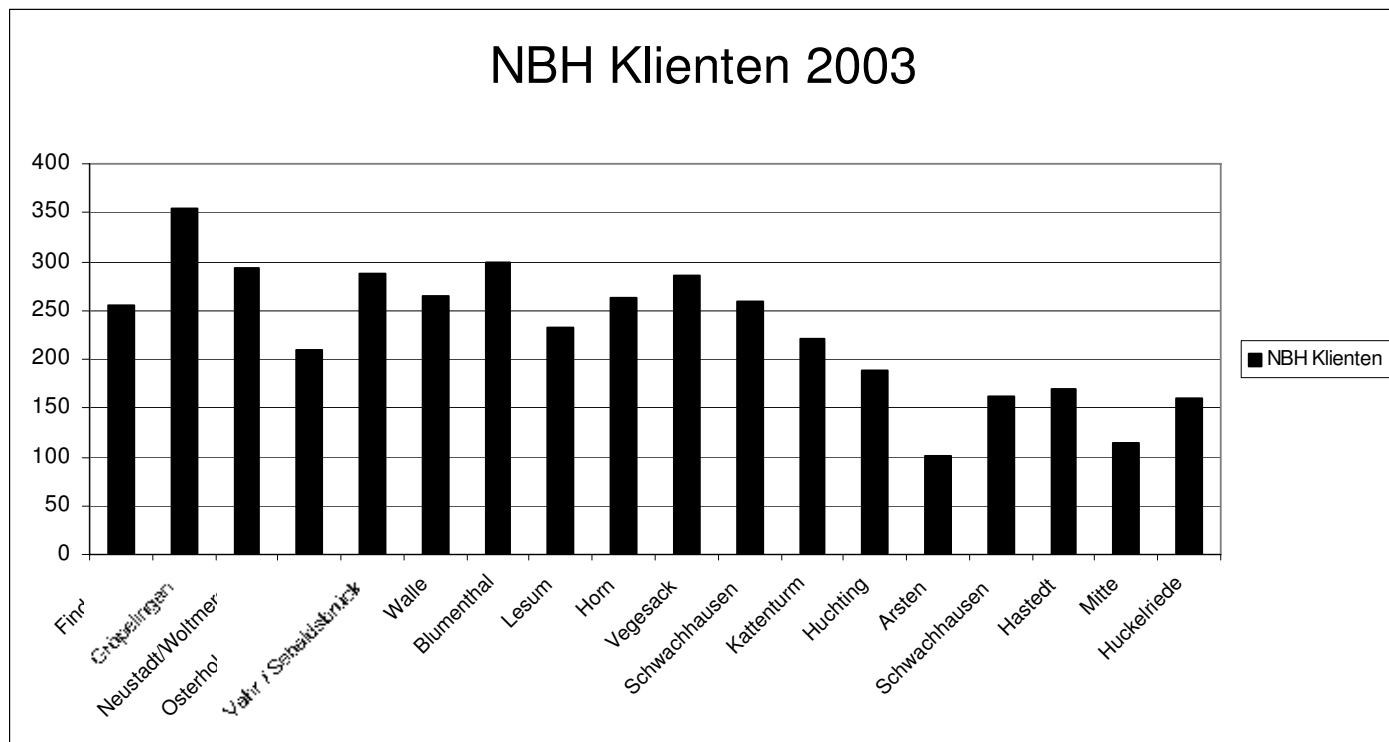
Klienten und Klientinnen im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe

(Statistik der DLZ 1.6.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
1995	1.684	1.295	637	167	3.783
1996	1.031	739	211	119	2.100
1997	1.374	998	358	155	2.885
1998	1.577	1.030	421	168	3.196
1999	1.612	1.159	469	180	3.420
2000	1.618	1.339	439	186	3.582
2001	1.723	1.536	494	156	3.909
2002	1.758	1.673	486	158	4.075
2003	1.665	1.851	447	160	4.123
2004	1.743	1.887	412	179	4.221

Im Jahr 2004 bestanden zwischen 4.221 Klienten und Klientinnen mit den DLZ Verträge über die Organisierte Nachbarschaftshilfe. Die Anzahl der Verträge, bzw. Klienten der Organisierten Nachbarschaftshilfe ist in den DLZ nicht gleich; die meisten Klienten/innen mit Nachbarschaftshilfeverträgen hatte das DLZ in Gröpelingen mit 361 Klienten/innen im Jahr 2004, die

wenigsten das DLZ in Bremen-Mitte mit 98 Klienten/innen (das DLZ Arsten war 2004 eine Außenstelle des DLZ Huchting).



Unter den bestehenden Verträgen sind ca. 25 – 30 % Neuzugänge und ca. 20-25% Abgänge (i.d.R. Tod, Wechsel ins Heim) pro Jahr. In den vergangenen Jahren hat mit dem Anstieg der Klienten und Klientinnen auch eine Erhöhung der Vertragsmonate stattgefunden. Dies verdeutlicht den steigenden Bedarf an kontinuierlicher Hilfe neben der Überbrückung von Notlagen, wie z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Vertragsmonate NBH (Statistik der DLZ 4.5)

	1997	1998	1999	2001	2000	2002	2003	2004
AWO	10.551	11.575	12.421	13.772	13.174	14.171	13.972	14.147
Parität.	9.285	9.538	9.971	12.260	10.226	12.580	13.869	14.113
DRK	2.781	3.222	3.562	3.855	3.766	3.757	3.612	3.456
Caritas	1.249	1.209	1.502	1.234	1.496	1.433	1.331	1.524
Insgesamt	23.866	25.544	27.456	31.121	28.662	31.941	32.784	33.240

Veränderungen beim Hilfebedarf innerhalb eines Jahrzehnts kommen bei der Veränderung der Einsatzhäufigkeit der Helferinnen und Helfer zum Ausdruck.

Mehrheitlich werden Nachbarschaftshelfer und Nachbarschaftshelferinnen 1-2 und 2-3 x wöchentlich in den zu betreuenden Haushalten eingesetzt.

Organisierte Nachbarschaftshilfe – Einsatzhäufigkeit (Statistik der DLZ 4.1)

	14-tägig / bei Bedarf	1x wöchentlich	2-3 x wöchentlich	4-5x wöchentlich	6-7x wöchentlich
1993	9,5 %	43,5 %	27,7 %	13,7 %	5,7 %
2003	6,9 %	39,5 %	38,3 %	10,3 %	4,9 %

In den vergangenen Jahren hat sich nicht nur der Umfang, sondern auch der Charakter der von Nachbarschaftshelfer/innen zu verrichtenden Tätigkeiten verändert. Punktuelle Entlastung im Haushalt wurde durch kontinuierliche Entlastung abgelöst und geht in Haushaltsführung über; diese Einsätze sind auch mit einer intensiveren psychosozialen Betreuung – bedingt durch verstärkt auftretende Einsamkeit und Isolation – verbunden. Stark zugenommen hat der zeitaufwendige Einsatz in Haushalten mit verwirrten und psychisch veränderten alten Menschen. Mit diesen betreuungsintensiven Einsätzen der Nachbarschaftshilfe ist in der Regel eine umfangreiche Koordination von mehreren Helfer/innen für eine Betreuungsperson mit anderen Hilfsdiensten verbunden.

Nicht nur zur Vermeidung stationärer Unterbringung leistet dieses Dienstleistungsangebot einen wichtigen Beitrag; die „alte und neue Kundschaft“ der DLZ bringt zum Ausdruck, dass durch die Verlässlichkeit auf die Organisierte Nachbarschaftshilfe auch Lebensqualität beim Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erhalten wird. Mit dem Einstieg in die Unterstützung z.B. bei einfachen Putztätigkeiten wird konkret bei der Lebensbewältigung geholfen und dem Kommunikationsbedürfnis älterer, v. a. alleinlebender Menschen Rechnung getragen; es erfolgt oft eine frühzeitige Anbahnung eines Hilfeprozesses, der die Organisation eines langfristigen Hilfearrangements erleichtert.

Organisierte Nachbarschaftshilfe – Jahresstunden insgesamt (Statistik der DLZ 4.3.)

	AWO	Parität.G.	DRK	Caritas	Insgesamt
2000	269.756	358.592	92.898	38.276	762.643
2001	280.000	335.100	89.648	31.928	759.522
2002	276.853	350.303	78.600	36.244	742.000
2003	277.762	310.981	66.288	36.920	691.951
2004	284.715	313.212	69.054	37.411	704.392

Die Anzahl der insgesamt geleisteten Stunden der Organisierten Nachbarschaftshilfe ist zunächst in den letzten 4 Jahren zurückgegangen; 2004 ist wieder eine Steigerung zu verzeichnen; diese Entwicklung ist in den einzelnen Stadtteilen nicht einheitlich (s. *Anlage 4*).

Unter den Klienten und Klientinnen der Organisierten Nachbarschaftshilfe sind Sozialhilfeempfänger/innen mit einem Anteil von ca. 20 % häufiger vertreten als in der Bevölkerung in vergleichbarem Alter (aber wesentlich seltener als in stationären Einrichtungen).

Nachbarschaftshilfe – Klienten/innen - Sozialhilfeempfänger/innen (Statistik der DLZ 4.2.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt	% der NBH-Klienten
1998	301	299	61	45	706	22,3%
1999	352	369	66	39	826	24,2%
2000	371	359	92	29	851	23,8%
2001	363	387	65	25	840	21,5%
2002	364	362	67	29	822	20,2%
2003	385	307	77	30	799	19,6%
2004	381	307	78	50	816	19,3%

Generell ist festzustellen, dass es bei der Inanspruchnahme der Dienstleistungen der DLZ durch Sozialhilfeempfänger und Sozialhilfeempfängerinnen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stadtteilen und den DLZ gibt. Hohe Anteile von Sozialhilfeempfängern in einigen Stadtteilen sind ein Spiegel der sozial schwachen Struktur dieser Stadtteile. In anderen Stadtteilen wird deutlich, dass wohlhabendere Menschen in der Regel über andere Selbsthilfepotenziale verfügen und die Angebote der Dienstleistungszentren nicht in vergleichbarem Umfang in Anspruch nehmen. In der Regel sind die Hilfsdienste für Sozialhilfeempfängern und Sozialhilfeempfänger betreuungsintensiver. Höher als der prozentuale Anteil an den Klienten der DLZ, die Leistungen der Organisierten Nachbarschaftshilfe erhalten, liegt der Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen. Im Jahr 2004 wurden von der Organisierten Nachbarschaftshilfe 33 % der Jahresstunden (228.838) über die Sozialhilfe finanziert.

4.1. Nachbarschaftshelferinnen

Die im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe tätigen Helfer und Helferinnen sind überwiegend ehrenamtliche Laienhelfer/innen. Für ihre Betätigung erhalten sie von den Klienten und Klientinnen 6,15 €, bzw. bei schwierigen Einsätzen 7,50 € Aufwandsentschädigung pro Stunde. Für die Träger der DLZ ist es in einigen Stadtteilen nicht einfach, Nachbarschaftshelferinnen zu gewinnen.

?

Die Zahl der eingesetzten Nachbarschaftshelferinnen insgesamt ist in den letzten beiden Jahren geringfügig gestiegen. Diese Entwicklung ist nicht in allen DLZ einheitlich. Das Spektrum der Anzahl der eingesetzten Helfer/innen liegt im Jahr 2003 zwischen 274 (DLZ Gröpelingen) und 61 (DLZ Mitte) Helfer/innen. In einigen DLZ stehen weitere Helfer und Helferinnen zum Einsatz zur Verfügung; in anderen DLZ bereitet es Probleme, geeignete Helfer und Helferinnen zu gewinnen (s. Anlage 5).

Nachbarschaftshelferinnen – in den Berichtsjahren eingesetzt (Statistik der DLZ 5.3.)

	AWO	Parität	DRK	Caritas	Insgesamt
1997	995	808	254	140	2.197
1998	951	809	274	128	2.162
1999	982	736	261	94	2.073
2000	1.097	769	274	114	2.254
2001	1.077	781	276	108	2.242
2002	1.084	816	281	103	2.284
2003	1.117	890	228	95	2.330
2005	1.226	985	254	119	2.584

Die Übersicht über die Anzahl der in den vergangenen Jahren eingesetzten Helfer/innen bringt nicht die hohe Fluktuation von bis zu 50 % zum Ausdruck. Die Fluktuation ist in den Stadtteilen sehr unterschiedlich. Gründe für die hohe Fluktuation unter den Nachbarschaftshelferinnen und -helfern liegen u.a. im Status dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es handelt sich um ehrenamtliche Arbeit, der Einsatz ist auf 5 –6 Stunden pro Woche beschränkt. Oft folgt ein Wechsel in Erwerbsarbeit oder in eine Ausbildung. Die Aufwandsentschädigung, die von den Hilfebedürftigen bezahlt wird, ist nicht mit Beiträgen für die Sozialversicherung verbunden. Das Arbeitsfeld der Einzelfallbetreuung im häuslichen Bereich stellt sich außerdem für einige nicht als ein geeignetes Betätigungsfeld auf Dauer dar.

Die Neuzugänge und Abgänge der Nachbarschaftshelfer/innen bringt für die hauptamtlichen Kräfte in den DLZ ein wiederholtes Vertrautmachen mit der Arbeit mit sich. Neben der Gewinnung und der Auswahl neuer geeigneter Helfer und Helferinnen ist die Anleitung und Einführung bei den Klienten und Klientinnen mit großen Anforderungen an die Leitungen und Mitarbeiterinnen der DLZ verbunden. Diese betreffen nicht nur den Umfang der Arbeitszeit, sondern v.a. auch die Motivierung für Einsätze in betreuungsintensiven Situationen, deren Begleitung und die Vermittlung von Vertretungen. In manchen Haushalten müssen aufgrund des Hilfebedarfes mehrere Helferinnen eingesetzt werden.

In einigen Stadtteilen sind in den DLZ vermehrt Spätaussiedlerinnen oder z.B. junge Frauen türkischer Herkunft eingesetzt. Der Einsatz von Helfern und Helferinnen mit Migrationserfahrung und entsprechenden Sprachkenntnissen erleichtert zugleich Migranten/innen den Zugang zu den Betreuungsangeboten.

Zu der Aufgabe der DLZ gehört auch die kontinuierliche Begleitung und Fortbildung der Helfer und Helferinnen. Ein Schwerpunktthema dieser Fortbildungen ist der Umgang mit Hilfebedürftigen, die an Demenz erkrankt sind.

Anfang der 90er Jahre wurde in Kooperation mit dem Förderwerk mit dem Aufbau von Projekten zur Erprobung des Einsatzes hauptberufliche Nachbarschaftshelfer/innen begonnen. Damit wurde eine Versorgungslücke der langfristigen, umfangreichen betreuungsintensiven Situationen in der Organisierten Nachbarschaftshilfe geschlossen. Es wurden die zur Verfügung stehenden arbeitsmarktpolitischen Förderungsinstrumentarien (§ 19 BSHG, SAM und ABM) genutzt. Die Nachbarschaftshelfer/innen erhalten eine berufsbegleitende Qualifizierung. Themen dieser Qualifizierung sind: Medizinisch-pflegerische Grundlagen; psychologisches und betreuendes Grundwissen, Hauswirtschaft und Ernährung, rechtliche Fragen. Der Einsatz hauptamtlicher Nachbarschaftshelferinnen hat sich bewährt; eine Überführung dieser befristeten Arbeitsverhältnisse in ein Dauerarbeitsverhältnis ist mit hohen Kosten verbunden und würde den von den Klienten/innen zu entrichtenden Stundensatz für die Organisierte Nachbarschaftshilfe verdoppeln.

Zur Zeit stehen für betreuungsintensive Einsätze in 7 DLZ jeweils 15-25 hauptamtliche Helfer/innen im Rahmen des Projektes hauptamtliche Nachbarschaftshilfe zur Verfügung. Aufgrund arbeitsmarktpolitischer Vorgaben beschränkt sich der Zeitraum für eine kontinuierliche Betreuung durch eine Person auf max. 12 Monate.

Case Management

Die verstärkte Nachfrage nach kontinuierlicherer und betreuungsintensiverer Organisierter Nachbarschaftshilfe, die Zunahme des Personenkreises der Klienten/innen mit Pflegestufe und der immer größer werdende Anteil von Demenzkranken unter den Klienten und Klientinnen verdeutlicht die über die Information und Beratung hinausgehende Rolle von Vermittlungsleistungen durch das DLZ. Die Lebenslagen der älteren Menschen und der sich verändernde Hilfebedarf bringen mit sich, dass die DLZ in vielen Betreuungsverhältnissen Case Management leisten. Das Case Management beinhaltet die Bewertung der individuellen Situation, des Hilfebedarfs und dessen regelmäßige Neueinschätzung bei Veränderungen (Prozessbegleitung). Vor Ort werden mit den Betroffenen und deren Angehörigen gemeinsam in Kooperation mit anderen Diensten im Stadtteil individuelle Lösungen für den konkreten Hilfebedarf gesucht. Wenn die Koordination der zu beteiligenden Dienste, v.a. der Pflegedienste nicht von den Betroffenen übernommen werden kann, leistet das DLZ die erforderliche personenbezogene, träger- und sektorenübergreifende Koordination von Hilfen. Das DLZ übernimmt die Prozessverantwortung für einen Teilbereich der erforderlichen Hilfen. Die Ergebnisse der Modellprojekte „Altenhilfstrukturen der Zukunft“ machen deutlich, dass zur Verbesserung häuslicher Versorgungs- und Betreuungsformen Case Management Strukturen erforderlich sind. Die Basis Versorgung im ambulanten Bereich beruht auf einer Mixtur von informell erbrachter Hilfe innerhalb der Familie, bzw. von Partnerschaften, substantiellen Teilleistungen durch die Pflegeversicherung und eigenen „Zukäufen“ bzw. sozialhilfefinanzierten Ergänzungsleistungen. Eine auf den Einzelfall- und die Hilfesysteme bezogene Koordination dieser Teilleistungen ist erforderlich.

Die Dienstleistungszentren als regionale Anlauf-, Beratungs- und Koordinierungsstellen bringen die Voraussetzung für eine flächendeckende Case Management Struktur mit. Diese Struktur kann ausgebaut werden und ein in Vernetzung funktionierendes Case Management gewährleisten.

Ohne flächendeckendes Case Management wird sich der Vorrang ambulanter Versorgung, das pfadübergreifende Management und die Abstimmung von privaten Ressourcen mit sozialversicherungs- bzw. sozialhilfefinanzierten Leistungen unter ungünstiger werdenden Bedingungen privater Pflegearrangements nicht herstellen lassen.

Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige

Vor dem Hintergrund der Alltagserfahrungen und des großen Bedarfs an Information über Hilfsangebote wurden Dienstleistungszentren schon immer mit unterschiedlichsten Problemlagen und den Bedarfen der Versorgung Demenzkranker konfrontiert. Der Alltag der Organisierten Nachbarschaftshilfe wird zunehmend durch diesen Personenkreis geprägt. Im Rahmen eines Modellversuches war in den 90er Jahren geplant flächendeckend in den DLZ gerontopsychiatrische Fachkräfte einzusetzen; dieses Modellvorhaben konnte wegen mangelnder Finanzierbarkeit nicht umgesetzt werden. Heute besteht noch in einem DLZ eine Stelle einer gerontopsychiatrischen Fachkraft. In fast allen DLZ haben sich die Mitarbeiter/innen für die Arbeit mit Dementen weiterqualifiziert. In den DLZ erhalten Ratsuchende Informationen über Angebote und Unterstützung bei der Planung und Vermittlung von auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Hilfeleistungen.

Für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige wurde in Trägerschaft der Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände im Jahr 2003 die DIKS, eine Demenz- Informations- und Koordinierungsstelle, eingerichtet.

Die Aufgabenschwerpunkte der DIKS sind Information und Koordination: Eine verbands- und trägerübergreifende Vernetzung aller Angebote für an Demenz erkrankte Menschen und der Aufbau von Angehörigengruppen. Diese Angehörigengruppen treffen sich in 5 Dienstleistungszentren und werden von dort betreut.

Bei der DIKS angesiedelt ist außerdem das Notruftelefon die „Help-Line“. Dieses Notruftelefon dient pflegenden Angehörigen zur Unterstützung.

Die DLZ sind inzwischen als niedrighschwellige Betreuungsangebote nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45 b. Abs. 1, Nr. 4 SGB XI) anerkannt. Die Angebote der DLZ beziehen sich auf die

- Einzelbetreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch Helferinnen und Helfer
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch aufsuchende Beratung
- Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige einschließlich der notwendigen Beratung
- Betreuungsgruppen für ältere demente Menschen.

In der Praxis bedeutet dies, dass Demenzkranke mit Pflegestufe im Jahr für 460 € die o. g. über die Pflegeversicherung finanzierten Hilfen der DLZ in Anspruch nehmen können.

Möglich war der Ausbau der Hilfen für Demenzkranke dadurch, dass die DLZ bereits über Kreise von Helferinnen und Helfern verfügen, die im Umgang mit Demenzkranken geschult wurden und auch weiterhin durch Fachkräfte Anleitung erfahren.

Soziale Arbeitskreise

Die Funktion der DLZ als Lotsen im Versorgungssystem setzen Kooperation mit den verschiedensten Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens voraus. Vor der Bildung von Sozialen Arbeitskreisen in 5 Stadtbezirken in enger Kooperation, bzw. unter Federführung des Amt für Soziale Dienste existierten bei den Dienstleistungszentren Soziale Arbeitskreise zur Versorgung älterer, behinderter Bürger. Mit der Strukturveränderung des Amtes sind nach 2000 Arbeitskreise nur in drei Regionen in alter Form fortgeführt worden. Eine Reaktivierung und Neubestimmung dieser Arbeitskreise ist erforderlich. Der Auftrag der Arbeitskreise besteht in der Mitwirkung bei der Planung, dem Aufbau und der Weiterentwicklung eines integrierten Betreuungs- und Behandlungsangebotes für ältere und behinderte Bürger und der Beratung der Entscheidungsträger auf der Ebene des Stadtteils, bzw. der Region. Informationsaustausch und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit stand in der Vergangenheit im Vordergrund. Die Arbeit der Arbeitskreise ist bedeutend für die Abstimmung über Arbeitsweisen; sie dient der Herstellung von Kooperationsbeziehungen und der Vernetzung. Eine Konzeption der Sozialen Arbeitskreise als verbindliches Beteiligungs- und Planungsgremium im Rahmen kleinräumiger Sozialplanung besteht noch nicht.

Personalausstattung

Zu den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der DLZ zählen eine Leitungsfunktion, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für die Sozialberatung und für Verwaltungsaufgaben. Hinzu kommen in einzelnen DLZ die Zivildienstleistenden.

Personalausstattung der DLZ 2004
(Statistik der DLZ 7.)

DLZ	Träger	Leitg.	Beratg.	Verwaltg.	Ges. je DLZ	ZDL
Findorff	AWO	13,50	48,25		61,75	
Gröpelingen	AWO	33,00	104,50		137,50	
Neustadt / Woltmersh.	AWO	38,50	58,75		97,25	
Osterholz / Arbergen	AWO	38,50	42,00		80,50	
Vahr / Sebaldsbrück	AWO	38,50	69,00	17,00	124,50	77,00
Walle	AWO	25,00	39,25		64,25	
Arbergen/Hemelingen	AWO					
AWO Gesamt:		187,00	361,75	17,00	565,75	77,00
Blumenthal	Parität. G	19,25	39,00	10,00	68,25	
Lesum	Parität. G	19,25	54,00	15,00	88,25	
Horn	Parität. G	38,50	50,00	10,00	98,50	
Vegesack	Parität. G	38,50	49,00	10,00	97,50	
Schwachhausen	Parität. G	38,50	50,00	10,00	98,50	
Kattenturm	Parität. G	38,50	62,50	10,00	111,00	
Huchting	Parität. G	30,00	45,00	10,00	85,00	
Arsten	Parität. G		20,00		20,00	
Parität. Gesamt:		222,50	369,50	75,00	667,00	
Schwachhausen	DRK	38,50	38,50		77,00	77,00
Hastedt	DRK	38,50	19,25		57,75	77,00
Mitte	DRK	23,23	24,00			77,00
DRK Gesamt:		100,23	81,75		134,75	231,00
Huckelriede	DCV	25,50	39,50		65,00	115,50
DCV Gesamt:		25,50	39,50		65,00	115,50
GESAMT:		535,23	852,50	92,00	1.432,50	423,50

Das Volumen der Personalausstattung der DLZ bezogen auf die Summe der Wochenstunden von Leitung, Sozialberatung und Verwaltung insgesamt hat sich in den vergangenen Jahren nicht wesentlich verändert. Von der in den Richtlinien aus dem Jahr 1991 vorgegebenen personellen Grundausrüstung (Leitung 1 VK, Sozialberatung 1 VK, Verwaltung 0,5 VK) wurde in der Vergangenheit teils abgewichen. Der Umfang der Personalausstattung ist nicht in jedem DLZ gleich. Es gibt „kleinere“ DLZ, wie z.B. die des DRK in Bremen Mitte oder in Hastedt und größere, wie z.B. die der AWO in der Vahr oder in Gröpelingen. In der Mehrzahl der DLZ gibt es eine Leitung mit 38,5 Wochenstunden; der Stundenanteil der Sozialberatung variiert; eine Verwaltungskraft ist im Jahr 2003 nur noch in 11 DLZ beschäftigt; für einige DLZ werden die anfallenden Verwaltungsarbeiten zentral erledigt. Die Unterschiede in der Personalausstattung sind in der Größe des Einzugsbereiches, der Zahl der Klienten, der verschiedenen Aufgabenschwerpunktsetzung und in Veränderungen im vorhandenen Personalbestand begründet. Die Reduzierung der Stunden für die Leitungsfunktion in einigen DLZ hat zur Aufstockung der Stunden im Bereich der Sozialberatung beigetragen.

Die bedeutendste Veränderung in der Personalstruktur der DLZ ist die Veränderung im Bereich des Einsatzes von Zivildienstleistenden. Im Jahr 1998 waren in allen DLZ noch ZDL beschäftigt; im Jahr 2004 waren nur noch in 4 Dienstleistungszentren Zivildienstleistende eingesetzt.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Der Erhalt der eigenständigen Lebensführung im vertrauten Wohnumfeld erfordert im fortgeschrittenen Alter Unterstützung. Die familiären Hilfesysteme reichen oft nicht aus oder sind nicht vorhanden. Ein beträchtlich zunehmender Teil älterer Menschen ist in höherem Alter auf Fremdhilfe und Unterstützung angewiesen. Der Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich hat vor allem dann für ältere Menschen eine große Bedeutung, wenn es darum geht, die Beeinträchtigung alltagspraktischer Fähigkeiten auszugleichen und die Selbstversorgungspotenziale zu erhalten und zu fördern.

Alle Maßnahmen, die eine Fortführung des alltäglichen Lebens in der eigenen Wohnung ermöglichen, bei weitergehender Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit zur Aufrechterhaltung der Wohnsituation beitragen und eine stabile häusliche Pflegesituation gewährleisten, sind ein außerordentlich wichtiger Beitrag der gesellschaftlichen Unterstützung älterer Menschen und deren Angehörigen und zur Umsetzung der altenpolitischen Leitlinie „ambulant vor stationär“.

In der Stadtgemeinde Bremen wurde frühzeitig durch den Aufbau von Dienstleistungszentren begonnen, Altenhilfestrukturen für die Zukunft in Kooperation mit Wohlfahrtsverbänden aufzubauen.

Dienstleistungszentren sind bedeutende stadtteilbezogene und niedrigschwellige Angebotsformen und neben den Pflegediensten ein unverzichtbarer Bestandteil der Versorgungsstruktur der Altenhilfe in Bremen.

Durch die Betreuungsangebote der DLZ im häuslichen Umfeld werden die unterschiedlichsten und sich verändernden Unterstützungs- und Hilfebedarfe älterer Menschen (z.B. bei Demenz) rechtzeitig erkannt, entsprechende Hilfen vermittelt, koordiniert und begleitet; pflegende Angehörige erhalten Beratung und Unterstützung. Fallbezogen, an einem ganzheitlichen Hilfebedarf der Klientinnen und Klienten orientiert, kooperieren die DLZ mit anderen Stellen und Dienstleistungserbringern; sie koordinieren diese Hilfen und leisten Begleitung im Hilfeprozess. Diese aufsuchende Arbeit hat für die älteren Menschen eine wichtige präventive Funktion.

Die Organisierte Nachbarschaftshilfe ist der Aufgabenschwerpunkt der Dienstleistungszentren und ersetzt inzwischen auch zunehmend den Einsatz von Zivildienstleistenden im Rahmen des Mobilen Sozialen Hilfsdienstes. Mit der Vermittlung hauswirtschaftlicher Unterstützung bieten die DLZ einen entlastenden "weichen" Einstieg in die ambulanten Hilfen; damit ist seitens der Klienten/innen auch eine Akzeptanz einer fremden Hilfe verbunden.

**Selbstversorgungspotenziale
älterer Menschen erhalten und
fördern**

**Altenhilfestrukturen für die
Zukunft ausbauen**

Trotz kontinuierlicher Öffentlichkeitsarbeit sind die umfangreichen Unterstützungsmöglichkeiten der Dienstleistungszentren vielen älter werdenden Menschen nicht bekannt.

Möglicherweise spielen psychologische Faktoren bei der Nicht-Wahrnehmung entsprechender Informationen eine entscheidende Rolle. Die Öffentlichkeitsarbeit der DLZ in den verschiedensten Medien muss geprüft und erweitert werden.

Im letzten Jahrzehnt wurden die Zuwendungen an die DLZ aufgrund von Haushaltsvorgaben kontinuierlich gekürzt. Für die Jahre 2001 - 2005 wurden bezüglich der Zuwendung 5-Jahresverträge mit den Trägern der DLZ vereinbart. Der Abschluss dieser Verträge war für die Träger von DLZ wegen der Planung und Gewährleistung der Hilfsangebote von großer Bedeutung. Bestandteil dieser Verträge ist eine Festlegung der jährlichen Zuwendungshöhe, verbunden mit einer Beschreibung der vertraglich vereinbarten Aufgaben. Die Zuwendungen sind aufgrund der Haushaltsvorgaben mit einer jährlichen Kürzung von 3,023 % verbunden. Die Reduktion der Zuwendungen hat vor allem zu Kürzungen bei der Personalausstattung in den DLZ geführt. Das Angebot der DLZ konnte mit großem Engagement der Mitarbeiter/innen erhalten werden. Ein Ausbau der Hilfen der DLZ erfordert angesichts der in den letzten Jahren gestiegenen Zahl der betreuungsintensiven Fälle weitere professionelle Personalressourcen für Koordination und Vernetzung.

Dem Erhalt und der Absicherung der bestehenden Versorgungsstruktur ist oberste Priorität einzuräumen. Dieses ist auch bei den Verhandlungen über die Zuwendungen nach Ablauf der geltenden Verträge zu berücksichtigen.

Die Durchführung der Organisierten Nachbarschaftshilfe basiert auf dem Einsatz von Nachbarschaftshelfer/innen; im Jahr 2004 waren in diesem Feld 2.584 Personen tätig. Diese sind mehrheitlich ehrenamtliche Laienhelfer/innen. Sie erhalten für ihre Arbeit eine stundenbezogene Aufwandsentschädigung. In der Regel stehen sie nur mit einem begrenzten Zeitkontingent zur Verfügung. Bei umfangreichen Hilfen mit mehr als fünf Stunden Einsatz pro Woche müssen mehrere Helferinnen tätig werden. Vor allem bei der Versorgung psychisch kranker und verwirrter älterer Menschen ergeben sich Engpässe. Für betreuungsintensive Einsätze stehen begrenzt geeignete Helfer/innen im Rahmen des Projektes hauptamtliche Nachbarschaftshilfe zur Verfügung.

Anfang der 90er Jahre wurde zur Schließung der Versorgungslücke mit dem Aufbau von Projekten zur Er-

Die Öffentlichkeitsarbeit der DLZ in den verschiedenen Medien überprüfen und intensivieren

Die bestehende Versorgungsstruktur niedrigschwelliger Angebote erhalten und für die Zukunft absichern

probung des Einsatzes hauptamtlicher Nachbarschaftshelfer/innen begonnen und dabei die zur Verfügung stehenden arbeitsmarktpolitischen Förderungsinstrumentarien (§ 19 BSHG, SAM und ABM) genutzt. Der Einsatz hauptamtlicher Nachbarschaftshelferinnen hat sich bewährt.

Empfohlen wird der Erhalt und der Ausbau dieser Projekte verbunden mit einer kontinuierlichen Anleitung und Qualifizierung. Die Finanzierung der Projekte ist über arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und durch ergänzende Landesmittel sicherzustellen. Nach Abschluss sind für die Teilnehmerinnen die Übergänge in Ausbildung oder Beschäftigung zu erleichtern.

Bei betreuungsintensiven Einsätzen bleiben trotz des Einsatzes der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen Versorgungslücken. Aufgrund arbeitsmarktpolitischer Vorgaben ist der Zeitraum der Beschäftigung dieser auf maximal 12 Monate begrenzt und bietet keine Basis für eine kontinuierliche Betreuung. Zur Schließung dieser Versorgungslücken bieten sich zwei Formen an: Die Klienten und Klientinnen der DLZ werden Arbeitgeber für die Helfer/innen und richten z. B. Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse im eigenen Haushalt ein. Die Einrichtung von Pools von hauptamtlichen Nachbarschaftshelfer/innen bei den DLZ könnte eine weitere Möglichkeit sein; deren Tätigkeit müsste über gesondert festgelegte Stundensätze finanziert werden; entscheidend für deren Einsatz ist die jeweilige Problemlage.

Projekte zum Einsatz von hauptamtlichen Nachbarschaftshelferinnen fortführen und ausbauen

Finanzierungs- und Organisationsfragen des Einsatzes betreuungsintensiver Nachbarschaftshilfe klären

Die Dienstleistungszentren sind wichtige regionale Anlauf- und Beratungsstellen. Sie bieten günstige Voraussetzungen für den Ausbau eines umfassenden und flächendeckenden Informations- und Beratungsangebotes für ältere Menschen. Insgesamt nehmen die Beratungsgespräche, seien sie informativer oder psychosozialer Art, sowie die Koordinierung verschiedener Hilfen innerhalb der DLZ-Arbeit einen umfangreichen Raum ein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die aufsuchende Beratungsarbeit durch Hausbesuche.

Die Beratung hat zunächst im Vorfeld der Vermittlung von Hilfen eine zentrale Bedeutung; später bei der Begleitung und Verlaufskontrolle der Hilfsangebote werden bei sich veränderndem Hilfebedarf vor Ort in Kooperation mit anderen Diensten im Stadtteil individuelle Lösungen für den entsprechenden Hilfebedarf gesucht. Fallbezogen erfolgt eine Zusammenführung von Diensten und Hilfen mit den Betroffenen und deren Angehörigen selbst. Die Dienstleistungszentren übernehmen in vielen Fällen Case-Management-Funktionen.

Durch umfangreiche Kooperationsbezüge zu anderen Anbietern eignen sich die Dienstleistungszentren für die Bündelung und den Ausbau trägerübergreifender Versorgungskonzepte auf Stadtteilebene. DLZ sind Lotsendienste im Altenhilfesystem.

Die Umstrukturierungen des Amtes für Soziale Dienste haben in der Vergangenheit zu Veränderungen bei der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der sozialen Beratung und Betreuung älterer Menschen geführt. Mit der Dezentralisierung des Amtes und der Integration des Sozialdienstes Ältere Menschen in den Allgemeinen Sozialdienst „Erwachsene“ haben die DLZ immer häufiger praktisch Prozessverantwortung für die Betreuung älterer Menschen übernommen.

Dienstleistungszentren wurden schon immer mit unterschiedlichsten Problemlagen und den Bedarfen der Versorgung Demenzkranker konfrontiert. Der Anteil dieses Personenkreises hat in den letzten Jahren sehr zugenommen.

Die DLZ haben auf veränderte Lebenssituationen bei den Klientinnen und Klienten reagiert, indem z.B. seit geraumer Zeit das DLZ-Team und der Kreis der Helferinnen und Helfer für den Umgang mit Demenzkranken qualifiziert wird.

Darüber hinaus haben die DLZ angesichts sich verändernder Anforderungen durch diesen Personenkreis ihr Angebot weiterentwickelt; sie sind inzwischen als niedrigschwellige Betreuungsangebote nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz (§ 45 b. Abs. 1, Nr. 4 SGB XI) anerkannt. Die Angebote der DLZ beziehen sich auf die

- Einzelbetreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch Helferinnen und Helfer
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch aufsuchende Beratung
- Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige einschließlich der notwendigen Beratung
- Betreuungsgruppen für ältere demente Menschen (z. B. Tagesbetreuung).

Diese Arbeitsschwerpunkte werden durch die neu geschaffene trägerübergreifende Beratungsstelle DIKS (Demenz- Informations- und Koordinierungsstelle) ergänzt und unterstützt. Darüber hinaus werden in fünf DLZ Gruppenangebote für pflegende Angehörige angeboten.

Häuslich-private, von den Familien getragene Altenpflegearrangements sind in ihrer Gesamtheit eine weit größere Pflegeinstitution als alle Krankenhäuser und Pflegeheime zusammengekommen. Familiäre Pflege ist eine verschwiegene Ressource geblieben. Eine systematisch angelegte Flankierung

Aufgabenzuschnitte der DLZ und des Amtes für Soziale Dienste klären und Kooperationsvereinbarungen treffen

Niedrigschwellige Angebote nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz für Demenzkranke ausbauen

Neue Formen der Angebote für pflegende Angehörige erproben

der Pflegehaushalte ist erforderlich.

In einigen DLZ haben bereits Gesprächskreise für pflegende Angehörige begonnen. Mit Hilfe von Psychologinnen werden die individuellen und sozialen Ressourcen bei der Bewältigung der häuslichen Pflege geklärt und unterstützt.

Eine Aktivität der Dienstleistungszentren in der Vergangenheit war die Koordination der Sozialen Arbeitskreise in Kooperation mit dem Amt für Soziale Dienste. Informationsaustausch, Vernetzung und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit waren in der Vergangenheit die hauptsächlichen Aktivitäten. Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Angebotsstruktur in der Region waren selten. Eine Festlegung der Arbeit dieser Arbeitskreise besteht bislang nicht. Zentrale Sozial- und Altenhilfeplanung ist auf intensive Kooperation mit Durchführungsträgern, Selbsthilfegruppen u. a. m. aus den Regionen angewiesen. Vor Ort wird erfasst, wo Versorgungsmängel und neue Bedarfslagen bestehen.

Die Sozialen Arbeitskreise sollen als Instrumente kleinräumiger Altenhilfeplanung ausgebaut werden. Die Koordination und Moderation der Arbeit der Arbeitskreise liegt bei den DLZ. Somit ergibt sich für das DLZ durch die Informationsangebote und die Vernetzung bestehender Angebote und Initiativen die Funktion ein „Kompetenzzentrum“ für die altengerechte Gestaltung des Stadtteils; es entstehen weitere Aufgaben im Bereich der Planung und „Marktbeobachtung“.

Soziale Arbeitskreise als Instrument kleinräumiger Altenhilfeplanung ausbauen

Aufgrund ihrer Lage im Stadtteil haben viele DLZ bereits in der Vergangenheit besondere Arbeitsschwerpunkte entwickelt. Es bestehen z. B. Kooperationen mit stationären und teilstationären Einrichtungen und Seniorenwohnanlagen. Angesichts des zunehmenden Bedarfs an alltagsorientierter Dienstleistung, die wohnortnah erbracht werden sollte, muss geprüft werden, durch welche Angebote das Spektrum der DLZ noch erweitert werden kann. Zu entwickeln sind spezielle Dienstleistungsangebote, z. B. „Rund-um-Pakete“, die auf den individuellen Bedarf einer Krisensituation mit den Betroffenen zugeschnitten sind (z. B. bei Entlassung aus dem Krankenhaus, bei Umzug etc.).

Weiter zunehmen wird der Bedarf im Bereich haushaltsbezogener Dienstleistungen, die wohnortnah für zu Hause lebende ältere Menschen zu erbringen sind. In Kooperationen von Freien Trägern, Einrichtungen der offenen Altenhilfe könnten z. B. mit dem Handwerk Angebote aus einer Hand entwickelt werden.

Die etwa 2.584 Nachbarschaftshelferinnen haben im Laufe des Jahres 2004 rund 704.392 Einsatzstunden übernommen. Gerade die semiprofessionelle Tätigkeit der Nachbarschaftshelferinnen sichert den frühzeitigen und "weichen" Einstieg bei sich anbahnendem Hilfebedarf. Ohne das Engagement der Nachbarschaftshelfer/innen ist die ambulante Versorgung älterer Menschen nicht sicherzustellen.

Dieses soziale Engagement vieler Nachbarschaftshelferinnen verdient in geeigneter Form öffentliche Anerkennung.

Es wird immer wieder betont, dass die Zukunft der Sicherung der Versorgung, Betreuung und Pflege in der Entwicklung moderner Pflegemixturen besteht. Diese beinhalten Bestandteile informeller Hilfe, professioneller und „marktgängiger“ Dienstleistungen im Feld der Pflege, sowie freiwilliger Hilfe.

Neben der Aktivierung verbliebener Potentiale von Hilfebedürftigen und deren Umfeld (Mobilisierung bzw. Qualifizierung von Angehörigen für Betreuungsaufgaben) muss eine kontinuierliche Ergänzung des professionellen und semi-professionellen Systems und damit auch der Organisierten Nachbarschaftshilfe durch weitere freiwillig engagierte Personen erfolgen, die auch generationenübergreifend tätig werden. Eine Art „Enkel/innen-Hilfsdienst“ sollte aufgebaut und erprobt werden.

Erprobung und Ausweitung von Schwerpunktsetzungen in einzelnen DLZ

Soziales Engagement der Nachbarschaftshelferinnen anerkennen

Mobilisierung zusätzlicher Betreuungs- und Selbsthilfepotentiale und von Bürgerschaftlichem Engagement

Anlage 1**Dienstleistungszentren in der Stadtgemeinde Bremen**

DLZ	Adresse	Telefon
Dienstleistungszentrum Schwachhausen des Deutschen Roten Kreuz	Wachmannstr. 9 28209 Bremen	34 03 – 100/101/102
Dienstleistungszentrum Mitte / östl. Vorstadt des Deutschen Roten Kreuz	Mathildenstr. 2 28203 Bremen	70 60 70 11
Dienstleistungszentrum Hastedt des Deutschen Roten Kreuz	Hastedter Heerstr. 250 28207 Bremen	436 70 47
Dienstleistungszentrum Horn/Oberneuland Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Bruckner Str. 13 28359 Bremen	23 71 21
Dienstleistungszentrum Schwachhausen / Nord Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Kulenkampallee 65 a 28213 Bremen	21 57 59
Dienstleistungszentrum Vahr der Arbeiterwohlfahrt	Berliner Freiheit 9 c 28327 Bremen	46 80 – 326/ 327
Dienstleistungszentrum Osterholz der Arbeiterwohlfahrt	Otto-Brenner-Allee 46 28325 Bremen	42 98 44-0/-3
Dienstleistungszentrum Hemelingen Beratungsstelle der Arbeiterwohlfahrt	Hermann-Osterloh-Str. 117 28307 Bremen	48 80 30-0/-12
Dienstleistungszentrum Neust./Woltmershausen der Arbeiterwohlfahrt	Lahnstr. 65 28199 Bremen	59 814-0/-13
Beratungsstelle Woltmershausen der Arbeiterwohlfahrt	Woltmershauser Str. 310 28197 Bremen	54 04 53
Dienstleistungszentrum Huckelriede des Caritasverbandes	Kornstr. 383 28201 Bremen	87 34 10
Dienstleistungszentrum Kattenturm Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Alfred-Faust-Str. 17 d 28277 Bremen	82 35 48
Dienstleistungszentrum Huchting Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Kirchhuchtinger Landstr. 143 28259 Bremen	58 20 11
Dienstleistungszentrum Findorff der Arbeiterwohlfahrt	Magdeburger Str. 17 28215 Bremen	37789-0/-13
Dienstleistungszentrum Walle der Arbeiterwohlfahrt	Wartburgstr. 11 28217 Bremen	38898 – 12/-13
Dienstleistungszentrum Gröpelingen der Arbeiterwohlfahrt	Gröpelinger Heerstr. 248 28237 Bremen	691-4266/67
Dienstleistungszentrum Bremen – Vegesack Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Zum Alten Speicher 10 28759 Bremen	66 24 99
Dienstleistungszentrum Blumenthal Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	Bgm.-Kürten-Str. 32 28779 Bremen	60 21 99
Dienstleistungszentrum Lesum Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	An der Lesumer Kirche 1 28717 Bremen	63 00 34
Dienstleistungszentrum Arsten Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste	August-Hagedorn-Allee 1 28279 Bremen	960 –92 34

Anlage 2

Dienstleistungszentren Einzugsbereiche

MITTE - WEST	SÜd	OST	NORD
DLZ Mitte / Östl. Vorstadt (DRK)	DLZ Neustadt / Woltmershausen (AWO)	DLZ Hastedt (DRK)	DLZ – Lesum (Parität. G.)
• Altstadt (111)	• Alte Neustadt (211)	• Peterswerder(313)	• Burg-Grambke (511)
• Ostertor (113)	• Hohentor (212)	• Hastedt (382) ?	• Burgdamm (513)
• Steintor (311)	• Neustadt (213)	• Hulsberg (314)	• Lesum (514)
• Fesenfeld (312)	• Woltmershausen (251)		• St- Magnus (515)
	• Rablinghausen (252)	DLZ Schwach-	
DLZ Findorff (AWO)	• Seehausen (261)	Nord (Parität. G.)	DLZ Vegesack (Parität. G.)
• Regensburgerstr.(421)	• Strom (271)	• Neu-Schwachh.(321)	• Vegesack (521)
• Findorff (422)	• Neustädterhafen (124)	• Riensberg (324)	• Grohn (522)
• Weidedamm (423)		• Radio Bremen (325)	• Schönebeck (523)
• In den Hufen (424)	DLZ-Huckelriede (Caritas)		• Aumund-Hammersbeck (524)
		DLZ Schwachhausen (DRK)	• Fähr-Lobbendorf (525)
DLZ Walle (AWO)	• Südvorstadt (214)	• Bürgerpark (322)	
• Utbremen (431)	• Gartenstadt (215)	• Bürgerweide/Barkhof (323)	DLZ Blumenthal (Parität. G.)
• Steffensweg (432)	• Buntentor (216)	• Schwachhausen(326)	• Blumenthal (531)
• Westend (433)	• Neuenland (217)	• Gete (327)	• Rönnebeck (532)
• Walle (434)	• Huckelriede (218)	• Bahnhofsvorst.(112)	• Lüssum-Bockh. (533)
• Osterfeuerberg (435)			• Farge(534)
• Hohweg (436)	DLZ Kattenturm (Parität. G.)	DLZ Vahr (AWO)	• Rekum (535)
• Handelshafen (121)	• Habenhausen (231)	• Gartenstadt Vahr (331)	
• Blockland (411)	• Arsten (232)	• Neue Vahr Nord (332)	
	• Kattenturm (233)	• Neue Vahr Südwest (334)	
DLZ-Gröpelingen (AWO)	• Kattenesch (234)	• Neue Vahr Südost (335)	
• Lindenhof (441)		• Blockdieck (375)	
• Gröpelingen (442)	DLZ Huchting (Parität.G.)	• Sebaldsbrück (381)	
• Ohlenhof (443)			
• In den Wischen (444)	• Mittelshuchting (241)	DLZ Horn / Oberneuland (Parität. G.)	
• Oslebshausen (445)	• Sodenmatt (242)	• Horn (341)	
• Industriehafen (122)	• Kirchhuchting (243)	• Lehe (342)	
	• Grolland (244)	• Lehesterdeich (324)	
		• Borgfeld (351)	
		• Oberneuland (361)	
		DLZ Osterholz/Hemelingen (AWO)	
		• Ellener Feld (371)	
		• Ellenerbrok-Schevemoor (372)	
		• Tenever (373)	
		• Osterholz (374)	
		• Hemelingen (353)	
		• Arbergen (384)	
		• Mahndorf (385)	

Anlage 3 Klienten / Klientinnen mit NBH - Verträgen (Statistik DLZ 1.6)

DLZ	Träger	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Findorff	AWO	194	203	187	222	246	274	255	282
Gröpelingen	AWO	247	320	365	359	372	357	355	363
Neustadt/Woltmersh.	AWO	270	308	277	284	286	306	294	310
Osterholz / Arberger	AWO	106	130	219	192	231	239	210	217
Vahr / Sebaldsbrück	AWO	215	286	309	302	319	304	287	324
Walle	AWO	211	216	255	259	269	278	264	247
Arbergen/Hemelingen	AWO	131	114						
AWO Gesamt:		1.374	1.577	1.612	1.618	1.723	1.758	1.665	1.743
Blumenthal	Parität. G	143	138	171	168	235	277	299	275
Lesum	Parität. G	142	132	119	190	240	246	233	231
Horn	Parität. G	102	129	157	218	227	254	263	304
Vegesack	Parität. G	149	121	143	176	206	220	286	250
Schwachhausen	Parität. G	183	198	186	196	190	229	260	244
Kattenturm	Parität. G	145	167	204	225	241	194	221	216
Huchting	Parität. G	134	145	179	166	197	187	188	275
Arsten	Parität. G						66	101	92
Parität. Gesamt:		998	1.030	1.159	1.339	1.536	1.673	1.851	1.887
Schwachhausen	DRK	120	176	171	155	177	182	162	157
Hastedt	DRK	145	146	174	167	187	168	170	157
Mitte	DRK	93	99	124	117	130	136	115	98
DRK Gesamt:		358	421	469	439	494	486	447	412
Huckelriede	DCV	155	168	180	186	156	158	160	179
DCV Gesamt:		155	168	180	186	156	158	160	179
GESAMT:		2.885	3.196	3.420	3.582	3.909	4.075	4.123	4.221

Nachbarschaftshilfe - Stunden pro Jahr

(Statistik DLZ 4.3)

Anlage 4

DLZ	Träger	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Findorff	AWO	24.648	27.300	26.208	20.800	24.000	31.148	31.050	32.968
Gröpelingen	AWO	53.924	70.746	76.232	74.334	74.880	68.900	71.214	67.860
Neustadt/Woltmersh.	AWO	42.224	45.864	44.278	48.548	50.388	49.025	51.012	55.094
Osterholz / Arberger	AWO	16.120	21.580	32.656	32.006	32.942	32.708	30.784	32.461
Vahr / Sebaldsbrück	AWO	36.504	41.444	52.520	50.648	56.108	54.876	55.536	58.320
Walle	AWO	37.284	38.896	35.984	43.420	41.682	40.196	38.166	38.012
Arbergen/Hemelingen	AWO	23.764	17.394						
AWO Gesamt:		234.468	263.224	267.878	269.756	280.000	276.853	277.762	284.715
Blumenthal	Parität. G	61.516	58.812	84.016	84.063	82.622	79.398	66.353	59.182
Lesum	Parität. G	30.082	42.718	33.618	31.096	31.631	34.696	32.319	29.149
Horn	Parität. G	30.472	33.176	42.120	46.140	38.554	43.335	42.971	47.284
Veogesack	Parität. G	49.764	39.260	60.502	55.337	56.368	57.728	53.727	50.764
Schwachhausen	Parität. G	37.674	37.544	42.848	29.870	34.501	36.684	36.268	36.839
Kattenturm	Parität. G	49.686	64.324	64.506	66.638	54.192	47.138	30.137	32.432
Huchting	Parität. G	38.896	38.272	40.768	45.448	37.232	34.580	34.138	39.541
Arsten	Parität. G						16.744	15.068	18.030
Parität. Gesamt:		298.090	314.106	368.379	358.592	335.100	350.303	310.981	313.212
Schwachhausen	DRK	26.208	33.878	32.604	37.102	41.054	35.640	25.944	25.616
Hastedt	DRK	13.468	30.420	34.216	30.836	22.620	25.056	21.456	24.525
Mitte	DRK	20.904	23.660	26.260	24.960	25.974	17.904	18.888	18.913
DRK Gesamt:		60.580	87.958	93.080	92.898	89.648	78.600	66.288	69.054
Huckelriede	DCV	26.156	35.204	33.306	38.276	31.928	36.244	36.920	37.411
DCV Gesamt:		26.156	35.204	33.306	38.276	31.928	36.244	36.920	37.411
GESAMT:		619.294	700.492	762.643	759.522	736.676	742.000	691.951	704.392

Nachbarschaftshelferinnen im Einsatz

(Statistik DLZ 5.3)

Anlage 5

DLZ	Träger		1998	1999	2000	2001	2002	2003
Findorff	AWO		157	138	118	137	132	137
Gröpelingen	AWO		233	286	303	282	274	271
Neustadt/Woltmersh.	AWO		133	140	210	197	230	237
Osterholz / Arberger	AWO		127	111	171	142	142	166
Vahr / Sebaldsbrück	AWO		142	157	149	178	166	181
Walle	AWO		159	150	146	141	140	125
Arbergen/Hemelingen	AWO		60					
AWO Gesamt:			1.011	982	1.097	1.077	1.084	1.117
Blumenthal	Parität. G		148	140	138	164	140	150
Lesum	Parität. G		122	107	126	85	90	84
Horn	Parität. G		102	96	71	90	96	114
Vegesack	Parität. G		107	106	102	126	148	133
Schwachhausen	Parität. G		67	57	82	86	122	117
Kattenturm	Parität. G		162	142	133	141	107	135
Huchting	Parität. G		101	88	117	89	89	123
Arsten	Parität. G						60	34
Parität. Gesamt:			809	736	769	781	852	890
Schwachhausen	DRK		103	97	101	111	131	86
Hastedt	DRK		106	94	89	83	72	81
Mitte	DRK		65	70	84	82	78	61
DRK Gesamt:			274	261	274	276	281	228
Huckelriede	DCV		128	94	114	108	103	95
DCV Gesamt:			128	94	114	108	103	95
GESAMT:			2.222	2.073	2.254	2.242	2.320	2.330

3.3 Häusliche Pflege

A - IST Beschreibung

Neben den Dienstleistungszentren bildet die häusliche Pflege ein zentrales Element der ambulanten Versorgungsstruktur für ältere und kranke Menschen in der Stadtgemeinde. Die Angebote der Träger sollen dazu beitragen, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden und die selbständige Lebensführung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörige unterstützen. Die Arbeit ist auf medizinisch-pflegerische Leistungen ausgerichtet, teilweise mit ergänzenden hauswirtschaftlichen Hilfen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der vom niedergelassenen Arzt oder vom behandelnden Krankenhausarzt verordneten, zeitlich befristeten Pflege nach SGB V und der ständigen pflegerischen Grundversorgung bei vorliegender Schwerpflegebedürftigkeit nach SGB XI.

In der Beschreibung der Lebenssituation älterer Menschen in Bremen gehen wir davon aus, dass in der Stadt etwa 15.000 regelmäßig pflegebedürftige Menschen außerhalb von Einrichtungen leben. Hiervon sind rund 8.000 Personen 65 Jahre und älter. Darüber hinaus ist eine gleich große Gruppe anzunehmen, deren Pflegebedarf als unregelmäßig ausgewiesen wird. (Etwa einmal wöchentlicher Hilfebedarf aufgrund von Schwierigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen wie Waschen/Baden oder bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.) Die ambulanten Pflegedienste widmen sich besonders Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf.

Die ambulante Pflege übernehmen in Bremen die freigemeinnützigen Hauskrankenpflegeverbände und die gewerblichen Pflegedienste.

Pflegedienste im Land Bremen	Gemeinnützige Träger	Gewerbliche Träger	Gesamt
Stadt Bremen	38	54	92
Bremerhaven	9	15	24
Gesamt Land Bremen	47	69	116

Statistisches Landesamt, Pflegestatistik am 15.12.2003

Für die häusliche Krankenpflege schließen sie nach § 132 SGB V Verträge mit den Krankenkassen ab, die unter anderem die Entgelte regeln. Entsprechende Verträge müssen für die grundpflegerische Versorgung nach dem Pflegeversicherungsgesetz auch mit den Pflegekassen vereinbart werden.

Diesen Verträgen tritt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales als örtlicher Sozialhilfeträger bei. Hierdurch werden Leistungen und Kostensätze im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit nach den §§ 47 - 51 SGB XII und bei der Hilfe zur Pflege nach § 61(2) SGB XII festgelegt. Auf diese Leistungen besteht ein Rechtsanspruch.

Im Land Bremen haben z.Z. 128 Pflegedienste entsprechende Verträge mit den Krank- und Pflegekassen und können nach SGB V und SGB XI ihre Leistungen abrechnen.

Aufgabenbereiche

Vor der Einführung der Pflegeversicherung übernahmen die Hauskrankenpflegeverbände folgende Aufgaben:

- häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
- häusliche Pflege bei Pflegebedürftigkeit (§ 36 SGB XI)
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- häusliche Pflege bei Schwangerschaft (§ 198 RVO)
- Haushaltshilfe im Rahmen der Mutterschaftshilfe (§ 199 RVO)

Schwerpunkte aller Aktivitäten der Hauskrankenpflegeverbände bilden eindeutig die häusliche Krankenpflege und die häusliche Pflegehilfe bei Pflegebedürftigkeit. Das Profil der Leis-

tungen nach Einführung der Pflegeversicherung - aufgegliedert nach den Rechtsgrundlagen - den Sozialgesetzbüchern V und XI - geht aus den folgenden Übersichten hervor:

Leistungen häuslicher Krankenpflege nach SGB V

gesetzl. Grundlage	Ziele	Verordnungsfähige Maßnahmen	Voraussetzungen
§ 37 (1)	Vermeidung / Verkürzung von Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> – Behandlungspflege – Grundpflege – hauswirtschaftliche Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Verordnung – Genehmigung der Krankenkasse – Verlängerung nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse
§ 37 (2)	Sicherung der ärztlichen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> – Behandlungspflege 	<ul style="list-style-type: none"> – ärztliche Verordnung – Genehmigung der Krankenkasse

Im Notfall können die Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei einem oder zwei täglichen Einsätzen auch sofort, dass heißt ohne Vorabgenehmigung der Krankenkasse, erbracht werden. Bei drei Einsätzen täglich ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Vergütung

Das System der Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Pflegediensten hat sich seit Einführung der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" im Mai 2000 und zum 1. Oktober 2001 verändert. Bis Oktober 2001 wurden für einzelne Leistungen feste Preise vereinbart, die in den jeweiligen Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und Pflegediensten vertraglich festgelegt wurden.

Die Leistungen der Behandlungspflege wurden in Gruppen zusammengefasst, die unterschiedlich abgerechnet wurden. In einer Gruppe konnte jede einzelne verordnete Leistung separat abgerechnet werden, in der anderen kumulierten die Leistungen zu einem Höchstbetrag, egal wie viele Leistungen verordnet und erbracht wurden. Neben der Behandlungspflege wurde die Grundpflege, sowie bei besonders schwierigen Pflegesituationen (z. B. Schmerzpatienten, stark bewegungseingeschränkten Patienten) ein Zuschlag zur Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung rund um das Krankbett als einzelne Leistung abgerechnet.

Da die Leistungsgruppen der Behandlungspflege zum 26. Juni 2000 neu vereinbart wurden und ein Teil der sogenannten "einfachen" Behandlungspflege aufgrund der neuen Richtlinie in die Grundpflege integriert wurde, lassen sich die verschiedenen Systeme nicht miteinander vergleichen.

Seit dem 1. Oktober 2001 existiert das neue Abrechnungssystem. Bei verordneter und genehmigter häuslicher Krankenpflege mit Grundpflege wird nach vereinbarten Pauschalsätzen abgerechnet. Das bedeutet, alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege werden mit einem Pauschalbetrag abgegolten. Die Anzahl der Leistungen der Behandlungspflege, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie evtl. Zuschläge zur Grundpflege und der Erstbesuch nach § 15 Absatz 1 bleiben unberücksichtigt. Die Pauschalbeträge richten sich nach der genehmigten Zahl der täglichen Einsätze. Einsätze von bis zu zweimal täglich können nach Verordnung bis zur Genehmigung durch die Kassen erbracht und abgerechnet werden, während drei tägliche Einsätze nach gesondert begründeter Verordnung von den Krankenkassen vor Beginn der Pflege genehmigt werden müssen.

Leistungen	Vergütung in €
Einsatzpauschale 1 x tgl.	30,68

Einsatzpauschale 2 x tgl.	46,02
Einsatzpauschale 3 x tgl.	61,36

Wird bei einer Verordnung für häusliche Krankenpflege keine Grundpflege bewilligt, werden die einzelnen Leistungen der Behandlungspflege wie bisher separat abgerechnet. Der Sozialhilfeträger folgt in seinen Einzelfallabrechnungen den zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Pflegediensten vereinbarten Leistungsvergütungen. Folgende Preise* gelten ab Oktober 2003:

Verordnungsfähige Maßnahme	Vergütung in €
Blutzuckermessung	3,55
Blutdruckmessung	
Medikamentenabgabe	
Injektion s.c / i.m.	
Absaugen	6,85
Blasenspülung	
Inhalation	
Infusion i.v wechseln, anhängen	
Dekubitusbehandlung	7,16
PEG-Versorgung	
Trachealkanüle wechseln, pflegen	
Wundverbände	

* lt. Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Die Gesamtkosten im Einzelfall werden im Gegensatz zu früheren Jahren außerdem durch die Dauer der Genehmigung für die häusliche Krankenpflege reduziert. Seit Einführung des Abgrenzungskataloges im Jahr 1997, der Leistungen der Behandlungspflege in die Grundpflege integrierte, wurde von den Krankenkassen auch die Dauer der Genehmigungen laufend reduziert. Bis dahin waren Genehmigungen bis zu 28 Tagen nicht nur in Ausnahmefällen möglich, während derzeit die Dauer der Genehmigungen bei Verordnungen in der Regel 5 Tagen beträgt. Verlängerungen müssen neu verordnet und genehmigt werden. Die Krankenkassen tragen damit u.a. dem Umstand Rechnung, dass in der Vergangenheit zunehmend die Tendenz bestand, bei längeren Verordnungszeiten die Leistung auch dann voll auszuschöpfen, wenn sie medizinisch nicht mehr indiziert war.

Die Hauskrankenpflegeverbände müssen für ihre Patienten in Notsituationen schnell erreichbar sein, insbesondere an Wochenenden und Feiertagen sowie in den Abend- und Nachtstunden. Sie verfügen daher in der Regel über eine eigene zentrale Telefonnummer, über die in Krisenfällen sofortige Pflege angefordert werden kann. Diese Notfalleinsätze werden bei Inanspruchnahme nicht von den Kassen erstattet, sondern den Pflegebedürftigen privat in Rechnung gestellt.

Ebenfalls privat zu finanzieren ist die Schlüsselverwaltung. Sollte der Pflegedienst diese verwahren um überhaupt einen Einsatz durchführen zu können, können den Pflegebedürftigen für den organisatorischen Aufwand monatlich ca. 13,- € in Rechnung gestellt werden.

Organisation

Zur Erfüllung dieser Aufgaben verfügen die ambulanten Pflegedienste über hauptamtliche Mitarbeiterinnen, festangestellte Stundenkräfte und Helferinnen, die im Rahmen geringfügiger

ger Beschäftigungsverhältnisse tätig sind. Diese Helferinnen betreuen meist nur einen Klienten oder stehen für Urlaubs- und Krankheitsvertretungen zur Verfügung.

Die festangestellten Stundenkräfte arbeiten mit einer Mindestwochenstundenzahl. Sie übernehmen tägliche Einsätze, die üblicherweise zwischen 8.00 und 20.00 Uhr, auch an den Wochenenden, übernommen werden. In der Regel ist bei den Hauskrankenpflegeverbänden ein fester Stamm von Mitarbeiterinnen beschäftigt, die über mehrjährige Erfahrungen im Tätigkeitsbereich verfügen.

Neben den Pflegekräften hat jeder Verband für Leitungs-, Schulungs- und Verwaltungsaufgaben zusätzliches Personal eingestellt. Zu ihren Aufgaben gehören die Annahme und Vermittlung der Pflegen, die Koordination des Personaleinsatzes und vor allem die begleitende Betreuung der Pflegerinnen, insbesondere die Einarbeitung neuer Kräfte und die Unterstützung bei medizinisch-pflegerischen oder sozialen Krisenentwicklungen. Registrieren die Mitarbeiter Änderungen des Pflegezustandes, sind sie gehalten, diese unverzüglich dem Dienst zu melden. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden die Pflegeleistungen der Mitarbeiter auch durch Hausbesuche oder Telefonate mit den Patienten und Angehörigen kontrolliert.

Das Personal

Wie dargestellt, verfügen die Hauskrankenpflegeverbände über Personal mit unterschiedlichen Ausbildungsstatus und Einstellungsmodus.

Die Pflegestatistik für ambulante Einrichtungen des Landes Bremen ergab 2003 folgendes Bild:

Beschäftigungsverhältnis		Bremen	Bremerhaven	Land
Vollzeit		540	170	710
Teilzeit:	über 50 %	898	293	1.191
	50 % und weniger	334	63	397
Geringfügig		528	93	621
Sonstige		44	11	55
Gesamt		2.344	630	2.974

Land Bremen, Pflegestatistik (15.12.2003)

Im Bremer Pflegediensten sind die meisten Mitarbeiter teilzeitbeschäftigt (ca. 50 %), während etwa 25 % der Beschäftigten als Vollzeitkräfte tätig sind.

Die beruflichen Qualifikationen der Beschäftigten in der häuslichen Krankenpflege sind in erster Linie examinierte Krankenschwestern und -pfleger sowie examinierte Altenpflegekräfte (zusammen ca. 44 %). Demgegenüber stehen die Kranken- und Altenpflegehelfer mit zusammen ca. 9,6 % Anteilen an den Beschäftigten.

Qualifikation	Bremen	Bremerhaven	Land
Krankenschwester/-pfleger	641	128	769
Krankenpflegehelfer/-in	131	21	152
Altenpfleger/-in	400	52	452
Altenpflegehelfer/-in	147	17	164
Kinderkrankenpfleger/-in	60	6	66
Sonstige Pflegeberufe	299	61	360
Sozialarbeiter/-in	22	1	23
Pflegewissenschaftliche Ausbildung	18	1	19
Hauswirtschaftliche Berufe	25	6	31

Sonstige Berufe	326	236	562
Kein Berufsabschluss / in Ausbildung	275	101	376
Gesamt	2.344	630	2.974

Land Bremen, Pflegestatistik (15.12.2003)

Kooperation

Die ganzheitliche Pflege verlangt die Kooperation mit anderen Anbietern von Hilfeleistungen aus dem Wohnumfeld des Klienten. Vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung kam es bei der Zusammenarbeit mit den Dienstleistungszentren wiederholt zu Abgrenzungsproblemen. Nach den Richtlinien sind die Dienstleistungszentren zwar für die hauswirtschaftliche Versorgung und soziale Beratung und die Hauskrankenpflegeverbände überwiegend für die Pflege und Behandlung zuständig; in der Praxis ergeben sich aber insbesondere bei intensivem Hilfe- und Pflegebedarf Überschneidungen dieser Bereiche.

Seit Einführung des SGB XI hat sich zwischen den Dienstleistungszentren und den Pflegediensten der freien Träger eine enge Kooperation entwickelt, da durch die Pflegeversicherung das Anbieten von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen „aus einer Hand“ vorgesehen ist. In der Praxis zeigt sich dadurch ein Trend zur regionalen Schwerpunktsetzung bei den Anbietern.

Leistungen häuslicher Pflege nach SGB XI

Pflegebedürftige, die voraussichtlich länger als sechs Monate pflegebedürftig sein werden, können Leistungen der Pflegeversicherung beantragen. Nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt die Einstufung in eine Pflegestufe:

- erhebliche Pflegebedürftigkeit = Stufe 1
- Schwerpflegebedürftigkeit = Stufe 2
- Schwerstpflegebedürftigkeit = Stufe 3

Voraussetzung zur Einstufung ist das Vorliegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung, durch die für die gewöhnlichen oder wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße ein Hilfebedarf besteht (Kriterien der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 SGB XI).

Zusätzlich muss mehrfacher Hilfebedarf pro Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen.

Kriterien	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Hilfebedarf bei Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung	mind. einmal täglich für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen	mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	rund um die Uhr, auch nachts
zeitlicher Aufwand für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Tagesdurchschnitt	mind. 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten Grundpflege	mind. 3 Std., davon mind. 2 Std. Grundpflege	mind. 5 Std., davon mind. 4 Std. für die Grundpflege

Darüber hinaus werden nach BSHG § 39f Eingliederungshilfe und nach § 68f Hilfe zur Pflege finanziert. Zu der sogenannten **Grundpflege** gehören z.B. die Krankenbeobachtung, Hygiene und Körperpflege, das Betten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, die Mobilisation und die Vorbeugung gegen Folgekrankheiten. Die sogenannte **Behandlungspflege** umfasst einen differenzierten Katalog pflegerischer Maßnahmen, die der ärztlichen Anordnung bedürfen.

Hierzu zählen u.a. die Verabreichung von Injektionen und Medikamenten, die Überwachung von Infusionstherapien, Wundbehandlung, Anlegen und Erneuern von Verbänden und Katheterisierung. Zur **hauswirtschaftlichen Versorgung** gehören alle Hilfen, die in Verbindung mit der medizinisch/pflegerischen Versorgung notwendig sind, wie Besorgen von Medikamenten, Hilfen bei der Nahrungsaufnahme, hygienische Reinigungsarbeiten.

Pflegestatistik

Aktuelle Daten über die Inanspruchnahme der ambulanten Pflegedienste liegen nur für den Bereich der Pflegen nach SGB XI vor. Nachfolgende Tabellen und Grafiken beziehen sich auf die Stichtagserhebung vom 31.12.2003.

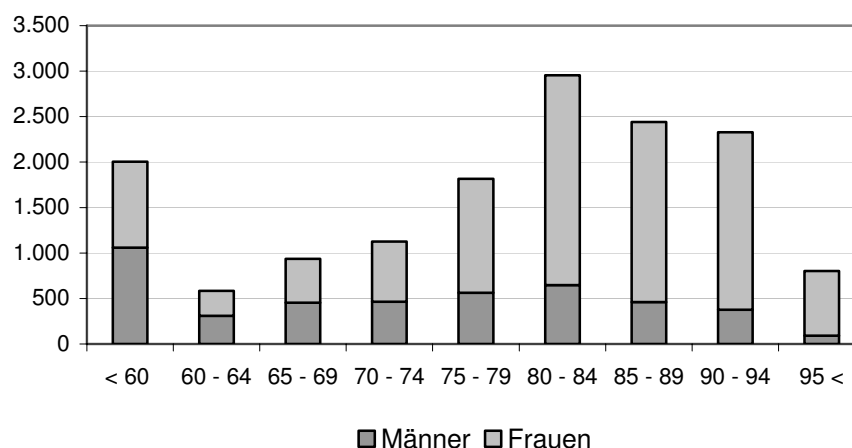
Pflegebedürftige Stadt Bremen nach Alter und Geschlecht *

Alter	Männer	Frauen	Gesamt
unter 60 Jahre	1.060	942	2.002
60 - 64	309	276	585
65 - 69	455	480	935
70 - 74	464	664	1.128
75 - 79	563	1.255	1.818
80 - 84	647	2.307	2.954
85 - 89	460	1.980	2.440
90 - 94	376	1.951	2.327
95 und älter	92	710	802
Gesamt	4.426	10.565	14.991

* Statistisches Landesamt: Pflegestatistik (31.12.2003)

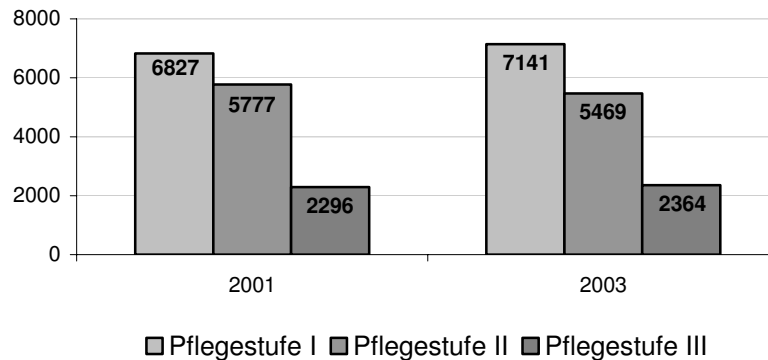
Betrachtet man die Gruppe der Pflegebedürftigen näher, fallen zwei Merkmale besonders auf: die Altersverteilung und der Anteil der Frauen. In der Gruppe der 76 - 80jährigen verdoppelt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu der um fünf Jahre jüngeren Gruppe. Bei der Verteilung der Geschlechter insgesamt nimmt die Anzahl der Frauen ab dem 70. Lebensjahr kontinuierlich zu.

Stadt Bremen



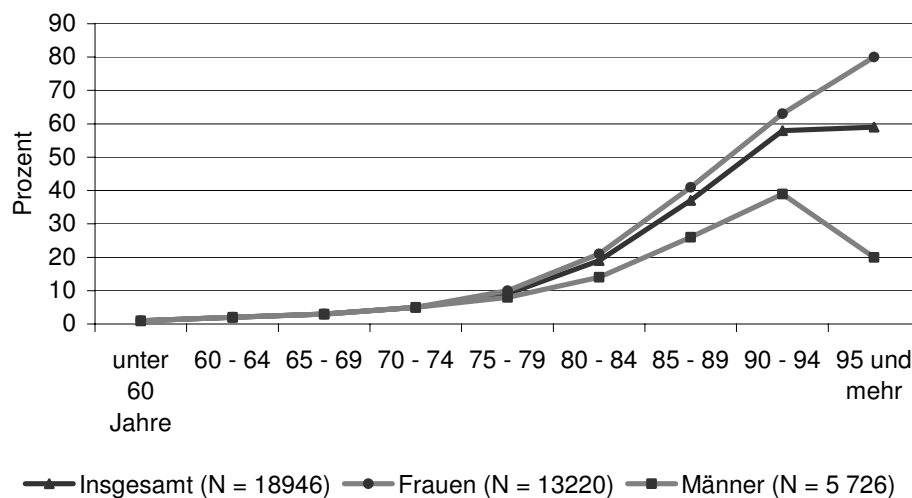
Die stetige Zunahme der Pflegebedürftigen zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der einzelnen Pflegestufen. Dabei ist auffallend, dass in den Stufen I und III in den letzten Jahren eine Zunahme zu verzeichnen ist, während es in Stufe II einen leichten Rückgang gegeben hat.

Stadt Bremen



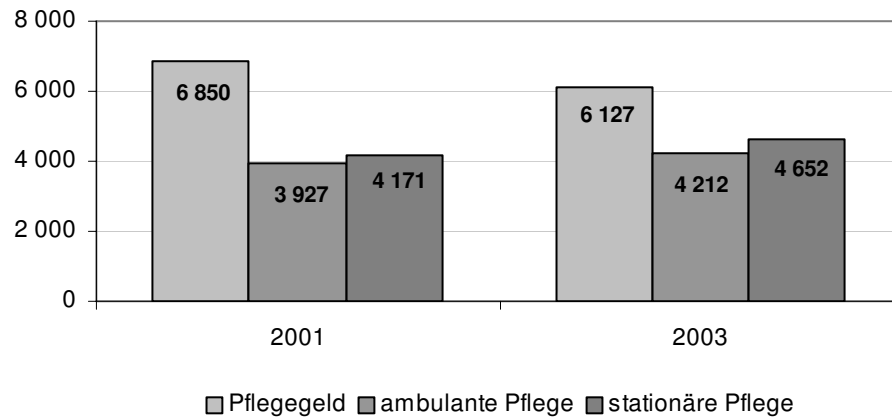
Die Wahrscheinlichkeit, in einer bestimmten Alterstufe pflegebedürftig zu werden, lässt sich an folgender Grafik ablesen. Während bei den Frauen die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt, zeigt sich bei den Männern anfänglich ebenfalls eine stetige Zunahme, die aber in der Gruppe der über 90jährigen rapide zurück geht. Bei den Frauen sind ab dem 95. Lebensjahr ca. 80 % pflegebedürftig, bei den Männern hingegen nur etwa 20 %.

Land Bremen - Pflegequoten 2003



Von den eingestuften Pflegebedürftigen nimmt im Jahr 2003 der größte Teil Leistungen für die ambulante Versorgung in Anspruch. Die weitaus größte Teil, 6.127 Personen, bezieht „reines“ Pflegegeld ohne ergänzende ambulante Leistungen. Weitere 4.212 Pflegebedürftigen beziehen ambulante Sachleistungen, von denen jedoch 1.483 Personen diese nicht vollständig ausschöpfen sondern ergänzend Pflegegeld beziehen (Kombinationsleistung).

Insgesamt werden damit in der Stadt Bremen 10.339 Personen im ambulanten Bereich versorgt, zum größten Teil unter ausschließlicher Mitwirkung und Beteiligung von Angehörigen und / oder Bezugspersonen. Auch bei voll ausgeschöpften ambulanten Sachleistungen übernehmen pflegende Angehörige einen Teil der häuslichen Versorgung, davon überwiegend Frauen. Pflegende Angehörige sind bereits heute ein wesentlicher Bestandteil in der Sicherung der ambulanten Pflege und leisten einen nicht unerheblichen Beitrag zur Vermeidung stationärer Unterbringung.

Stadt Bremen

Pflegenden Angehörigen wird auch zukünftig eine wichtige Rolle im Bereich der häuslichen Versorgung zukommen. Um die Pflegebereitschaft zu stärken und zu erhalten ist es wichtig, die Bedürfnisse und Wünsche der pflegenden Angehörigen zu kennen und gezielt Entlastungsmöglichkeiten anzubieten.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die hohe Inanspruchnahme der ambulanten Pflegedienste sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass gegenwärtig und in naher Zukunft die Hauptlast der ambulanten Pflege nach wie vor von Familienangehörigen getragen wird. Die Änderung der Lebenssituation älterer Menschen z.B. durch die hohe Lebenserwartung, den Wandel der Familienstrukturen, die Zunahme der Einpersonenhaushalte aber auch die Einführung der Pflegeversicherung stellt aller-

sorgungssysteme erfasst und dargestellt werden können (SGB XI).

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt daher eine **Initiative der Bundesländer**, die ein "**Aufsichtsgesetz** über ambulante Dienste und teilstationäre Einrichtungen" vorbereitet. Durch eine bundesgesetzliche Regelung für den Bereich der ambulanten Pflege sollen Möglichkeiten der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle geschaffen werden, wie sie für die stationären Alteinrichtungen durch das Heimgesetz bereits bestehen. Dieses Gesetz sollte u.a. zu einer Angleichung der fachlichen Standards bei gewerblichen und gemeinnützigen Anbietern beitragen.

Ambulanter Pflegebedarf, Bedarfsabdeckung und ggfs. Defizite sind derzeit nicht präzise einschätzbar. Das SGB XI und das Bremische Ausführungsgesetz sehen die Erstellung von Pflegestatistiken vor. Auskunftspflicht besteht nach einem noch zu regelndem Verfahren auf Seiten der Pflegeeinrichtungen, Leistungsträger und des MDK gegenüber dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Die Kenntnis der pflegerischen Versorgungssituation ist Voraussetzung für die Wahrnehmung der Landesaufgabe, die pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen.

Ein wichtiges Instrumentarium zur Förderung von Innovationen und Sicherung der Qualität ambulanter Pflege stellt seit 1996 die **Projektförderung** nach dem Landesausführungsgesetz zum SGB XI dar. Die Projektförderung dient dem qualitativen Ausbau, der Überwindung von Versorgungslücken und der Vernetzung der ambulanten Pflegeinfrastruktur.

Die in dem Gutachten des ISO-Instituts "Zukunftskonzept für die ambulante Altenhilfe in Bremen" hervorgehobene Maßnahmeempfehlung zur Regionalisierung der ambulanten Pflegedienste ist inzwischen umgesetzt. Alle Träger der Dienstleistungszentren kooperieren mit ambulanten Pflegediensten und bieten neben der niedrighschwelligen hauswirtschaftlichen Versorgung durch Nachbarschaftshilfen auch ambulante professionelle Alten- und Krankenpflege an.

Durch das GMG besteht seit 01.01.2004 die Möglichkeit, dass Krankenhäuser Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten eingehen können. Diese Entwicklung steht am Anfang, bisher wurden wenige Verträge geschlossen. Wie sich diese Entwicklung auf die bestehenden Strukturen in der ambulanten Pflege auswirken wird, ist zur Zeit nicht absehbar.

Die Mitarbeiter der Hauskrankenpflege haben regelmäßig mit vielfältigen und komplexen Krankheitsbildern zu tun. Dies stellt hohe Anforderungen an ihre medizinisch-pflegerische Kompetenz, aber auch an die Fähigkeit, persönliche Ressourcen der

Ambulantes Aufsichtsgesetz einführen und die Qualitätsstandards § 80 SGB XI beachten

Auskünfte für die Planung und Förderung ambulanter Pflegedienste gewährleisten

Die Projektförderung als Instrument der Absicherung und Verbesserung der ambulanten Pflegeinfrastruktur nutzen

Vernetzung

Entwicklung von trägerübergreifenden Versorgungs- und

Klienten wahrzunehmen und einzubinden. Hierbei geht es nicht ausschließlich um medizinisch indizierte Hilfen, sondern zugleich um Interventionen, die psychische und soziale Anteile berücksichtigen, insbesondere bei Pflegebedürftigen mit Demenz. Eine qualitative Verbesserung der Versorgung Demenzkranker kann durch die Entwicklung von Leitlinien erreicht werden, die als Empfehlung für die Pflege und Versorgung im ambulanten Bereich trägerübergreifend verabschiedet wird.

Durch das neue Altenpflegeausbildungsgesetz ist die Ausbildung seit 2003 bundeseinheitlich geregelt.

Pflegestandards

Ausbildung / Qualifikation

Empfänger von Pflegeleistungen nach SGB XI nach Altersgruppen und Leistungsarten sowie Pflegestufen

Stadt Bremen

Alter	Leistungsempfänger		davon					Pflegegeld ¹
			ambulante Pflege	stationäre Pflege			teilstationäre Tagespflege	
Pflegestufen	Gesamt	darunter weiblich		Gesamt	Dauerpflege	Kurzzeitpflege		
unter 15	464	194	64	2	1	1	-	398
15 - 30	326	148	33	9	8	1	-	284
30 - 45	469	221	92	48	46	2	-	329
45 - 60	743	379	158	108	100	3	5	477
60 - 65	585	276	126	125	116	6	3	334
65 - 70	935	480	213	208	189	5	14	514
70 - 75	1 128	664	293	251	232	7	12	584
75 - 80	1 818	1 255	530	490	464	10	16	798
80 - 85	2 954	2 307	988	946	882	28	36	1 020
85 - 90	2 440	1 980	781	970	925	25	20	689
90 - 95	2 327	1 951	712	1 041	1 001	26	14	574
95 und älter	802	710	222	454	448	4	2	126
Gesamt	14 991	10 565	4 212	4 652	4 412	118	122	6 127
davon:								
Pflegestufe I	7 141	5 135	2 243	1 226	1 132	41	53	3 672
Pflegestufe II	5 469	3 745	1 467	2 016	1 927	31	58	1 986
Pflegestufe III ²	2 261	1 608	502	1 290	1 279	4	7	469
bisher ohne Stufe ³	120	77	-	120	74	42	4	-

Statistisches Landesamt, Pflegestatistik am 15.12.2003

1 = Pflegegeld ohne Kombinationsleistungen

2 = inklusive Härtefälle

3 = bisher noch ohne Stufe

3.4 Strukturverbesserung in der ambulanten Pflege

Projektförderung nach dem Bremischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz (BremAGPflegeVG) als Instrument zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich

A – IST-Beschreibung

Die Projektförderung nach dem BremAGPflegeVG hat zum Ziel, die ambulante Versorgung im Kontext von Pflege vorrangig auf der Ebene niedrigschwelliger Angebote unter den Hauptaspekten Innovation und Vernetzung zu unterstützen und zu erweitern. Damit folgt Bremen einer Vorgabe nach § 9 SGB XI. Demnach sollen Länder und Kommunen einen Teil der Einsparungen, die durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, für die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ einsetzen. Angesichts einer quantitativ ausreichenden Versorgungsstruktur werden in Bremen Vorhaben gefördert, die die Qualität dieser Struktur unterstützen sollen. Mit den für einen begrenzten Zeitraum zu vergebenden Zuschüssen sollen insbesondere Innovationen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, zur Qualitätsverbesserung, zur Vernetzung der Angebote und zur Transparenz der Leistungs- und Kostenstrukturen angeregt werden. Eine Reihe von Projekten haben in ihrer Konstruktion ausdrücklichen Modellcharakter. Sie füllen mit ihrem Angebot Lücken in der Versorgung unter qualitativen Aspekten. Andere Projekte dienen der Verknüpfung von unterschiedlichen Angeboten.

Ein Antrag auf Gewährung einer Zuwendung ist an den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Referat Altenhilfe, zu richten. Das Vergabeverfahren wird zweimal jährlich durchgeführt. Letzte Abgabetermine der Anträge sind jeweils der 1. Februar und der 1. August. Die Anträge werden vor der Entscheidung mit dem Beirat Projektförderung des Landespflegeausschusses beraten. Der Beirat setzt sich aus Vertretern des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und drei vom Landespflegeausschuss zu benennende Mitglieder zusammen. Die Sozialbehörde nimmt die Geschäftsführung wahr. (Siehe hierzu Anlage/Richtlinien zur Projektförderung).

Die drei Vertreter des Landespflegeausschusses im Beirat Projektförderung repräsentieren die Betroffenenverbände, die Pflegekassen und die Anbieter von ambulanten Pflegeleistungen mit je einer Stimme.

Von 1997 - 2004 wurden insgesamt 69 Projektanträge (inkl. einiger Verlängerungsanträge) positiv beschieden. Zum Teil handelte es sich um Anschubfinanzierungen für neuartige Maßnahmen, zum Teil um zeitlich begrenzte Vorhaben, die modellhaft der Strukturverbesserung der ambulanten Versorgung im weitesten Sinne dienen. Erprobung beinhaltet die Möglichkeit des Misserfolgs; einige Projekte haben nicht das vermutete Ergebnis erzielt. Im genannten Zeitraum wurden insgesamt € 2.09 Mio. Fördermittel zur Verfügung gestellt.

Die geförderten Projekte lassen sich unter verschiedenen Kategorien zusammenfassen:

- **Projekte im Bereich der Versorgung:** ambulante psychiatrische Krankenpflege, Begleitung Krebskranker zwischen ambulanter Pflege und stationärer Behandlung, Tagesbetreuung für psychisch veränderte ältere Menschen, Wochenendversorgung für Demenzerkrankte, Pflege begleitende Angebote zur Reduzierung von Vereinsamungstendenzen bei Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, Betreuungsangebote für älter gewordene Migrantinnen und Migranten, Hausnotruf mit Schlüsseldienst, Hausnotrufzentrale.
- **Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen:** Angehörigengruppen mit Themen zur Verbesserung der psychosozialen Situation oder zu besonderen Krankheitsbildern, Bera-

tung für pflegende Angehörige von Migrantinnen und Migranten, Schnittstellenkoordination in der Tagespflege, Kriseninterventions- und Beratungsstelle.

- **Information und Beratung:** Wegweiser, Handbücher und Informationsbroschüren mit allgemeinem Bezug zur Pflege, zu speziellen Themen und für besondere Zielgruppen, Erstellung elektronischer Informations- und Beratungsmedien, Infobüro für Pflege und Pflegebeschwerdestelle, Wohnberatung für Mobilitätseingeschränkte, Umfeld orientierte Planung mit älteren Menschen.
- **Ambulante Hospizarbeit:** Die Förderung der ambulanten Hospizarbeit hat zum Ziel, die Begleitung Schwerkranker und Sterbender in Bremen zu unterstützen und zu stärken. Die Situation Schwerkranker und Sterbender ist oft gekennzeichnet durch Isolation der Betroffenen im häuslichen Bereich sowie auch häufig durch Hilflosigkeit bei den Angehörigen. Die Hospizvereine begleiten Sterbende und ihre Angehörigen vorwiegend zu Hause, zu einem beträchtlichen Teil aber auch im Krankenhaus sowie in Altenpflegeeinrichtungen. Neben der laufenden Förderung der ambulant tätigen Hospizvereine werden unterschiedliche Projekte erprobt. (Zur Hospizarbeit werden in einem nachfolgenden Kapitel weitere Ausführungen gemacht.)
- **Qualitätssicherung und Qualifizierung:** Qualifizierung von Pflegefachkräften für die besonderen Bedarfe Sterbender und in der Palliativmedizin, Entwicklung eines Gütesiegels zur Pflegequalität, Optimierung der Versorgung Demenzerkrankter, Erprobung einer Methode der Kundenbefragung, Erhebung zur Qualitätssicherung im bestehenden ambulanten Versorgungsnetz.

Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) und Projektförderung

Das PflEG ist 2002 in Kraft getreten und erweitert das SGB XI um besondere Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen mit Demenz. § 45c SGB XI sieht in Absatz 4 die Erprobung insbesondere modellhafter Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Menschen erforderlichen Hilfen vor.

In 2003 haben sich die Bremer Landesverbände der Pflegekassen und der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf die gemeinsame Förderung von Projekten mit Bezug zu § 45 c SGB XI geeinigt und zunächst eine Laufzeit von drei Jahren festgelegt.

Für Bremen stehen nach dem PflEG seit 2003 jährlich insgesamt ca. € 190.000,-- an Modellmitteln zur Verfügung, die je zur Hälfte aus Landesmitteln (hier: Projektförderung nach dem BremAGPfleVG) und aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegekassen gespeist werden.

Die Projekte (lfd. Nr. der Gesamtprojektliste)

- Schnittstellenkoordination in der Tagespflege / Sozialwerk der Freien Christengemeinde, Bremen (26) und
- Beratungsstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Bremen (28)
- Gerontopsychiatrische Pflegeergänzung / Betreuungs- und Erholungswerk e. V., Bremerhaven (18)

binden durch die Kofinanzierung zusätzlich zu den Landesmitteln Mittel der Pflegekassen in Höhe von jährlich ca. € 90.000,--. Ohne diese zusätzlichen Mittel hätten die genannten Projekte nicht realisiert werden können.

Das qualitative und quantitative Ausmaß der Förderung von Projekten für Menschen mit Demenz und deren Angehörige beantwortet den zunehmenden Bedarf an Versorgung und Beratung, der für diese Zielgruppe artikuliert wird und der auch schon vor dem Wirksamwerden des PfLEG seinen Niederschlag in der ambulanten Projektförderung gefunden hatte.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Das PflegeVG stellt eine Grundversorgung dar und dient nicht der kompletten Versorgungsabsicherung pflegebedürftiger Menschen. Es werden häufig Eigenleistungen in finanzieller Form durch den Betroffenen, bzw. praktische Leistungen durch Angehörige eingesetzt werden müssen. § 9 SGB XI schreibt den Ländern die Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur zu. Die in Bremen nach § 9 und 10 BremAGPflegeVG geförderten Projekte dienen der Ergänzung des bestehenden Pflegenetzes, insbesondere in den Bereichen, die nur bedingt auf der Grundlage des SGB XI finanzierbar sind. Daneben sind innovative Modelle zu erproben, die qualitative Ergänzungen des bestehenden Pflegenetzes darstellen können.

Mit der Einführung des PfLEG werden wichtige Ergänzungen in der ambulanten Versorgung insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankungen möglich. Zur Umsetzung sind Landeskomplementärmittel aufzubringen. Das PfLEG und das BremAGPflegeVG (bisher über 25 % der Mittel für Projekte zur Versorgung von Menschen mit Demenz) weisen Zielparallelen auf. Eine Kofinanzierung aus beiden Titeln entspricht den Intentionen sowohl des PfLEG als auch des BremAGPflegeVG. Angesichts des sich abzeichnenden umfangreichen Bedarfes an Unterstützungsmaßnahmen für an Demenz Erkrankte und ihre Angehörigen reichen allerdings die bislang bereitgestellten Mittel für die Projektförderung nicht aus. Die zur Verfügung stehenden Mittel (bis zu 4 % der Regelförderung für Pflegeinvestitionen) wären zu erhöhen, um auch weiteren innovativen Modellen in der ambulanten Versorgung, insbesondere im Bereich Wohnformen für ältere Menschen, Raum zur Erprobung zu belassen. Hierfür wäre eine Änderung der Richtlinie Projektförderung zu erwägen, um die Förderung begrenzter baulicher Maßnahmen zu ermöglichen.

Die Pflegestatistik 2003 ergab für Bremen einen

Projektförderung als Instrument zur qualitativen Ergänzung des Pflegenetzes

Weiterentwicklung der Versorgungsmodelle für Menschen mit Demenz

Unterstützung neuer Wohnformen für ältere Menschen

überraschend hohen Anteil der Pflege durch Angehörige. Demnach stellen die 6.127 nur durch Angehörige versorgten pflegebedürftigen Menschen 41 % der insgesamt Pflegebedürftigen (14.948) dar. Wird die ambulante Pflege durch Angehörige bei Unterstützung durch Pflegedienste hinzugerechnet (Kombinationsleistungen) hinzugerechnet (4.212), so ergibt sich ein Anteil von 69 %. Aufgrund dieses Erkenntnis aus der Pflegestatistik 2003 ist perspektivisch eine weitgehende unterstützende und kostengünstige Begleitung zur Absicherung dieses Versorgungssegmentes angezeigt, insbesondere zur Information, Beratung und Entlastung.

Erweiterung der Unterstützung pflegender Angehöriger

Anlage 1**Projektförderung nach SGB XI und BremAGPflegeVG
Geförderte Projekte 1997 – 2004**

Projekt / Träger	Bewilligungen	Zielgruppe(n), Adressaten (Personengruppen; Einrichtungen)
A. Versorgung		
1. Pflegenotrufbereitschaft für behinderte Menschen / Paritätische Dienste, Bremen	116.965,--	Behinderte Menschen mit ambulanter Pflegebedarf

17.	Tagesbetreuung Bremer Heimstiftung	28.057,--	Menschen mit Demenz
18.	Gerontopsychiatrische Pflegeergänzung Betreuungs- und Erholungswerk e. V. Bremerhaven	16.513,--	Menschen mit Demenz
Zwischensumme		595.843,--	

B. Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen			
19.	Angehörigengruppe für Alzheimererkrankte / Ambulanter Hauspflegeverbund Bremen	11.545,--	Angehörige von Menschen mit Demenz
20.	Gruppe für pflegende Angehörige / Caritasverband, Bremen	982,--	Pflegende Angehörige
21.	Selbsthilfegruppe Angehöriger von Demenzerkrankten / Lacour & Partner, Bremerhaven.	4.090,--	Angehörige von Menschen mit Demenz
22.	Psychosoziale Gruppenarbeit mit Angehörigen / Amt für Soziale Dienste Bremen-Süd	1.534,--	Pflegende Angehörige
23.	Kurs-Aufbaugruppe für pflegende Angehörige / Arbeiterwohlfahrt, Bremerhaven.	4.090,--	Pflegende Angehörige
24.	Kriseninterventions- und Beratungsstelle / Arbeiterwohlfahrt Bremen	64.506,--	Pflegende Angehörige in besonders schwierigen Pflegesituationen
25.	Beratung für pflegende Angehörige von Migranten/innen. / ProSano – der interkulturelle Pflegedienst, Bremen	41.399,--	Angehörige von pflegebedürftigen Migranten/innen
26.	Schnittstellenkoordination in der Tagespflege / Sozialwerk der Freien Christengemeinde, Bremen	164.277,--	Angehörige von Menschen mit Demenz mit besonders hohem Betreuungsaufwand
27.	Angehörigenbegleitung in der Tagespflege/ Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven	39.369,--	Angehörige von Menschen mit Demenz
28.	Beratungsstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz LAG der Freien Wohlfahrtspflege, Bremen	62.500,--	Angehörige von Menschen mit Demenz
29.	Psychosoziale Beratung von pflegenden Angehörigen Klinikum Mitte, Bremen	46.720,--	Angehörige in Entscheidungssituationen bzgl. Pflegeübernahme
Zwischensumme		441.012,--	

C. Information und Beratung			
30.	Wegweiser für Bremen Nord / Sozialer Arbeitskreis Bremen Nord	4.602,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
31.	Wegweiser (2) für Bremen Süd u. Mitte / Amt für Soziale Dienste, Bremen	5.113,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
32.	Wegweiser für Bremen Ost / Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste, Bremen	2.556,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
33.	Beratungsführer Pflege / Verbraucher-Zentrale, Bremen	26.843,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
34.	TV-Magazin zur Pflegeversicherung / Arbeiterwohlfahrt, Bremerhaven.	17.895,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
35.	Informationsbüro Pflege und Pflegebeschwerdestelle / Amt für Soziale Dienste, Bremen	18.239,--	Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit
36.	Anlauf- und Koordinationsstelle für soziale Beratung / Seniorenvertretung in der Stadtgemeinde Bremen	3.835,--	Ältere Menschen; Pflegebedürftige, deren Angehörige
37.	Selbstbestimmt Wohnen im Alter / Koordinierungsstelle Bremen (Bundesmodellprogramm)	47.039,--	Fachöffentlichkeit; allgemeine Bevölkerung ab ca. 55 Jahre
38.	Stadtteilorientierte Planung mit älteren Menschen / Sozialer Arbeitskreis Bremen Nord	7.669,--	Ältere Menschen eines Ortsteiles
39.	Handbuch Demenz / forum demenz Bremen	10.839,--	Angehörige von Menschen mit Demenz; Fachöffentlichkeit; Interessierte aus der allgemeinen Bevölkerung
40.	Informationsangebote für ältere Migranten/innen / Arbeiterwohlfahrt Bremen	45.812,--	Ältere Migranten/innen in verschiedenen Stadtteilen
41.	Demenz-Informationsblatt / Gesundheitsamt Bremerhaven	3.298,--	Angehörige von Menschen mit Demenz; Fachöffentlichkeit; Interessierte aus der allgemeinen Bevölkerung
42.	„Info Altenhilfe“ / Trägerverbund aus einer Fachfirma, Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven und Universität Bremen	40.000,--	Ältere Menschen; Pflegebedürftige und deren Angehörige; Fachöffentlichkeit; Interessierte aus der allgemeinen Öffentlichkeit
43.	Schulung im Bereich Assistenz für körperbehinderte Menschen / Selbstbestimmt Leben e. V., Bremen	3.651,--	Körperbehinderte Menschen
44.	Externe Beschwerde-Management-Unterstützung für körperbehinderte Menschen / Selbstbestimmt Leben e. V., Bremen	5.931,--	Körperbehinderte Menschen
45.	Pflegeberatung im Krankenhaus für Migranten/innen / Evang. Diakonie-Krankenhaus, Bremen	35.110,--	Ältere Migranten/innen in stationärer Krankenbehandlung und deren Angehörige

46.	Info- und Beratungsführer im Internet zum Thema Pflege / Arbeiterwohlfahrt, Bremerhaven	25.513,--	Ältere Menschen; Pflegebedürftige und deren Angehörige; Fachöffentlichkeit; Interessierte aus der allgemeinen Öffentlichkeit
47.	Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e. V. / Unabhängige Beratung für Pflege und Pflegebeschwerde	92.000,--	Pflegebedürftige und deren Angehörige
48.	Musterwohnung und Beratung für Wohnraum- und Wohnumfeldanpassung / Architektenkammer Bremen	135.300,--	Menschen mit Mobilitätseinschränkung; Fachöffentlichkeit; Interessierte aus der allgemeinen Bevölkerung
49.	Informationsreihen zum Thema Versorgung im Alter für älter werdende Migranten/innen Arbeiterwohlfahrt Bremen	4.400,--	Ältere Migranten/innen
Zwischensumme		535.645,--	

D. Ambulante Hospizarbeit			
50.	Begleitung Sterbender in der Kurzzeitpflege / Deutsches Rotes Kreuz, Bremen	84.156,--	Schwerstkranke und Sterbende und ihre Angehörigen
51.	Lokales Betreuungsnetz in der Hospizarbeit / Hospiz am Park, Bremerhaven	39.625,--	Schwerstkranke und Sterbende und ihre Angehörigen
52.	Ambulante Hospizarbeit in der Stadtgemein- de Bremen / Vereine der ambulanten Hospizarbeit	77.718,--	Schwerstkranke und Sterbende und ihre Angehörigen
53.	Ausbildung in ambulanter Hospizarbeit und Palliativ-Pflege / Hauskrankenpflege Andrea Hugo, Bremen	29.474,--	Fachkräfte der ambulanten Pfl- ge
54.	Koordination zur Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen / Zentrale für Private Fürsorge, Bremen	73.657,--	Ehrenamtliche im Bereich der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender
Zwischensumme		304.630,--	

E. Qualitätssicherung			
55.	Pflege-Qualitätssicherung / Gesundheitsamt Bremen	23.622,--	Ambulante Pflegeeinrichtungen
56.	Kundenbefragung Pflege / Betreuungs- und Erholungs-Werk, Bremerhaven	3.136,--	Nutzer von ambulanten Pflege- einrichtungen
57.	Servicevertrag organisierte Nachbarschafts- hilfe / Trägerverbund der freien Wohlfahrtspflege, Bremen	8.896,--	Mitarbeiter/innen von Dienstleis- tungszentren
58.	Qualitätssicherung in der Angehörigenpflege / Zentrales Versorgungsnetz, Bremen	5.073,--	Pflegende Angehörige
59.	Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme in der Kurzzeitpflege / Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin	29.315,--	Pflegebedürftige in der Über- gangspflege
60.	Konzept „Interkulturelle Öffnung der Altenhil- fe“ / Arbeiterwohlfahrt Bremen	8.000,--	Träger der Altenhilfe und Alten- pflege
61.	Krankenpflege in Migrantenfamilien Deutsches Rotes Kreuz, LV Bremen	18.000,--	Pflegende Angehörige; Ehren- amtliche
62.	Soziale Arbeitskreise Dienstleistungszentren in Bremen	5.000,--	Personal der in der Region ver- tretenen Einrichtungen
63.	Curriculumentwicklung in der Altenpflege- ausbildung Altenpflegesschulen im Land Bremen	11.310,--	Lehrkräfte der Altenpflege- schulen
Zwischensumme		112.352,--	

F. Statistiken, Erhebungen; sonstige Projekte			
64.	Pflegestatistik für ambulante Pflegeeinrichtungen / Bremen Land	31.880,--	Ambulante Pflegeeinrichtungen
65.	Bedarfsanalyse für ein stationäres Hospiz / Hospizmodell Bremerhaven e.V. HOMBRE	11.228,--	Schwerstkranke und Sterbende
66.	Umstellung der Altenpflege-Umlage auf EDV-Basis / Trägerverbund	14.827,--	Pflegeeinrichtungen
67.	Tanzcafé für Demenzerkrankte und deren Angehörige / forum demenz, Bremen	9.000,--	Menschen mit Demenz und deren Angehörige
68.	Werbeaktionen an Bremer Schulen für Berufe der Altenpflege Altenpflegeschulen in Bremen	5.000,--	Bremer Schüler/innen
69.	Erhebung zur Wohnbedarfssituation von älter werdenden Migranten/innen Zentrum für Migranten und interkulturelle Studien e. V., Bremen	28.000,--	Ältere Migranten/innen
Zwischensumme		99.935,--	
SUMME		2.089.417,--	

Anlage 2

Richtlinien zur Ausgestaltung und Durchführung der Projektförderung nach dem Bremischen Ausführungsgesetz zum Pflege - Versicherungsgesetz (BremAGPflegeVG)

1. Allgemeines

- 1.1. Die Länder sind nach § 9 SGB XI für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Instrumente hierfür sind die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen. Die Förderung soll durch Einsparungen beim Sozialhilfeträger durch die Einführung der Pflegeversicherung finanziert werden.
- 1.2. Grundlage der Förderung ist die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur. Für die Angebote ambulanter Pflegeeinrichtungen hat der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz jährlich einen Bedarfsplan zu erstellen.
- 1.3. Bremen verfügt im ambulanten Bereich über eine hinreichende Versorgungsstruktur. Hierzu tragen die Pflegedienste aber auch die flächendeckenden Zuständigkeitsbereiche der Dienstleistungszentren und die mit ihnen kooperierenden ambulanten Pflegeanbieter bei. In Bremerhaven arbeiten zwei Sozialstationen und Pflegedienste. Daher ist von einer globalen Investitionsförderung der Pflegedienste abzusehen.
- 1.4. Nach § 8 SGB XI besteht eine gemeinsame Verantwortung der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen für den Ausbau und die Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen. Dies kann vornehmlich durch die Förderung innovativer Projekte erreicht werden. Innovative Projekte sollen einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstruktur für Hilfe- und Pflegebedürftige leisten. Dies kann sich z.B. auf die Kooperation und Vernetzung der Pflegeanbieter oder die Verbindung von pflegerisch/therapeutischen mit sozialen Hilfeformen beziehen.
- 1.5. Unter dem Aspekt der sozialräumlichen Versorgung sollte eine spezifische Förderung nachgewiesene Defizite durch die Bereitstellung von investiven Mitteln ausgleichen.
- 1.6. Die Projektförderung wird zeitlich begrenzt und kann sowohl Investitionen als auch Betriebskosten beinhalten. Eine angemessene Eigenbeteiligung ist Voraussetzung für eine Förderung. Eine Förderung baulicher Maßnahmen ist nicht vorgesehen.
- 1.7. Projektmittel werden nur an Träger vergeben, die über die Erfahrungen, Ergebnisse und Effekte der geförderten Maßnahme ausführlich berichten, bzw. sich externer wissenschaftlicher Evaluation stellen, wenn seitens des Zuwendungsträgers gewünscht. Einvernehmen über die evaluierende Stelle ist herbeizuführen.
- 1.8. Der Antragsteller soll eine Einschätzung abgeben über die Perspektive der wirtschaftlichen Tragfähigkeit nach Abschluß der Förderung.

2. Rechtsgrundlagen, Zwecksetzung

- 2.1. Nach §10 (4) des Bremischen Ausführungsgesetzes zum Pflege - Versicherungsgesetz kann der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz Richtlinien für die Ausgestaltung und Durchführung der Projektförderung erlassen.
Nach Maßgabe dieser Richtlinien und der Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO werden Zuwendungen zur Förderung von Projekten mit dem Ziel der Verbesserung ambulanter pflegerischer Versorgungsstrukturen im Land Bremen gewährt.

- 2.2. Grundlage der Entscheidung über die Projektförderung ist die Berücksichtigung der Maßnahme im Landespflegeplan. Im Landespflegeplan werden jährlich die Bedarfe und Standards der ambulanten unterstützenden und pflegerischen Hilfen festgestellt. Nach Beratung im Beirat Projektförderung des Landespflegeausschusses können auch Maßnahmen gefördert werden, die bisher nicht im Landespflegeplan ausgewiesen sind.
- 2.3. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung von Zuwendungen besteht nicht. Über die Gewährung von Zuwendungen entscheidet die Bewilligungsbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

3. Ziel und Gegenstand der Förderung

- 3.1. Ziel der Förderung ist, gemeinsam mit den an der Pflege beteiligten Organisationen einschließlich der Interessenvertretungen der Pflege- und Hilfebedürftigen

- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beizutragen,
- bei Pflegebedürftigkeit die häusliche und die sie ergänzenden Versorgungsformen zu fördern,
- die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer selbständigen Lebensführung der Betroffenen zu unterstützen,
- bestehende ambulante Versorgungsangebote bzw. die Versorgungsstruktur weiterzuentwickeln sowie das Vor- und Umfeld von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI zu verbessern und
- auf die Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher pflegerischer und sozialpflegerischer Angebotsformen hinzuwirken.

- 3.2. Förderungsfähig sind insbesondere Maßnahmen und Projekte zur

- Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
- Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zur Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer,
- Weiterentwicklung bestehender und Entwicklung neuer ambulanter pflegerischer und betreuender Angebote und der Versorgungsstruktur einschließlich entsprechende Untersuchungen, Auswertungen und Evaluationen,
- Vernetzung von Angeboten im Vorfeld der stationären Pflege,
- Beseitigung von Defiziten bei der ambulanten Pflege einschließlich der Betreuung von
 - Menschen mit besonderem Hilfe- und Pflegebedarf,
 - Schwerkranken und Sterbenden,
 - psychisch erkrankten Personen,

soweit nicht andere Sozialleistungsträger, insbesondere die Pflege- oder Krankenkassen, leistungspflichtig sind.

- Maßnahmen, die der Qualifizierung der Betreuung Pflegebedürftiger dienen

- 3.3. Zuwendungen können auch für Erhebungen zur Situation Pflege- und Hilfebedürftiger und ihrer Familien sowie zum Bestand und zur Fortentwicklung der gesundheits- und sozialpflegerischen Versorgungsstruktur gewährt werden.

4. Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfänger

Zuwendungen können auf Antrag gewährt werden an

- a) Organisationen und Dienste, die im Bereich der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sowie der in diesem Zusammenhang angebotenen sozialen Betreuung tätig sind;
- b) sonstige Maßnahme- oder Projektträger, die über besondere Erfahrungen in den förderfähigen Bereichen verfügen.

5. Art und Umfang der Zuwendung

- 5.1. Zuwendungen werden im Rahmen der Anteilfinanzierung gewährt. In geeigneten Fällen kann die Bewilligung auch auf der Grundlage der Festbetragsfinanzierung erfolgen.
- 5.2. Alle mit dem Zuwendungszweck zusammenhängenden Einnahmen (Zuwendungen, Leistungen Dritter) und der Eigenanteil des Zuwendungsempfängers sind als Deckungsmittel für alle mit dem Zuwendungszweck zusammenhängenden Ausgaben einzusetzen. Die Gesamtfinanzierung muß gesichert sein.
- 5.3. Förderfähige Ausgaben sind alle nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit notwendigen projektbezogenen Ausgaben, soweit hierfür nicht andere Sozialleistungsträger oder sonstige Dritte einzustehen haben.

6. Sonstige Zuwendungsbestimmungen

- 6.1. Die Ergebnisse der geförderten Maßnahmen oder Projekte sind von dem Zuwendungsempfänger zu dokumentieren und dem Zuwendungsgeber zur Auswertung und ggfs. Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Dabei ist sicherzustellen, daß ein Rückschluß auf betroffene Personen nicht möglich ist.
- 6.2. Die Bewilligungsbehörde kann die Förderung von Modellvorhaben von einer wissenschaftlichen Begleitung durch ein mit dem Träger der Maßnahme gemeinsam zu bestimmendes Institut oder Unternehmen abhängig machen.
- 6.3. Die Förderung von Maßnahmen und Projekten wird maximal auf drei Jahre begrenzt; die Finanzierung eines dritten Jahres setzt einen befürwortenden Beschluß des Landespflegeausschusses voraus.
- 6.4. Modellvorhaben sollen nur dann gefördert werden, wenn die Fortführung des Vorhabens nach Beendigung der Modellphase hinreichend wahrscheinlich ist; die Wahrscheinlichkeit ist im Antrag darzustellen.

7. Verfahren, Bildung eines Beirates

- 7.1. Der Antrag auf Gewährung einer Zuwendung ist an den Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Referat Altenhilfe, zu richten. Ein entsprechendes Merkblatt ist diesen Richtlinien als Anlage hinzugefügt.
- 7.2. Abgabetermine der Anträge sind ab 1998 jeweils der 01. Februar und der 01. August. Die Entscheidung über Anträge soll innerhalb von drei Monaten nach diesen Stichtagen dem Antragsteller mitgeteilt werden.

- 7.3. Im Antrag ist in der Projektbeschreibung das Vorhaben zu erläutern, der Bedarf darzulegen und der Stand der Planung und ggfs. der Umfang bereits bestehender Angebote zu beschreiben. Dem Antrag ist ein Kosten- und Finanzierungsplan beizufügen. Der Kosten- und Finanzierungsplan muß alle projektbezogenen Einnahmen und Ausgaben und die Höhe des Eigenanteils und der beantragten Drittmittel enthalten.
- 7.4. Die Anträge werden vor der Entscheidung mit dem Beirat Projektförderung des Landespflegeausschusses beraten. Der Landespflegeausschuß und die Deputation für Jugend und Soziales werden hierüber informiert.
- 7.5. Der Beirat setzt sich aus Vertretern des Senators für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz und drei vom Landespflegeausschuß zu benennende Mitglieder zusammen. Die Sozialbehörde nimmt die Geschäftsführung wahr.
- 7.6. Unter Zugrundelegung der Entscheidung erteilt die Bewilligungsbehörde einen Bescheid über die beantragte Zuwendung. Der Bewilligungsbescheid wird wirksam, sobald sich der Zuwendungsempfänger mit den Bewilligungsbedingungen einverstanden erklärt hat.
- 7.7. Der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der gewährten Zuwendung ist gegenüber der Bewilligungsbehörde nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides zu führen und von dieser zu prüfen. Das abschließende Ergebnis der Prüfung und der Projektdurchführung ist dem Beirat Projektförderung des Landespflegeausschusses mitzuteilen.
- 7.8. Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung sowie die ggfs. erforderliche Aufhebung der Zuwendungsbescheide und die Rückforderung der gewährten Zuwendungen gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO.

8. Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 01.01.1997 in Kraft. Sie gelten nicht für Maßnahmen, für die der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz bis zum 31.12.1996 Zuwendungen bewilligt hat.

Anlage 3

Merkblatt zur Antragsstellung

gemäß der Richtlinien zur **Projektförderung** nach dem Bremischen Ausführungsgesetz

(§§ 9 und 10) zum Pflegeversicherungsgesetz (§ 9)

Bitte verfahren Sie bei der Antragsformulierung nach folgendem Muster:

1. Antragstitel/ Bezeichnung der Maßnahme
2. Antragssteller/ Träger (Rechtsform)
3. Kurzbeschreibung der Maßnahme
- ausführliche Beschreibung/ Konzeption als Anlage -
 - 3.1 Zielgruppe
 - 3.2 Begründung des innovativen Charakters
 - 3.3 Kooperation/ Vernetzung mit anderen Anbietern/ Maßnahmen
 - 3.4 Besteht ein besonderer regionaler Bedarf?
 - 3.5 Laufzeit der Maßnahme, für die die Förderung beantragt wird
4. Finanzierungsplan der Maßnahme
 - Gesamtausgaben (Einzelaufstellung als Anlage*) _____
 - Eigenmittel _____
 - evt. Drittmittel _____
 - Höhe der beantragten Förderung _____
 - Laufzeit der beantragten Förderung _____
5. Finanzierung nach Ablauf der Förderung

* Bei Personalkosten: Verwendete Arbeitszeiteile von bestehenden Stellen in Prozent/Vollzeitstelle angeben.

3.5 Hausnotruf

A – IST - Beschreibung

Das Hausnotrufsystem, wie es in Deutschland seit 1982 vorwiegend älteren und behinderten Menschen angeboten wird, ist ein Sicherheitssystem mit dem die Möglichkeit besteht, im Notfall aus der eigenen Wohnung heraus Hilfe bei einer 24 Std. besetzten Zentrale anzufordern. Der Hausnotruf wird überwiegend von Alleinlebenden in Anspruch genommen.

Dienstleistungen, die über die erste Notversorgung hinausgehen, können mit einigen Geräten per Knopfdruck angefordert werden. Das Bewusstsein für diese Angebotsform, die das Hausnotrufgerät als Servicetelefon nutzt, ist allerdings erst in den letzten fünf Jahren entstanden und muss noch als Angebot von einigen wenigen Anbietern gesehen werden.

3.5.1 Wirkungsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einem Handsender, der die Mobilität in der eigenen Wohnung ermöglicht und der Basisstation mit integriertem Lautsprecher und Mikrofon.

Mittels Knopfdruck auf den Handsender setzt der Kunde den Notruf ab. Dem Mitarbeiter eröffnen sich in der Notrufzentrale auf einem Bildschirm die unter einer persönlichen ID-Nr. des Kunden hinterlegten Kundendaten. Ein individuell vereinbarter Hilfeplan wird nach festgelegten Prioritäten eingeleitet und die notwendigen Maßnahmen veranlasst. Die Hausnotrufbasisstation ist ein Telefonwählgerät, in das bis zu acht Rufnummern in einer Prioritätenliste einprogrammiert werden können.

Alle Geräte sind mit einem Akku gegen einen evtl. Stromausfall von 10 bis 20 Stunden ausgestattet.

3.5.2 Hausnotrufanbieter in Bremen

Hausnotrufanbieter in Bremen sind:

- Ambulanter Hauspflegeverbund Bremen
- Arbeiter-Samariter-Bund
- Arbeiterwohlfahrt
- Deutsches Rotes Kreuz
- Johanniter-Unfall-Hilfe
- Malteser Hilfsdienst
- Paritätischer
- Versorgungsnetz (PflegeImpulse, etc.)
- Zentrale für Private Fürsorge

Übersicht Hausnotruf in Bremen, Stand Nov. 2003

Anbieter	Telefon	Grundservice ¹	Zusatzleistungen	Kosten Grundservice
ASB Hausnotruf	3898202	X	Schlüsselhintergrunddienst, Weckdienst, tägl. Rückruf, Fachpflege 21.00-07.00 Uhr, Erinnerungsanrufe für Medikamenteneinnahme, Mobiler Hausnotruf	17,90 €
AWO Hausnotruf	3898201	X		
DRK Hausnotruf	3898207	X		
Paritätischer Hausnotruf	3898203	X		
Die Johanniter Hausnotruf	697610	X	Schlüsselhintergrunddienst	17,90€
Zentrale für Private Fürsorge	700055	X	Schlüsselhintergrunddienst mit eigenem Fahrdienst	17,90€
Hausnotruf des privaten Pflegedienstes AHB	3898419	X	nur als Paket Grundservice inkl. Zusatzleistungen möglich	28,12 €
Malteser Hausnotruf-Service	4274914	X	Schlüsselhintergrunddienst	17,90€

Zusätzlich zu den hier aufgeführten Hausnotrufdiensten gibt es noch einige wenige kleinere private Unternehmen, deren Anschlusszahlen aber eher unbedeutend sind. Ebenfalls nicht aufgeführt sind Institutionen, die überregional arbeiten und deren Firmensitz nicht in Bremen ist.

Die Bremer Hausnotruf-Zentralen haben eine Kundenanzahl zwischen 100 und 3.800 Kunden. Verstärkt bieten nicht nur Wohlfahrtsverbände, sondern auch immer mehr private Pflegedienste in Bremen Hausnotruf an. Sie sehen dieses Angebot als Kundenbindungsinstrument auch für Folgedienstleistungen.

3.5.3 Anzahl der Kunden in Bremen

In Bremen nehmen etwa 6.000 ältere, kranke und behinderte Menschen den Hausnotruf der örtlichen Anbieter in Anspruch.

3.5.4 Dienstleistung Hausnotruf

Der Hausnotruf gliedert sich in zwei Angebotsteile:

- 24-Std. Aufschaltung auf die Hausnotruf-Zentrale
- 24-Std. Bereitschaftsdienst mit gesicherter Schlüsselverwahrung

¹ Im Notfall aus der eigenen Wohnung heraus Hilfeanforderung bei einer 24 Std. besetzten Zentrale

3.5.4.1 Rufmerkmale und Rufverteilung

Das Jahresrufaufkommen einer exemplarischen Hausnotrufzentrale bei einer Teilnehmezahl von 1.000 Kunden, beträgt ca. 20.000 Rufe. Diese gliedern sich inhaltlich und zeitlich wie folgt:

	7.00–16.00	16.00–22.00	22.00–7.00	Gesamt	%
Notarzt / Krankenwagen	230	150	120	500	2,5
Stürze	270	130	180	580	2,9
Pflegebedarf	70	20	10	100	0,5
Sonstige Serviceanfragen	40	20	0	69	0,3
Sozialkontakt	320	260	120	700	3,5
Aus Versehen ausgelöst	1.170	590	310	2070	10,3
Tagesmeldungen	1.900	1.050	450	3.402	16,9
Sonstige Rufe	620	430	120	1.170	5,8
Geräteselbstüberprüfung	4.310	2.250	2.970	9.530	47,4
Sonstige technische Meldungen	870	870	240	1.980	9,9
Gesamt	9.800	5.770	4.520	20.090	100,0

3.5.4.2. Kundenverteilung nach Geschlecht

Weiblich	80 %
Männlich	15 %
Paare	5 %

3.5.4.3. Nutzungsdauer

bis zu einem halben Jahr	14,3 %
ein halbes Jahr bis zu einem Jahr	12,4 %
1 bis 2 Jahre	20,2 %
2 bis 3 Jahre	18,7 %
3 bis 4 Jahre	11,3 %
4 bis 5 Jahre	7,9 %
5 bis 10 Jahre	13,2 %
10 Jahre und länger	2,0 %

3.5.5. Kostenträger

Selbstzahler	69 %
Pflegekassen	21 %
Senator für Soziales	1 %
Sonstige	9 %

3.5.6. Preisgestaltung

Die Preise für Hausnotruf teilen sich in Deutschland in drei Bereiche auf:

Anschlussgebühr	einmalig
24-Std. Aufschaltung auf Notruf-Zentrale	monatlich
24-Std. Bereitschaftsdienst inkl. gesicherter Schlüssel hinterlegung	monatlich

Preise bei Kostenübernahme durch Pflegekasse und Senator für Soziales:

Seit 1995 übernehmen die Pflegekassen im Bedarfsfall die Kosten für den Hausnotruf in Höhe von € 17,90 :Diese Kosten werden auch im Rahmen des SGB XII übernommen. Die Kos-

ten für den Schlüsselhintergrunddienst, die von Anbieter zu Anbieter unterschiedlich sein können, werden weder von der Pflegekasse noch von der Sozialhilfe übernommen.

3.5.7. Perspektiven

Den immer vielfältiger werdenden Ansprüchen ist die klassische Hausnotrufzentrale nicht gewachsen. Es fehlt an

- differenziertem know-how
- an qualifiziertem Personal
- an adäquaten Softwarelösungen
- sowie am fachspezifischen, zukunftsorientierten Konzepten der sozialen Dienstleister um Dienstleistungen unterschiedlicher Couleur rund-um-die-Uhr zu vermitteln.

Sind die Hochbetagten (80+) noch stark von Pflichterfüllung und Akzeptanzwerten geprägt, so wächst nun eine ältere Generation heran, die gelernt hat eigene Bedürfnisse zu formulieren und einzufordern. Darüber hinaus verfügt sie über finanzielle Ressourcen, die ihnen einen größeren persönlichen Entfaltungsspielraum ermöglichen. Damit werden neue Anforderungen an die Qualität von Dienstleistungen gesetzt.

Dies führt zu Versuchen der Anbieter, Strukturen und Konzepte zu einem kundenorientierteren Angebot zu verändern. Der Trend geht von der Hausnotruf-Zentrale zum Call Center. So haben die Malteser in Deutschland ihre gesamte Angebotsstruktur der bisherigen 30 Hausnotrufzentralen auf sieben regionale Standorte reduziert und um Call-Leistungen erweitert.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Hausnotrufsysteme haben in den vergangenen Jahren eine immer höhere Bedeutung als flankierende Hilfe des selbständigen Wohnens erlangt. Für viele Ältere, insbes. Alleinlebende, die durchaus in der Lage sein können sich selbst zu versorgen, bietet der Hausnotruf die Sicherheit der Hilfe im Falle besonderer Vorkommnisse.

Einzelne Betreiber von Hausnotrufen entwickeln sich immer mehr zu einer Servicezentrale. Neben der rund um die Uhr Versorgung im Notfall werden hier auch vermehrt zusätzliche Dienstleistungen, wie Auskunft und Beratung und das Erledigen kleinere Besorgungen als ergänzende Dienste angeboten. Je nach Wunsch kann der Anrufer diese Wahlleistungen gegen Zahlung einer zusätzlichen Gebühr für sich in Anspruch nehmen.

Die Hausnotrufanbieter sollten ihren Service weiter ausbauen und sich zu Vermittlern von rund – um – die - Uhr Dienstleistungen entwickeln und somit das Leistungsprofil einer Servicezentrale annehmen.

Entwicklung des Hausnotrufs zu einer Servicezentrale

3.6. Informationen zur Angebotsstruktur der Altenhilfe

A – IST Beschreibung

Wandel der Versorgungslandschaft

Die Versorgungslandschaft in der Altenhilfe ist in den letzten Jahren Änderungen unterworfen worden, zu denen das Inkrafttreten des SGB XI beigetragen hat. Die Anlaufstellen eines eigenen Fachdienstes für ältere Menschen beim Amt für Soziale Dienste waren in den Stadtteilen bekannt. Die Dienstleistungszentren mit den Angeboten Beratung und Nachbarschaftshilfe waren und sind vor Ort vertreten und im Bewusstsein der nachfragenden Bevölkerung verankert. Gleiches galt und gilt für die Begegnungsstätten. Es bestand ein knapp ausreichendes Angebot an Pflegeheimplätzen. Deren Trägerschaft befand sich mehrheitlich in den Händen der Wohlfahrtsverbände. Insbesondere die ambulanten Pflegedienste waren eine tradierte Aufgabe vorwiegend der Freien Wohlfahrt. Freizeitangebote für ältere Menschen wurden über ein flächendeckend verteiltes Veranstaltungsprogramm bekannt gemacht.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung deutete sich eine ausgeprägte Veränderung der bestehenden Strukturen an, die dann auch tatsächlich stattgefunden hat. Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen stieg an. Dabei änderte sich das quantitative Verhältnis zwischen Trägerschaft der Freien Wohlfahrt auf der einen Seite und auf privat/gewerblicher Basis auf der anderen Seite nicht wesentlich.

Bereits kurz vor und verstärkt nach Inkrafttreten des SGB XI wurden zunehmend private ambulante Pflegedienste gegründet. Beide Versorgungsformen wurden infolge des SGB XI Wettbewerbsbedingungen unterworfen. Die Trägerorganisationen der Freien Wohlfahrt antworteten darauf mit neuen Rechtsformen, die dem Marktprinzip entsprechen konnten. Insbesondere die Trägerlandschaft im Bereich Pflege hat sich zügig verändert und befindet sich weiterhin in einem fluktuierenden Prozess. Neue Angebotsformen sind entstanden und entstehen weiterhin.

Information über Altenhilfeangebote

Die Information über die bestehenden Altenhilfeangebote wird bislang über die Fachberatung der Altenhilfe und über Druckerzeugnisse vermittelt, seit dem Sommer 2005 auch im Internet.

Fachberatung wird angeboten

- von den zuständigen Fachdiensten des Amtes für Soziale Dienste,
- von den Einrichtungen der Altenhilfe, von deren Trägerverbänden und von deren Dachverbänden,
- von den Sozialdiensten der Krankenhäuser,
- von den ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen,
- von originären Beratungseinrichtungen mit besonderer Ausrichtung für die Bedarfe älterer Menschen,
- von den Pflegekassen,
- von Selbsthilfeinitiativen und von anderen Stellen mit Bezug zu älteren Menschen.

Einige der genannten Organisationen informieren per Auftrag über das Gesamtspektrum der Altenhilfe und deren Bedingungen zur Inanspruchnahme, einige decken nur Teilbereiche ab und verweisen bei Bedarf auf spezielle Angebote.

Druckerzeugnisse

Das Angebot an informierenden Druckerzeugnissen hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich verändert. Konnte vorher mit den in einer Broschüre genannten Adressen der Altenhilfe relativ lange gearbeitet werden, da Veränderungen nicht häufig auftraten, musste seit Einführung der Pflegeversicherung eine sich ständig verändernde Anbieterlandschaft dargestellt werden. Broschüren wurden zunächst von den zuständigen Behörden (Amt für Soziale Dienste, Fachreferat für Ältere Menschen im Sozialressort) zusammengestellt und veröffentlicht. Neben den Adressen wurden auch die neuen rechtlichen Grundlagen aufgeführt und erläutert. Die Broschüren waren zugleich Ratgeber, da auch über besondere rechtliche Bedingungen und über die Wichtigkeit der rechtzeitigen Inanspruchnahme von Beratung informiert wurde. Mit einer größeren Auflage konnte für einen längeren Übergangszeitraum gearbeitet werden.

Die Erstellung von Neuauflagen bedeutete angesichts der sich ständig verändernden Trägerlandschaft in der Pflege und auch aufgrund sich verändernder rechtlicher Bedingungen einen hohen Aufwand. Bis zur Drucklegung einer neuen Broschüre konnten sich nicht unerhebliche Änderungen ergeben, die das Erzeugnis bei Veröffentlichung zum Teil als bereits veraltet erschienen ließen.

Mit zwei Lösungsformen konnte übergangsweise eine Anpassung geleistet werden. Es wurden regionale Verzeichnisse veröffentlicht, meist in Kooperation der regional vertretenen Akteure der Altenhilfe. Überarbeitungen sind bei dieser Form in mittelfristigen Abständen möglich, bedeuten aber auch für die beteiligten Stellen jeweils wieder einen Kraftakt, nicht zuletzt infolge einer großen Zeitinvestition, da öffentliche Mittel nur punktuell zur Verfügung stehen.

Die andere Lösungsvariante sind privatwirtschaftlich veröffentlichte Ratgeber. Private Verlage publizieren in regelmäßigen Abständen oder je nach Initiative Ratgeber mit Adressenteil, die kostenlos abgegeben werden und sich über akquirierte Anzeigen finanzieren. Diese Veröffentlichungen durch Privatverlage haben zwar den Vorteil der kostenlosen Abgabe, weisen aber zwei praktische Probleme auf.

- Die Aktualität und die Vollständigkeit der Adressenverzeichnisse ist nicht gewährleistet, da die Beschaffung des Adressenmaterials offensichtlich nicht ausreichend systematisch erfolgt.
- Zum anderen ist häufiger eine Mischung aus redaktionellem und Anzeigenteil zu beobachten, der es schwierig erscheinen lässt, zu neutralen, verbraucherorientierten Informationen zu gelangen.
- Gleichzeitig ändert sich auch das Mediennutzungsverhalten der älteren Generation. Neue Medien werden stärker genutzt

Senioren im Internet

Die Internetbeteiligung der älteren Menschen nimmt erwartungsgemäß weiter zu. Die ältere Bevölkerung geht nicht in größerem Maß auf Technik-Distanz, sondern nutzt das Internet als Informationsquelle. Die Internetbeteiligung lag bei den 55- bis unter 64-Jährigen im ersten Quartal 2004 bei 36%. Von den über 64-Jährigen nutzten 11% das Internet.

Damit liegen die Älteren in der Internetnutzung hinter den jüngeren Bundesbürgern zurück. Die Zunahme der Internetnutzung bei den Älteren liegt jedoch mit 38% von 2002 bis 2004 deutlich über dem entsprechenden Zuwachs in der gesamten Bevölkerung ab 10 Jahren (nur + 26%), d.h. die Älteren holen schnell auf.

(alle Zahlen vom Statistischen Bundesamt, www.destatis.de, 18.04.2005)

Informationen zur Altenhilfe im Internet: der Seniorenkompass

Zur strukturellen Verbesserung der Informationslage wurde im Fachreferat Ältere Menschen die Möglichkeit des Internets aufgegriffen und eine Altenhilfedatei entworfen, die der allgemeinen und der Fach-Öffentlichkeit zu Verfügung gestellt wird.

Es wurde ein Konzept entwickelt, das eine vollständige Darstellung der Altenhilfeangebote vorsieht. Diese sind geordnet nach der in der Altenhilfe geltenden Systematik und reichen von den offenen Angeboten über die ambulanten Unterstützungsformen und dem stationären Bereich bis zur Hospizarbeit. Über Suchfunktionen kann z.B. eine örtliche Auswahl oder eine themenspezifische Ausrichtung von Angeboten verfolgt werden. Die Altenhilfedatei ist infolge ihrer unkomplizierten Aktualisierbarkeit ein verlässlicheres Informationsangebot für die interessierte allgemeine Öffentlichkeit und eine Beratungsstütze für Fachleute der Altenhilfe. So können zum Beispiel in Beratungssituationen Teilausdrucke über gesuchte Angebote ausgehändigt werden.

Die Altenhilfedatei (www.seniorenkompass.bremen.de) soll aber nicht nur nutzbar sein für Menschen mit Internetzugang, über den ältere Menschen nur z.T. verfügen (siehe Kasten "Senioren im Internet"). Es ist vorgesehen, in kürzeren Abständen, als es vorher bei der aufwändigen Erstellung von Broschüren möglich war, einfach strukturierte Adressenverzeichnisse anzufertigen, die neben den wichtigen Adressen des Stadtteils auch Basisinformationen zu Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung aufführen und in Beratungssituationen sowie über öffentliche Auslage verteilt werden.

Somit kann die elektronische Inanspruchnahme zunächst durch jene älteren Menschen erfolgen, die über einen Internetzugang verfügen, durch die jüngeren Angehörigen, bei denen eine größere Verbreitung dieses Mediums vorausgesetzt werden kann und durch die Fachkräfte der Altenhilfe, deren Einrichtungen sich zunehmend vernetzen.

Das Versorgungs- und Beratungsnetz der Altenhilfe wird über dieses Informationsangebot transparenter und damit letztlich auch wirksamer werden, da es aufgrund differenzierter Information gezielter und bedarfsgerechter in Anspruch genommen werden kann. Fachberatung der Altenhilfe kann effektiver eingesetzt werden, da den Fachkräften parallel zur Beratung eine visuell leicht zugängliche Informationsquelle zur Verfügung steht.

Die Altenhilfedatei ist über die eigene Domain (www.seniorenkompass.bremen.de) und über die Homepage des Sozialressorts (www.bremen.de/sozialsenator) aufrufbar.

Portal für Ältere: der Seniorenlotse

Die Altenhilfedatei ist zusätzlich in den Kontext eines für Bremen entwickelten Seniorenportals (www.seniorenlotse.bremen.de) gestellt worden. Das Portal ist auch über Bremen.de und Bremerhaven.de aufrufbar. Dieses landesweite Seniorenportal hält als übergreifende Plattform Informationen aus allen Bereichen vor, die für ältere Menschen interessant und wichtig sein können. Es beinhaltet eine umfangreiche Sammlung von redaktionellen Beiträgen und Angeboten für die Zielgruppe. Informationen zum Thema Gesundheit, Pflege und Betreuung sind ebenso zu finden wie Wissenswerte über Wohnen, Reisen und Kultur. Rat und Hilfe in vielen Situationen werden ergänzt um Adressen von Ämtern, Ärzten und Apotheken. Zum Zeitpunkt der öffentlichen Präsentation im Juni 2005 hatte der Seniorenlotse bereits über 7.000 Einträge.

Eine wichtige Ergänzung zur Orientierung im sozialen Versorgungsbereich Pflege ist der Pflege-Lotse, der für Bremerhaven von der Arbeiterwohlfahrt entwickelt worden ist. Dort ist ein Informationsangebot entwickelt worden, das auch über den Seniorenlotsen zugänglich gemacht werden soll, das über kurze Erläuterungen die Möglichkeiten und Bedingungen der Pflegeversicherung darstellt.

Der Seniorenlotse enthält im Gegensatz zum Seniorenkompass auch Werbung und stellt Informationen für Ältere Menschen in einem größeren Zusammenhang dar, als dies die spezielle Altenhilfedatei Seniorenkompass tun kann. Die Inhalte der Altenhilfedatei sind über dieses Portal auch direkt zu erreichen, um ggf. eine Verkürzung des Zugangsweges anbieten zu können.

Eine eigenständige Webpräsenz der Altenhilfedatei Seniorenkompass bleibt aber aufgrund des eigenen Profils, d.h. der Beschränkung auf Informationen der Altenhilfe und damit auch des Ausschlusses von Werbung, weiterhin sinnvoll.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die Altenhilfedatei "Seniorenkompass" stellt eine erhebliche Verbesserung über die Informationslage zu den Angeboten der Altenhilfe dar. Sie ist nutzbar für die Fachöffentlichkeit für eigene Informationsbedarfe und für Beratung, sowie für pflegende Angehörige und für Angehörige, die sich auf eine Pflegesituation vorbereiten wollen.

Bislang nutzt eine schnell wachsende Minderheit der älteren Menschen das Internet als Informationsquelle. Insbesondere hochaltrige und pflegebedürftige Menschen haben derzeit kaum Möglichkeiten zur Inanspruchnahme.

In den nachfolgenden Jahrgängen wird es zunehmend üblich werden, das Internet zu konsultieren, auch für Fragen des Altwerdens und die nicht auszuschließenden, damit verbundenen Probleme. Der Blick ins Internet wird voraussichtlich die Informations- und Beratungsschwelle senken. Somit werden sich in Zukunft mehr älter werdende Men-

Das Internet verbessert die Informationsmöglichkeiten zur Altenhilfe, insbesondere zu den Themen Versorgung und Pflege

Ältere Menschen und deren Angehörige anregen, das Informationsangebot des Internets zur Altenhilfe und zu anderen Alltagsfragen zu nutzen

schen rechtzeitig mit diesen Themen befassen können, und das nicht nur zu Fragen zur Versorgung und Pflege, sondern auch zu Fragen zur Gestaltung des Alltags im Alter. Daher sind Überschneidungen mit Informationsangeboten jenseits der Problematiken Versorgung und Pflege konstruktiv für den Lebensabschnitt Alter.

Eine verfügbare und in kurzen Abständen zu aktualisierende Druckversion des Informationsangebotes ist sicherzustellen, um auch Nicht-Nutzer/innen des Internets berücksichtigen zu können.

Die redaktionelle Bearbeitung und die Datenpflege sind noch organisatorisch und personell abzusichern.

Sinnvolle Verknüpfungen mit anderen Internetangeboten für ältere Menschen herstellen

Aktuelle Druckversionen erstellen

4. Kurzzeitpflege und teilstationäre Einrichtungen

Im System der Altenhilfe haben sich inzwischen Angebote zwischen der ambulanten und stationären Versorgung etabliert und bewährt. Sie übernehmen häufig die Funktion des Bindegliedes zwischen häuslicher Versorgung und stationärer Unterbringung. Diese Hilfeformen wenden sich an Personen, die übergangsweise der Unterstützung und Pflege bedürfen, die zu Hause nicht realisiert werden kann, bei denen aber eine dauerhafte stationäre Versorgung nicht zwingend erforderlich ist. Ein abgestuftes System bedarfsgerechter Hilfen reduziert den Zwang zur Entscheidung zwischen ambulanten und stationären Hilfen. Damit verringert sich auch die Zahl der Personen, die im Heim "übertsorgt" und ambulant "unterversorgt" sind. Mit der Erweiterung dieser Versorgungsangebote erhöhen sich die Chancen für die selbstbestimmte Lebensführung älterer Menschen.

Zu den intermediären Betreuungsformen, die in Bremen aufgebaut wurden, gehören vor allem:

- die Kurzzeitpflege
- die Tagespflege und Tagesbetreuung

4.1 Die Kurzzeitpflege

A - IST Beschreibung

Die Kurzzeitpflege ist eine befristete, also nur vorübergehende Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger (älter) Menschen in einer stationären Einrichtung.

Die ausdrücklich nur vorübergehende Aufnahme der Gäste begründet zwar eine besondere Stellung gegenüber anderen Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Seit 1997 wird im Sinne eines verbesserten Verbraucherschutzes jedoch auch auf die Kurzzeitpflege das Heimgesetz angewendet.

Die erste Kurzzeitpflegeeinrichtung wurde 1977 durch das Deutsche Rote Kreuz eröffnet. Nachfolgende Einrichtungen profitierten von den Erfahrungen des Trägers. Die Konzeption der verschiedenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen änderte sich im Laufe der Zeit wesentlich.

Hauptanliegen war zunächst die vorübergehende Aufnahme von pflegebedürftigen Personen, die von Angehörigen oder den ambulanten Diensten in der eigenen Wohnung betreut werden, deren Versorgung aber wegen des Urlaubs oder der Krankheit von Pflegepersonen kurzfristig nicht gewährleistet war. Diese enge Indikation und die Begrenztheit des Leistungsspektrums führte in den ersten Jahren zu erheblichen betriebswirtschaftlichen Problemen. Insbesondere trug die saisonal bedingte Inanspruchnahme während der Urlaubszeit zu einer Auslastung von nur 60% der vorhandenen 30 Plätze bei.

Die ursprüngliche Konzeption wurde daraufhin 1981 vorrangig um diagnostische Aufgaben und die reaktivierende Pflege erweitert. Damit sollten die Menschen angesprochen werden, deren medizinischen Krankenhausbehandlung angeschlossen war, die aber mobilisierende Pflege und Behandlung brauchten, um weiter ambulant versorgt werden zu können. Dadurch sollte die vorschnelle Unterbringung in der Dauerpflege vom Krankenhaus aus vermieden werden.

Für die Betreuung dieser erweiterten Zielgruppe stellten sich nun der Kurzzeitpflege folgende Aufgaben:

- Krankenhausnachsorge durch Mobilisierung und Rehabilitation im Anschluss an den Klinikaufenthalt
- Abklärung zukünftiger Betreuungs- und Versorgungsbedarfe, Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in diesen Fragen

- Gezielte Trainingsprogramme für alle Bewohner, um möglichst vielen von ihnen die Entlassung nach Hause in die ambulante Betreuung zu ermöglichen. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, bei denen die Pflegeperson befristet zu ersetzen ist.
- Zeitliche Überbrückung zwischen mehreren Krankenhausaufenthalten oder bis zur Vermittlung in eine anschließende Rehabilitationseinrichtung bzw. der Aufnahme in ein gewünschtes Alten- oder Altenpflegeheim.
- Betreuung und Pflege sterbender Menschen

Nicht geeignet ist die Kurzzeitpflege nach wie vor für Bewohner mit ausgeprägten Verhaltensstörungen, für akut suizidgefährdete und psychiatrisch erkrankte Menschen.

Für die erweiterte Aufgabenstellung bestehen in den verschiedenen Häusern, die Kurzzeitpflege anbieten, unterschiedliche Voraussetzungen. Begünstigt wird die Erfüllung des rehabilitativen bzw. mobilisierenden Auftrags z.B. durch das Vorhandensein eines therapeutischen Schwimmbades und die Verbindung mit medizinisch-physiotherapeutischen Angeboten.

Die Ausdehnung des Adressatenkreises und der damit verbundene Abklärungs-, Behandlungs- und Vermittlungsauftrag verlangte den Ausbau von Kooperationsformen mit anderen ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen. So wuchs der Kurzzeitpflege für ihre Nutzer aber auch für kooperierende Dienste die Funktion einer wichtigen Entscheidungshilfe bei Fragen der angemessenen Versorgung zu. Als vorteilhaft hat sich in diesem Zusammenhang die räumliche Nähe und gute Kooperation mit einem Dienstleistungszentrum erwiesen.

Die erweiterte Aufgabenstellung der Kurzzeitpflege verminderte die saisonalen Schwankungen in der Belegung und führte zu größerer betriebswirtschaftlicher Stabilität.

Die konzeptionellen Änderungen bedingten aber auch einen einschneidenden Wandel des Klientels.

Zunächst dominierten die wegen des vorübergehenden Ausfalls der pflegenden Angehörigen aufgenommenen Bewohner (über 90%). Nach der Umstellung 1981 betrug ihr Anteil in allen folgenden Jahren nur noch 42%. In den folgenden Jahren kam der überwiegende Teil der Aufnahmen (58%) nach einem Krankenhausaufenthalt in die Kurzzeitpflege. Nach einem zwischenzeitlichen Rückgang dieser Gruppe liegt sie 2004 wieder etwas über 50 %.

Diese Änderungen führten vor allem zu folgenden Konsequenzen:

- Bei der Urlaubspflege ist weiterhin ein wichtiger Grund für den Aufenthalt in der Kurzzeitpflege die vorübergehende Abwesenheit der Hauptpflegeperson. Die Mitarbeiter der Einrichtung können davon ausgehen, dass die Klienten zu einem vereinbarten Termin wieder nach Hause entlassen werden. Bei der Aufnahme von Patienten aus dem Krankenhaus ist immer deren schlechter Gesundheitszustand, der eine Entlassung in die eigene Wohnung noch nicht zulässt, oder die noch nicht abgeschlossene Suche nach einem geeigneten Dauerpflegeplatz Anlass für die Aufnahme. Für diese, zur Zeit wesentlich größere Gruppe ist die Dauer des Aufenthaltes ungewiss. Die Mitarbeiter der Einrichtung werden in die Klärung und Auswahl der anschließenden Betreuung/Versorgung einbezogen.
- Die Erweiterung des Klientenkreises trug zu einem Anstieg der Nutzer bei, die in die Kategorie der "Schwerstpflegebedürftigen" eingestuft wurden. Diese erhöhten pflegerischen Anforderungen waren bei der personellen sächlichen Ausstattung der Kurzzeitpflegeheime zu berücksichtigen.

Ausgehend von den Erfahrungen des Deutschen Roten Kreuzes mit der ersten Bremer Kurzzeitpflege in Bremen aber auch vergleichbarer Einrichtungen in der Bundesrepublik, entstanden in der Stadtgemeinde Bremen bis 2004 folgende Einrichtungen, die die Aufgabe

der Kurzzeitpflege übernehmen. Bei dieser Bestandsaufnahme sind Kurzzeitpflegen als Solitäreinrichtungen ebenso erfasst wie Kurzzeitpflegestationen in Heimen, die auch stationäre Dauerpflege anbieten. Berücksichtigt sind nur die Plätze, die während des ganzen Jahres ausschließlich für die Kurzzeitpflege genutzt werden.

Kurzzeitpflege in der Stadtgemeinde Bremen

Träger	Kurzzeitpflege	Platzzahl KUPFL	
		1992	2004
AWO	Ella-Ehlers-Haus	0	8
AWO	Sozialzentrum am Vahrer See	10	0
AWO	Sozialzentrum Walle	26	0
Bremer Heimstiftung	Stiftungsresidenz Riensberg	20	12
Bremer Heimstiftung	Stiftungsdorf Blumenkamp	0	5
Bremer Heimstiftung	Stadtteilhaus Huchting	0	9
DRK	Haus am Park	30	30
Vereinigte Anstalten der Inneren Mission e. V. Friedehorst	Kurzzeitpflegeeinrichtung	0	10
Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz	Alten- und Pflegeheim	0	8
Krohne	Hanseaten-Villa	0	15
Hospitalia Care	Haus Raphael	0	20
Verein für Innere Mission in Bremen	Kurzzeitpflegeeinrichtung im am Kirchweg	0	9
AHB	Gesundheitszentrum Findorff	0	15
Gesamt		86	141

Darüber hinaus bieten mehrere Altenpflegeheime die Möglichkeit der Nutzung eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze. Hier werden Personen bei Bedarf befristet aufgenommen. Diese Form der Kurzzeitpflege ist durch besondere Vereinbarungen mit dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz festgelegt worden.

Die Bezeichnung Kurzzeitpflege steht für unterschiedliche Einrichtungstypen. Im wesentlichen lassen sich in der Stadtgemeinde drei Formen der Kurzzeitpflege differenzieren:

Typ A - hierbei handelt es sich um spezielle Einrichtungen, die ausschließlich die Aufgabe der Kurzzeitpflege wahrnehmen (z.B. DRK Haus am Park, Hanseaten-Villa).

Typ B - hier ist die Kurzzeitpflegestation organisatorisch/architektonisch an ein Alten- oder Pflegeheim angebunden (z.B. Haus Riensberg, Ella-Ehlers-Haus).

Typ C - hier werden bei Bedarf Alten- oder Pflegeheimplätze zur Kurzzeitpflege genutzt (z.B. Sozialzentrum Bremen-West).

Die Differenzierung der Aufgabenstellung der Kurzzeitpflege, wie für die Wachmannstraße dargestellt, wurde von den später entstandenen Einrichtungen übernommen. Bei dem Ausbau wurde auf ganzjährig zweckgebundene Plätze Wert gelegt, weil von ihnen ein erhöhter qualitativer Standard bereitgestellter Hilfen erwartet wird (Typ A,B).

Die Betreuungsform in dem Typ C ist vor allem als ein vorübergehendes Angebot der Träger zu verstehen, um dringlichen Bedarfen gerecht werden zu können.

Bei drei Befragungen der spezialisierten Einrichtungen (Typ A + B) zur Bewohnerstruktur in den Jahren 1992, 1996 und stellte sich heraus, dass die Datenerhebung in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt wird. Eine Einschätzung zur Lebenssituation der Klienten

wird daher vor diesem Hintergrund vorgenommen, die zugrundegelegte Anzahl der Einrichtungen ist jeweils ausgewiesen.

Wohnsituation von Kurzzeitpflegegästen¹

	1996	2004
	%	%
Alleinstehend	46,7	29,3
Alleinstehend mit org. Hilfe	24,5	40,0
Mehrpersonenhaushalt (Ehepartner, Kinder)	28,8	30,7

Kurzzeitpflegegäste nach Alter²

Alter	1992	1996	2004
	%	%	%
unter 60	7,3	6,3	5,8
60 - 79	32,6	15,8	32,4
80 u. m.	60,1	77,9	61,8
Gesamt	100	100	100

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Kurzzeitpflegegäste³

1992	1996	2004
48,5 Tage	40,5 Tage	26 Tage

¹ Die Erhebung erfolgte 1996 in 3 Einrichtungen, in 2004 in 9 von 11 Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen

² die Erhebung erfolgte 1992 in 4 Einrichtungen, 1996 in 6 Einrichtungen und 2004 in 9 von 11 Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen

³ die Erhebung erfolgte 1992 und 1996 in jeweils 3 Einrichtungen, 2004 in 9 von 11 Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen. In 2004 wurde angegeben, wie viele Wochen sich die Gäste in der KUPF aufhielten, der hier angegebene Wert für Tage ist entsprechend umgerechnet und daher nur ein annähernder Wert.

**Vorrangige Gründe⁴
für die Aufnahme von Kurzzeitpflegegästen**
(abgesehen von der beabsichtigten Aktivierung und Rehabilitation)

	1992	1996	2004
	%	%	%
Ersatz der Pflegeperson	24,8	21,6	24,4
Abklärung nach einem Krankenhausaufenthalt	37,0	27,1	52,6
Suche nach einem geeigneten Heimplatz	30,0	32,1	9,6
Andere Gründe	8,2	19,2	13,3
Gesamtzahl	100	100	100

Entlassungen⁵

	1992	1996	2004
	%	%	%
nach Hause	36	40,1	55,7
in ein Alten- oder Pflegeheim	38	34,3	29,1
in ein Krankenhaus	11	9,4	8,0
in eine Reha - Einrichtung	1	2,3	1,2
verstorben	15	13,9	6,0
Gesamt	100	100	100

Die Zuordnung zu den Zielen der Entlassung ist bei der Befragung nicht in Beziehung gesetzt worden zu den unterschiedlichen Gründen für die Aufnahme.

Es ist anzunehmen, dass von den Kurzzeitpflegegästen, die wegen des Ersatzes der Pflegeperson (also sog. Urlaubspflegen) aufgenommen werden, ca. 90 % nach Hause entlassen werden.

Will man feststellen, wie hoch der Anteil der Kurzzeitpflegegäste ist, die nach Aufnahme mit unklarer Perspektive für die weitere häusliche Versorgung mobilisiert wurden, müssen bei der Berechnung der Quote der nach Hause Entlassenen die „Urlaubspflegen“ außer Acht gelassen werden.

Es ergibt sich dann eine Quote von 40 % der Kurzzeitpflegegäste, die so weit mobilisiert werden konnten, dass eine weitere ambulante Versorgung als ausreichend angesehen werden konnte.

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass der Anteil der Alleinstehenden 1996 und 2004 mit ca. 70% ausgewiesen wird. In 2004 hatten jedoch wesentlich mehr der alleinlebenden Kurzzeitpflegegäste ambulante Hilfen.

Der Anteil der über 80-jährigen Kurzzeitpflegegäste stieg bis 1996 an, um nach Einführung der Pflegeversicherung wieder auf das Niveau von 1992 zurückzugehen.

⁴ Die Erhebung erfolgte 1992 in 4 Einrichtungen, 1996 in 6 Einrichtungen und 2004 in 9 von 11 Einrichtungen der Stadtgemeinde Bremen

⁵ wie Fußnote 4

Die Zunahme von Männern in der Kurzzeitpflege geht einher mit der allgemeinen demografischen Entwicklung.

Bei den Aufnahmegründen fällt insbesondere auf, dass sich nach einem Rückgang von 1992 bis 1996 der Grund „Abklärung nach einem Krankenhausaufenthalt“ bis 2004 fast verdoppelt hat.

Dabei ist zu beachten, dass der Grund „Abklärung nach einem Krankenhausaufenthalt“ von dem Aufnahmegrund „Suche nach einem geeigneten Heimplatz“ nicht immer scharf abzugrenzen ist.

Bei den Zielen der Entlassung hat stark zugenommen „nach Hause“, während der Anteil der in die Dauerpflege verlegten Kurzzeitpflegegäste deutlich abgenommen hat. Auch sind nach einem zwischenzeitlichen Anstieg deutlich weniger Kurzzeitpflegegäste in der Kurzzeitpflege verstorben.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat sich nach 1996 um weitere 14 Tage verringert, was mit dem diesbezüglichen Leistungsumfang der Pflegeversicherung korrespondiert. In einer bundesweiten Untersuchung zur Kurzzeitpflege wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 22,77 Tagen angegeben (Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland, 1992).

Die Kosten für die Kurzzeitpflege werden als Pflegekassenleistung, als Sozialhilfeleistung oder durch Selbstzahler erbracht.

Zu den Anspruchsgrundlagen, die gegenüber den Pflege- und Krankenkassen geltend gemacht werden können, zählen:

- Kurzzeitpflege nach §§ 42 und 39 SGB XI
- Ersatz- oder Sicherungspflege nach § 37 SGB V
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Nr.2 SGB V)
- Heilmittel (z.B. rehabilitative Maßnahmen wie Ergo- oder Physiotherapie - § 32 SGB V
- Hilfsmittel (SGB V)

Sozialhilfe wird nachrangig bei nicht ausreichendem Einkommen oder Vermögen der Betroffenen aufgrund folgender Grundlagen gewährt:

- § 61 Abs. 1 SGB XII Hilfe zur Pflege
- § 47 f SGB XII (Krankenhilfe) bei nicht krankenversicherten Personen und wenn die Krankenkasse sich nicht zur Leistung bereit erklärt

ggf.

- § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe) bei sozial-rehabitativer Kurzzeitpflege
- § 70 SGB XII Weiterführung des Haushaltes

In der 1992 vom Bundesministerium für Familie und Senioren herausgegebenen Studie "Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland" werden auch Überlegungen zu einem Anhaltswert für die Vorhaltung ganzjährig zweckgebundener Kurzzeit-Pflegeplätze angestellt. Es wird empfohlen, Kurzzeit-Pflegeplätze für 0,2 % der definierten Altenpopulation (75 Jahre und älter) vorzuhalten. Einen weiteren Bedarfsanhaltswert für Kurzzeitpflegeplätze hat

das Bundesland Baden-Württemberg 1995 zugrundegelegt. Danach sollen für jeweils 2.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren u.m. 5 Kurzzeitpflegeplätze vorgehalten werden.

Diese Empfehlungen ergeben für die Stadtgemeinde Bremen folgende Rechnung.

	1992	1996		2004	
	BMFS	BM FSFJ ⁶	Ba Wü ⁷	BM FSFJ	Ba Wü
Einwohner im Alter von 75 u. mehr Jahren	47.217	42.408		47.348	
Anteil an der Bevölkerung	8,48%	7,70%		8,70%	
Vorhandene Kurzzeit-Pflegeplätze	89	104		141	
Versorgungsgrad	0,19%	0,25%		0,30%	
Platzbedarf	94	85	106	95	118,37
Rechnerisches Defizit / Überversorgung	-5	19	-2,02	46	22

Die quantitativ relativ hohe Versorgung mit Kurzzeitpflegeplätzen in Bremen korrespondiert mit einem im Vergleich zu den Umlandlandkreisen (s. Kapitel 5.1.6) und zu vergleichbar großen deutschen Städten (s. untenstehende Tabelle) relativ geringen Versorgungsgrad an stationären Dauerpflegeplätzen.

Dies lässt die Annahme zu, dass die Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Bremen zumindest teilweise ihrem Auftrag gerecht werden, eine stationäre Dauerpflege in einer Vielzahl von Fällen zu vermeiden oder hinaus zu zögern.

	Bevölkerung 75+	Plätze Stat. Pflege	Versorgungsgrad
Stadt Bremen*	47.348	4.584	97
Köln	72.135	7.239	100
Dortmund	49.795	4.500	90
Hannover	47.405	5.200	110
Leipzig	41.400	5.136	124

⁶ Rechnung nach der Empfehlung aus der Studie des BM FSFJ

⁷ Rechnung nach den Bedarfsanhaltswerten aus Baden-Württemberg

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die ursprünglichen Aufgabe der Kurzzeitpflege war es, Personen, die von Angehörigen oder den ambulanten Diensten in der eigenen Wohnung betreut werden, vorübergehend aufzunehmen. Dieser Auftrag der Kurzzeitpflege wurde in den achtziger Jahren dahingehend erweitert, auch diagnostische Aufgaben zu übernehmen und mobilisierende und rehabilitative Pflege zu leisten.

In Bezug auf diesen erweiterten Auftrag erlitten die Kurzzeitpflegeeinrichtungen unter den Bedingungen der Pflegeversicherung einen Funktionsverlust. Ihren Auftrag der therapeutischen Unterstützung, Abklärung des Versorgungsbedarfs und der Mobilisation von Hilfen insbesondere nach dem Krankenhausaufenthalt kann dieser Einrichtungstyp unter den veränderten Vertrags- und Arbeitsbedingungen kaum noch nachkommen.

Die Kurzzeitpflege wird nicht mehr ausreichend als Instanz zur Aktivierung und Ausschöpfung aller Potentiale der gewünschten häuslichen Versorgung genutzt. Dieser Einrichtungstyp mutierte zu einer flexibel angewandten Vorbereitungs- und Eingewöhnungsinstanz für die stationäre Pflege. U.a. auch zu diesem Zweck integrierten Heimbetreiber die Kurzzeitpflege in ihr Versorgungskonzept.

Es gibt eine erhebliche Anzahl von Bewohnern, die insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt für maximal vier Wochen von den Kurzzeitpflegeeinrichtungen übernommen werden, die sich erst in der anschließenden stationären Dauerpflege regenerieren und denen der Weg in die eigene Wohnung dann nicht mehr offen steht. Diese Gruppe - so wird angenommen - trug in den letzten Jahren wesentlich zu der überraschend gestiegenen Inanspruchnahme und dem sich daraus ergebenden Ausbau von Pflegeheimplätzen bei.

Zwei Vorgaben wirkten sich stark verändernd auf die Arbeitsweise der Einrichtungen aus:

- der Anspruch auf Kurzzeitpflege wurde auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt und

Strukturelle Bedingungen zur Wahrnehmung des rehabilitativen Auftrags der Kurzzeitpflege sichern

Leistungsfrist für Kurzzeitpflege verlängern, um Chancen zur Mobilisation zu erhöhen.

- die finanziellen Aufwendungen der Pflegekassen für die Pflege und soziale Betreuung sind bis zu einem Betrag von monatlich € 1.432,00 festgelegt.

Der Anteil der Klienten, die im Anschluss an die Kurzzeitpflege nach Hause entlassen wurden, hat sich deutlich verringert. Ausschlaggebend dafür sind folgende Aspekte:

- Die personelle Ausstattung, die therapeutisch/sozialen Angebote und entsprechend die finanziellen Vergütungen wurde auf das Niveau der Langzeitpflege reduziert.
- Parallel zu dieser Entwicklung wurde das Begutachtungsverfahren modifiziert. Die Begutachtung erfolgt heute durch den MDK, der die Klienten etwa 14 Tage nach Aufnahme in die Kurzzeitpflege aufsucht. Angesichts des Krankheitsverlaufs und der zeitlichen Vorgaben bleibt den Begutachtern oftmals keine andere Wahl, als die Bestätigung der stationären Pflegebedürftigkeit.
- Das praktizierte Begutachtungsverfahren „begünstigt“ Fehlplatzierungen in der stationären Pflege. Die Einstreuung „erleichtert“ die Integration in die Dauerpflege. Bei vorzeitiger Entscheidung und der Heimaufnahme bleiben längere Verläufe der Rekonvaleszenz oder Erfolgsaussichten therapeutischer Bemühungen unberücksichtigt.

Es wird vorgeschlagen, die Einrichtungen nach Funktionen, die sie übernehmen, zu differenzieren und die Rahmenbedingungen sowie die Ausstattung den jeweiligen Zielen anzupassen:

- Bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen, die zukünftig den vorübergehenden Versorgungsbedarf absichern („Urlaubspflege“), sind Änderungen an den gegebenen Strukturen kaum notwendig. Voraussichtlich wird es zur Verringerung des Platzangebotes kommen. Diese Form der Kurzzeitpflege kann auch in Form der „eingestreuten Betten“ erfolgen, die je nach Nachfrage auch für die Langzeitpflegeplätze genutzt werden können.
- In Solitäreinrichtungen und separaten

Personelle Ausstattung für rehabilitative Kurzzeitpflege verbessern

Begutachtungssystem um soziale Aspekte erweitern

Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach Funktion differenzieren

Kurzzeitpflegestationen soll mobilisierende und rehabilitative Pflege sowie soziale Beratung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die ambulante Pflege erfolgen. Diese ausdrücklich rehabilitativen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sollen auf Grundlage von Kooperationsverträgen mit externen physio- und ergotherapeutischen Praxen kooperieren. Eine Abrechnung der Praxisleistungen nach SGB V ist anzustreben. Die geschätzte Platzzahl für diesen Bereich liegt bei ca. 100 für die Stadtgemeinde Bremen. Darüber hinaus soll für diese Kurzzeitpflegestellen eine Sozialarbeiterstelle zur Wahrnehmung der Überleitungsaufgaben aus der zukünftigen Investitionsförderung finanziert werden.

Fehlplatzierungen vermeiden

Mit dieser Form wird ein Interventionsinstrument zur Vermeidung von Fehlplatzierungen in der stationären Dauerpflege geschaffen. Einrichtungen mit einem therapeutischen und abklärenden Auftrag werden gesonderte Verfahren praktizieren müssen. Dies gilt z. B. für die Zuweisung und Begutachtung, die Dauer des Aufenthalts mit therapeutischer und sozialarbeiterischer Ausrichtung.

Die Beratungstätigkeit des Sozialdienstes im Krankenhaus, der einen hohen Anteil der Kurzzeitpflegenutzer in die Einrichtungen vermittelt, muss effektiv und obligatorisch mit der nachfolgenden Beratung durch den kommunalen Sozialdienst verknüpft werden. Die Sozialdienste sollen zu diesem Zweck ihre Kooperation vertraglich regeln.

Anlage 1

Um die intendierten Profile der beiden Kurzzeitpflegeeinrichtungen hervorzuheben, folgt eine Gegenüberstellung wichtiger Merkmale:

Merkmale der Kurzzeitpflegeeinrichtungen	Kurzzeitpflege zur vorübergehenden Versorgung	Rehabilitative Kurzzeitpflege zur Abklärung des Versorgungsbedarfs
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Urlaubspflege zur Entlastung Angehöriger • Überbrückungspflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausnachsorge durch Mobilisation und Rehabilitation Pflegebedürftiger • Abklärung zukünftiger Betreuungs- und Versorgungsbedarfe • Trainingsprogramme zum Erhalt der Selbständigkeit
Kapazität / Verweildauer / Standort	Die Anzahl der Plätze richtet sich nach Bedarf. Es ist von einer Abnahme der bisher von den Heimen angebotenen Kurzzeitpflegeplätze um etwa 30 Plätze auszugehen.	<p>Vorgeschlagen wird eine Einrichtung in Bremen-Nord mit etwa 15 Plätzen und eine weitere Einrichtung in der Stadtmitte mit einer Kapazität von rund 30 Plätzen.</p> <p>Die Dauer des Aufenthalts ist von der Aktivierung und der Abklärung des Versorgungsbedarfs abhängig. Durchschnittlich wird eine Aufenthaltsdauer von sechs Wochen erwartet. In jeden Fall ist nach sechs Wochen eine Prognose mit einer Empfehlung über die zukünftige Versorgung zu erstellen. Die Verweildauer darf drei Monate nicht übersteigen. Bei einer Kapazität von 45 Plätzen und einer durchschnittlichen Verweildauer von sechs Wochen könnte diese Form der Kurzzeitpflege im Laufe eines Jahres 360 Klienten versorgen.</p> <p>Empfohlen werden Standorte auf dem Gelände oder in unmittelbarer Nähe der großen Krankenhäuser in Bremen-Nord und der St.-Jürgen-Straße. Hierbei geht es auch um die Vermeidung von Umzügen.</p>

4.2. Tagespflege

A - IST Beschreibung

Die Tagespflege unterstützt, sichert und stabilisiert die häusliche Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen durch ein ergänzendes teilstationäres Angebot. Diese Einrichtung deckt den Betreuungs- und Pflegebedarf während einer begrenzten, festgelegten Zeit des Tages. Sie soll durch ermutigende und mobilisierende Impulse die Lebensqualität der Betreuten verbessern sowie die Überforderung pflegender Angehöriger abwenden. Dieses Angebot ist in der Regel in die kontinuierliche Betreuung Angehöriger oder ambulanter Dienste eingebettet.

Neben medizinischen und psychosozialen Zielen verfolgt die Tagespflege die Absicht, die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der selbständigen Lebensführung zu ermöglichen.

Im Vergleich zu den etablierten Elementen der Altenhilfe z.B. den Pflegeheimen oder den ambulanten Pflegediensten ist das intermediäre Angebot der Tagespflege eine relativ junge Ergänzung. Dieses Bindeglied zwischen den traditionellen Unterstützungsformen wird zwar von vielen Fachleuten für wichtig gehalten, dennoch spielte die Tagespflege im System der Angebote für Pflegebedürftige zunächst eher eine marginale Rolle.

Analog zur Kurzzeitpflege richtet sich die Tagespflege vornehmlich an zwei Zielgruppen:

Zum einen sind es die betreuungs- und pflegebedürftigen älteren Menschen,

- die durch Angehörige oder ambulante Dienste nicht ausreichend versorgt werden können, aber weiterhin in ihrer eigenen Wohnung leben möchten;
- die alleine leben, aber bei den wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf zeitaufwendige Unterstützung angewiesen sind;
- die vorübergehend nach einer Krankheit z.B. einem Klinikaufenthalt kontinuierliche Zuwendung benötigen, wenn eine spezialisierte Einrichtung wie z.B. die Tagesklinik diese Aufgabe nicht übernimmt;
- die z.B. nach einem Tagesklinikaufenthalt die Tagespflege zur Erhaltungstherapie in Anspruch nehmen.

Zum anderen sind es die pflegenden Angehörigen,

- die tagsüber Entlastung benötigen;
- für die, die Tagespflege Voraussetzungen zur Ausübung eigener Berufstätigkeit schafft;
- für die Angehörigen, die durch die Pflege naher Angehöriger stark belastet sind, kann Tagespflege wesentlich dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren.

Um diese Zielgruppen wirkungsvoll zu unterstützen, wurde für die Tagespflege folgendes allgemeine Leistungsspektrum entwickelt, das im Einzelfall durch einrichtungsbezogene Schwerpunktsetzungen variabel gestaltet wird:

- a) Ein Hol- und Bringedienst fährt die Gäste morgens in die Einrichtung und nachmittags wieder nach Hause.
- b) In der Regel werden täglich drei Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee) angeboten. Dabei werden Diäten berücksichtigt.

- c) Das zentrale Angebot aller Einrichtungen bildet die soziale Beratung und Betreuung; hierzu zählen Einzel- oder Gruppengespräche und die Krisenintervention. Zu den Aktivitäten im Bereich der Förderung von Kommunikation gehören gemeinsame Ausflüge, Besuche von Veranstaltungen, Kurzreisen, Vorträge durch Gastreferenten, Feiern und Feste. Dem Aspekt sozialen Austauschs wird besondere Bedeutung gegeben, da Kontaktarmut und Isolation zu der Aufnahme vieler Nutzer in die Tagespflege beiträgt.
- d) Alle Einrichtungen bieten während des Tagesaufenthaltes folgende therapeutisch-, pflegerische Leistungen:
- Die grundpflegerische Versorgung, soweit erforderlich.
 - rehabilitative und aktivierende Hilfen, Mobilisierung und Gedächtnistraining, Beschäftigungstherapie sowie über Einzelfallrezeptur physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik.
 - Neben der Tagesstruktur, die sich vornehmlich an Alltagsabläufen orientiert, gehören hierzu Beschäftigungs- und Unterhaltungsangebote, die die Kommunikation in der Gruppe und damit den psychischen und gesundheitlichen Allgemeinzustand fördern.
 - Das Ausführen ärztlicher Verordnungen, die Organisation ärztlicher Versorgung bis zur aktivierenden Pflege (z.B. Kontinenztraining).
- e) Des weiteren werden sozialarbeiterische Betreuungen angeboten. Hierzu gehören z.B.: Die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, Ärzten, Kliniken, Beratung und Organisation von Unterstützungen, Angehörigenarbeit, gemeinsame Treffen, Krisengespräche oder Hausbesuche.

Besonderes Merkmal der methodischen Arbeit in der Tagespflege ist der gruppentherapeutische Ansatz sowie die sich an Alltagsabläufen orientierende Tagesstrukturierung. Über die persönlichen Kontakte hinaus bietet das Leben in der Gruppe vielfältige Möglichkeiten von- und miteinander zu lernen. Die Akzeptanz der eigenen Hilfsbedürftigkeit wird durch die Erfahrung gefördert, dass sich auch andere in vergleichbaren Situationen befinden. Neben den Aktivitäten in der Gruppe wird aber auch dem einzelnen Zuwendung gegeben und Raum für individuelle Interessen und Bedürfnisse gelassen werden.

Aufgrund der Veränderungen des Klientels haben die Einrichtungen der Tagespflege in den letzten Jahren zunehmend den Betreuungsschwerpunkt auch auf sogenannte "gerontopsychiatrische Bedarfe" gelegt. Hierbei geht es um ältere Personen, die wegen einer psychischen Erkrankung oder einer Hirnfunktionsstörung nicht in ausreichendem Maß durch familiäre, nachbarschaftliche oder ambulante Hilfen versorgt werden können.

Die Multimorbidität der Teilnehmer erfordert eine erhöhte pflegerische Versorgung. Darüber hinaus besteht oftmals ein besonderer durch psychische Veränderungen verursachter Betreuungsbedarf. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen ist oft nicht möglich, weil die Übergänge vielfältig und fließend sind. Psychisch erkrankte Teilnehmer erfordern in jedem Fall eine verstärkte Kooperation mit den diagnostischen und ambulanten Diensten, den niedergelassenen Ärzten und vor allem mit den Familienangehörigen.

Die Mitarbeiter der Tagespflege setzen sich aus pflegerischem und pädagogischem Fachpersonal zusammen. Hierzu gehören: Alten- und Krankenpflegerinnen, Pflegehelferinnen, Sozialarbeiterinnen, Ergo- oder Beschäftigungstherapeutinnen.

Für jeweils sechs Besucher steht in der Regel ein Mitarbeiter zur Verfügung. In den Tagespflegen wird überwiegend qualifiziertes Personal eingesetzt. Bei den Altenpflegerinnen betrug die Relation von Fachkräften zu Helferinnen 2:1. Zudem übernehmen Zivildienstleistende

de/Honorarkräfte den Hol- und Bringendienst. Für die Leitung einer Tagespflege wird eine Leitungskraft gefordert, die die gleiche Qualifikation wie in der stationären Pflege erfüllen muss. Der Einsatz dieser Leitungskraft kann in Stundenkontingenten ausgewiesen werden. Für 16 Plätze sollte dieses Kontingent 10 Stunden nicht unterschreiten.

Alle Einrichtungen bieten Grund- und Behandlungspflege an. Zudem werden therapeutische und rehabilitative Leistungen übernommen (Gedächtnistraining, Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik, Kontinenztraining). Zusatzleistungen werden von selbstständigen Honorarkräften auf Rezept durchgeführt. Zu den Leistungen gehört die Sozialarbeit mit Einzel- und Gruppengesprächen, die Unterstützung des sozialen Umfeldes, vor allem der Angehörigen.

Tagespflege in der Stadtgemeinde Bremen

In der Stadtgemeinde Bremen werden seit über 20 Jahren Erfahrungen mit Tagespflegeeinrichtungen gesammelt.

Die Entwicklung des Angebotes von Tagespflegeplätzen in den letzten Jahren geht aus der folgenden Übersicht hervor:

Stand: 01.12.2004

Einrichtung	Träger	Plätze 1992	Plätze 1994	Plätze 1996	Plätze 2002	Plätze 2004
Altenzentrum St. Michael	Caritas-Verband	25	25	25	22	22
Tagespflege Grambke	Sozialwerk der Freien Christengemeinde	12	18	18	18	18
Tagespflege Neustadt.	Sozialwerk der Freien Christengemeinde				12	18
Tagespflege Ohlenhof	Sozialwerk der Freien Christengemeinde				12	18
Tagespflege Arbergen	Arbeiterwohlfahrt	10	10	12	12	12
Stiftungsdorf Blumenkamp	Bremer Heimstiftung		12	12	13	13
Tagespflege Stiftungsweg	Egestorff-Stiftung			15	18	18
Sozialzentrum Vahr	Arbeiterwohlfahrt			15	15	15
Ella-Ehlers-Haus	Arbeiterwohlfahrt			13	13	13
Frau Steinfatt	Privater Träger					16
Tagespflege Vegesack	Sozialwerk der Freien Christengemeinde					18
	gesamt	47	65	110	135	181

Bei der organisatorischen Anbindung der Tagespflege lassen sich zwei Formen unterscheiden: die Anbindung an eine stationäre Einrichtung und die Kombination der Tagespflege mit ambulanten sowie stationären Einrichtung.

Die meisten Tagespflegen sind an ein Pflegezentrum des Trägers - oftmals in Verbindung mit dem Betreuten Wohnen - angebunden. Vorteile bestehen durch gemeinsame Nutzungsmöglichkeiten der Infrastruktur einschließlich der therapeutischen Angebote.

Die Kombination der Tagespflege mit einer stationären Einrichtung und einem Dienstleistungszentrum (St. Michael) sowie einem DLZ und einer Begegnungsstätte (Arbergen) bietet weitere Vorteile. So können über den ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst potentielle Besucher der Tagespflege angesprochen werden, wenn ihre Problemlage dies erforderlich macht. Ängste und Hemmschwellen vor einer neuen Einrichtung entfallen weitgehend durch die Vertrautheit mit den Mitarbeitern des Hauses.

Tagespflege und Heimgesetz

Seit Januar 2002 unterliegt auch die Tagespflege den Bestimmungen des Heimgesetzes.

Die Heimaufsicht prüft eine ausreichende personelle Ausstattung nach § 11 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 Nr. 2 HeimG. Bezüglich der Qualifikation des Leitungspersonals orientiert sie sich u.a. an den Bestimmungen der Heimpersonalverordnung für vollstationäre Heime.

Die personellen Anforderungen im pflegerischen Bereich ergeben sich darüber hinaus aus folgendem mit den Kostenträgern vereinbarten Personalschlüssel:

Pflegestufe 0 -	1:7,15
Pflegestufe 1 -	1:6,34
Pflegestufe 2 -	1:5,63
Pflegestufe 3 -	1:4,56

Für die Leitung von Tagespflegeeinrichtungen steht im Durchschnitt bei einer Platzzahl von 18 Plätzen 0,25 Stellenanteil zur Verfügung.

Grundlage für die räumlichen Anforderungen an Tagespflege sind die Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe vom Oktober 2000 und die Heimmindestbauverordnung. Entsprechend der Konzeption einer Tagespflegeeinrichtung sind dann individuelle Ausstattungsmerkmale zu berücksichtigen.

Anforderungen an die Träger von Tagespflegeeinrichtungen:

Flure, Treppen und Zugänge sollten barrierefrei sein. Sind Flure und Treppen an beiden Seiten mit festen Handläufen versehen?

Aufzüge: Ist mehr als eine Geschosshöhe zu überwinden, um die Räumlichkeiten zu erreichen? Liegen die Räumlichkeiten der Tagespflege im Obergeschoss, erfordert dies eine behindertengerechte Erschließung (DIN 18025 Teil 1).

Rufanlage: Falls pflegebedürftige Gäste betreut werden: Sind die Ruheräume und Sanitärräume mit einer Rufanlage ausgestattet?

Zugänge: Sind die Sanitärräume im Notfall von außen zugänglich?

Sanitäre Anlagen: Ist bei der Badewanne ein sicheres Ein- und Aussteigen möglich und sind Badewannen, Duschen und WCs mit Haltegriffen versehen? Falls Rollstuhlbenutzer betreut werden: Sind für diese Gäste geeignete sanitäre Anlagen vorhanden? Die Ausstattung der Sanitärräume hängt davon ab, ob auch schwerpflegebedürftige, zeitweise bettlägerige Gäste betreut werden. Bei einer Einrichtung, die nur körperlich gering beeinträchtigte ältere Menschen betreut, die sich mittags in Ruhe-

sesseln ausruhen, ist es ausreichend, wenn das Bad mit bodengleicher Dusche ausgestattet ist.

Heizung: Wird durch eine geeignete Heizungsanlage in allen Räumen, Treppenträumen, Fluren und sanitären Anlagen eine den Bedürfnissen der Heimbewohner angepasste Temperatur sichergestellt?

Gebäudezugänge: Ist das Gebäude von der öffentlichen Verkehrsfläche stufenlos erreichbar? Ist der Eingangsbereich beleuchtet?

Vergleich Versorgungsgrad Tagespflege zu anderen Großstädten

Im Vergleich zu anderen Großstädten ist der Versorgungsgrad mit Tagespflegeplätzen in Bremen relativ hoch.

Stand: Dezember 2004

Tagespflege	Bremen Stadt	Berlin	Frank- furt	Köln	Leipzig	Mün- chen	Stutt- gart	Ham- burg
Anzahl der Einrichtungen	11	52	5	11	14	12	15	16
Anzahl der Plätze	181	874	110	155	189	180	180	289
Ausbau der Plätze geplant?	ja	ja	nein	nein	nein	ja	nein	ja
Planungsziel	entfällt	2005: 58 Einr.= 999 Plätze	entfällt	entfällt	entfällt	keine Angabe	entfällt	2004: 321 Plätze
Förderung	ja	ja	nein	ja	ja (11 Einr. mit 150 Plätzen)	ja	nein	ja
Versorgungs- grad	0,66%	0,66%	0,40%	0,41%	0,80%	0,30%	0,66%	0,36%

(Der Versorgungsgrad gibt die Anzahl der Plätze je 100 80jährige und ältere Einwohner/innen an.)

Die Ausweitung des Angebots ist durch den zunehmend deutlicher artikulierten Wunsch zu erklären, auch bei regelmäßiger Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich Zuhause zu wohnen. Zudem hat sicherlich die Kostenbeteiligung durch die Pflegeversicherung diese Entwicklung bekräftigt.

Durch die Erweiterung des Platzangebotes konnte eine regionale Zuordnung – auch unter dem Aspekt der Reduzierung von Fahrzeiten für den Hol- und Bringedienst – erreicht werden. Jede Einrichtung versorgt Klienten aus dem näheren Einzugsbereich, so dass die Fahrtzeiten nicht mehr als 30 Minuten in Anspruch nehmen.

Das Haus Blumenkamp und die Tagespflege Vegesack nehmen schwerpunktmäßig Klienten aus Bremen-Nord auf. Die Heimstätte am Grambker See und die Tagespflege in der Dockstraße sind überwiegend für die Region Bremer Westen zuständig, das Altenzentrum St. Michael und die Tagespflege Neustadt übernehmen Klienten aus dem Süden. Der Bremer Osten wird durch das Sozialzentrum Arbergen, der Tagespflege Vahr und die Egestorff-Stiftung versorgt. Eine Sonderstellung nimmt die Tagespflege Ohlenhof ein. Sie nimmt ausschließlich dementiell erkrankte Menschen aus anderen Tagespflegen und dem gesamten Stadtgebiet auf, die einen besonderen Betreuungsbedarf haben. Die Tagespflege Ohlenhof wird als Projekt gefördert. Als eine weitere Besonderheit unter den Tagespflegeeinrichtungen

gilt die Tagespflege Oberneuland. Hier ist erstmals in der Stadtgemeinde eine Privatperson Betreiberin einer Tagespflege.

Um die Inanspruchnahme der Tagespflege differenzierter zu erfassen, hat die Sozialbehörde 2003 eine Bestandserhebung exemplarisch an 4 Tagespflegeeinrichtungen durchgeführt, aus der hier einige Daten zusammengefasst werden:

Altersverteilung, Auslastung, Verweildauer, Gründe für Aufnahmen und Entlassungen in vier Einrichtungen der Tagespflege im Jahr 2003

- **Eigenmotivation bei der Aufnahme in die Tagespflege**
Wichtigste Gründe für die Inanspruchnahme der Einrichtungen waren aus Sicht der Teilnehmer die Entlastung der Angehörigen und der Ersatz/Ergänzung professioneller Hilfe.
- **Kontaktaufnahme**
Am häufigsten stellten Ärzte den ersten Kontakt zur Tagespflegeeinrichtung her. An zweiter Stelle wurden die Dienstleistungszentren genannt.
- **Verteilung der Klienten nach Alter und Geschlecht**
79 % aller Besucher waren Frauen und entsprechend 21% Männer.
67 % der Besucher waren älter als 70 Jahre alt.
- **Wohnverhältnisse und Versorgungsstruktur außerhalb der Tagespflegeeinrichtung**
Über die Hälfte der Nutzer lebte allein in der eigenen Wohnung.
Ca. zwei Drittel der Tagespflegegäste nahmen ambulante Pflege in Anspruch.
- **Nutzungsdauer, Fluktuation, Auslastung**
2003 nahm der überwiegende Teil der Besucher das Angebot an 5 Tagen in der Woche in Anspruch. In den meisten Einrichtungen galt eine Mindestteilnahme von 2 - 3 Tagen in der Woche. Die ganztägige Anwesenheit war in allen Gruppen obligatorisch.
Die Verweildauer betrug bei fast 50% der Besucher 1 - 4 Jahre. Lediglich bei nur 30% der Besucher lag die Verweildauer in der Tagespflege unter einem Jahr.
20% der Besucher besuchen die Tagespflege länger als 5 Jahre.
Die Auslastung aller Einrichtungen lag bei nahezu 100 %.
- **Pflegebedarf und Krankheiten**
Über 90 % aller Besucher sind pflegebedürftig und haben eine Pflegestufe. Viele Besucher leiden unter mehreren Beeinträchtigungen und gelten als multimorbid.
Bei den somatischen Erkrankungen dominierten: Folgen von Schlaganfällen, Herz-/Kreislauferkrankungen, Gefäßerkrankungen, Diabetes und die Parkinsonsche Krankheit.
Die Anteile von psychischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern betrug in den Einrichtungen zwischen 50 bis 90%. Hier handelte es sich um hirnorganische Erkrankungen wie die Alzheimersche Krankheit und die Altersdemenz oder um psychische Störungen.
- **Beendigung des Tagespflegebesuchs**
Der Besuch der Tagespflege wird am häufigsten wegen der Aufnahme in ein Pflegeheim beendet. Die Befragten sahen die Ursache in der erheblichen Verschlechterung des Krankheitsbildes mit der Notwendigkeit einer kontinuierlich intensiven Pflege.
Zweithäufigster Grund für den Abbruch war der Tod des Besuchers.

Finanzierung Tagespflege

Regelmäßig Pflegebedürftige haben nach dem SGB XI Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tagespflege, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang

sichergestellt werden kann. Die Pflegekassen übernehmen die Aufwendungen jeweils nach Zuordnung in die Pflegestufen bis zu den festgelegten Beträgen.

Gegenwärtig beträgt der tägliche Kostensatz in der Pflegestufe 1 ca. 42,-- €, in der Pflegestufe 2 ca. 46,-- € und in der Pflegestufe 3 ca. 52,-- €.

Das Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes im Land Bremen sieht für die Investitionskosten eine Förderung der Tagespflegeeinrichtungen vor.

Besucher von Tagespflegeeinrichtungen, die die Voraussetzungen nach 45a SGB XI erfüllen, können auf Antrag bei der zuständigen Pflegekasse eine Erstattung von 460,- € je Kalenderjahr für zusätzliche Betreuungsleistungen bzw. Aufwendungen, die mit der Inanspruchnahme von Tagespflege entstehen, erhalten.

Vergütungen der Leistungen der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI

Träger	Einrichtung	plätze	Pflegebedingter Aufwand				Un- terk./Verpf.	Förder- betrag
			Klasse 0	Klasse I	Klasse II	Klasse III		
AWO	Tagespflege Arbergen H.-Osterloh-Str. 117	12	27,30	30,33	36,40	42,46	8,29	3,89
AWO	Tagespflege Bremer Westen, Dockstr. 20	13	27,26	30,29	36,35	42,41	8,30	3,74
AWO	Tagespflege Vahr Berliner Freiheit 9c	15	26,47	29,41	35,29	41,17	7,86	6,36
AWO	Lotte-Lemke-Haus	25		32,65	38,09	43,54	7,30	8,90
Bremer Heimpflege	Seniorenresidenz Blumenkamp, Billungstr. 21	13	26,42	29,36	35,23	41,10	7,84	9,64
Caritas	Altenzentr. St Michael	22	24,89	27,65	33,18	38,71	7,82	3,84
Egestorff -St.	Tagespflege	18	24,83	27,58	33,10	38,62	8,61	3,35
Sozialwerk der Freien Christengemeinde	Tagespflege Ellerbuschort 16	18	26,11	29,01	34,81	40,61	8,14	8,28
Sozialwerk der Freien Christengemeinde	Tagespflege Große Johannisstraße	12	27,83	30,92	37,10	43,29	8,20	7,03
Seniorenheime BHV	Hartwigstr.	18	24,49	27,21	32,65	38,09	6,98	9,25
Sozialwerk der Freien Christengemeinde	Tagespflege Ohlenhof Schwarzer Weg 90	12	27,83	30,92	37,10	43,29	8,20	
Frau Steinfatt	Tagespflegehaus	16	23,14	25,71	30,85	35,99	9,58	

Alle Preise in Euro.

Zusätzlich zu den hier angegebenen Preisen werden von den Tagespflegeeinrichtungen zwischen 5 und 8 Euro für den Fahrdienst berechnet.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die altenpolitischen Zielsetzungen "Erhalt der Selbstständigkeit durch Vermeidung dauerhafter Hilfebedürftigkeit" sowie die "Differenzierung der Angebote durch Berücksichtigung der Nutzerinteressen" verlangen ein gestuftes Hilfesystem, das sich den Lebenssituationen unterstützungsbedürftiger Personen anpasst.

Vor dem Hintergrund der hohen Zahl zu Hause versorgter Hilfe- und Pflegebedürftiger, des sich ausweitenden Anteils Alleinstehender sowie der Belastungen und Probleme bei der Absicherung der häuslichen Pflege auch von psychisch veränderten Menschen, gilt es, neue Formen zeitlich begrenzter Unterstützung zu entwickeln.

Neben der Kurzzeitpflege bildet die Tagespflege einen wichtigen Baustein, um die Lücke zwischen den ambulanten Diensten und der vollstationären Versorgung zu schließen. Durch die Tagespflege kann eine angemessene Betreuung / Pflege / Förderung tagsüber sichergestellt und damit der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden. Diese Betreuungsform entlastet die pflegenden Angehörigen und trägt zur Erhaltung ihrer Pflegemotivation und -fähigkeit bei. Die Tagespflegeeinrichtungen sollten perspektivisch Personen mit somatischer, gerontopsychiatrischer oder milieubedingter Indikation aufnehmen. Dabei stellen die dementiell erkrankten Menschen zukünftig eine wichtige Zielgruppe für Tagespflege dar.

Besonders isoliert lebende Pflegebedürftige brauchen für ihr Wohlbefinden eine feste Tagesstruktur, die die häusliche Versorgung um gezielt fördernde, abwechslungsreiche Aktivitäten ergänzt. Während des Tages finden die Gäste eine neue Umgebung, die die Überwindung alters- und krankheitsbedingter Lethargie ermöglicht, zur sozialen Kommunikation anregt und aktivierende und rehabilitative Hilfen gibt.

Die bisherigen Erfahrungen und praktizierten Konzeptionen der Tagespflegeeinrichtungen wurden bisher noch nicht systematisch ausgewertet. Eine Klärung des Anforderungs- und Wirkungsprofils wird die öffentliche Akzeptanz dieser Organisation weiter festigen. Es werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen.

Ausbau von Tagespflegeeinrichtungen für fortgeschritten dementiell Erkrankte

Die Erwartungen an diesen Einrichtungstyp sind noch diffus. Relativ kleine Einheiten nehmen unterschiedliche Funktionen wahr. Es werden Klienten versorgt, bei denen medizinische, pflegerische, therapeutisch rehabilitative oder psychosomatische Indikationen im Vordergrund stehen. Auf die spezialisierte Ausrichtung einzelner Tagespflegen wurde in den vergangenen Jahren zugunsten der heterogenen Zusammensetzung der Benutzer verzichtet. Dieses wird sich zukünftig ändern müssen. Spezialisierte Tagespflegeeinrichtungen, für die besonderen Bedarfe dementiell erkrankter Menschen werden als Ergänzung zur traditionellen Tagespflege hinzukommen.

Seit vielen Jahren besteht zwischen den Trägern von Tagespflegeeinrichtungen und der Heimaufsicht ein Arbeitskreis, der dem gegenseitigen Austausch, der Erörterung fachlicher Fragen und der Regelung gemeinsamer Anliegen dient. Fachliche Positionen entwickelten sich vornehmlich aus eigenen Erfahrungen und orientieren sich an den Empfehlungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe zur Gestaltung der Tagespflege.

Hinzu kommt, dass das neue Heimgesetz auch die Tagespflegeeinrichtungen mit einbezieht. Daran orientiert gilt es nun, Qualitätsstandards zu entwickeln, die sich sowohl auf die konzeptionelle Arbeit der Tagespflege beziehen als auch die personellen und räumlichen Bedingungen festlegt.

Entwicklung eines trägerübergreifenden Konzeptes für die Tagespflege mit der Festlegung qualitativer Standards

Die Tagespflege ist der Bevölkerung noch immer zu wenig vertraut. Diese Einrichtungsform ist wie kaum ein anderes Angebot auf die kontinuierliche und zielgerichtete Informations- und Öffentlichkeitsarbeit angewiesen. In dem Arbeitskreis der Träger ist auf der Grundlage der Konzeption eine Strategie der Öffentlichkeitsarbeit sowohl für Multiplikatoren als auch für ältere Menschen und deren Angehörige abzustimmen.

Bekanntheit des Angebots erhöhen

Die Krankenkassen beteiligten sich bisher nicht oder nur in Ausnahmefällen an der Finanzierung. Dies gilt auch für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation oder Leistungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 2

Überprüfung der Finanzierungsmöglichkeiten

SGB V. Diente die Tagespflege dem Ziel der Vermeidung kostspieliger Krankenhausaufenthalte, konnten bisher auch keine Ansprüche nach § 37,1 SGB V (Ersatzpflege) geltend gemacht werden.

Im Zuge der Diskussion um die Investitionsförderung soll die Tagespflege von Kürzungen ausgenommen werden.
Neue Tagespflegeeinrichtungen sollten in die Förderung aufgenommen werden.

**Investitionsförderung erhalten
bzw. neue Einrichtungen fördern**

Vergütung der Leistungen der teilstationären Pflege nach § 41 SGB XI
Stadtgemeinde Bremen
Stand: 01.09.05

Anlage
((Wird Anfang Nov. ersetzt durch aktuelle Tabelle.))

lfd. Nr.	Träger	Einrichtung	Plätze	Pflegebedingter Aufwand					Unterk.Ve rpf.	Förderbet rag
				Klasse 0	Klasse I	Klasse II	Klasse III			
1	AWO Ambulant gGmbH	Tagespflege Arbergen H.-Osterloh-Str. 117 28307 Bremen	12	Fahrdienst 8,95 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	27,30 € 36,25 €	30,33 € 39,28 €	36,40 € 45,35 €	42,46 € 51,41 €	8,29 €	4,04 €
2	AWO Ambulant gGmbH	Tagespflege Bremer Westen Dockstr. 20 28237 Bremen	13	Fahrdienst 7,53 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	27,26 € 34,79 €	30,29 € 37,82 €	36,35 € 43,88 €	42,41 € 49,94 €	8,30 €	3,77 €
3	AWO Ambulant gGmbH	Tagespflege Vahr Berliner Freiheit 9c 28327 Bremen	15	Fahrdienst 8,95 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	26,47 € 35,42 €	29,41 € 38,36 €	35,29 € 44,24 €	41,17 € 50,12 €	7,86 €	6,97 €
4	Bremer Heimpflege	Stiftungsdorf Blumenkamp Billungstr. 21 28759 Bremen	13	Fahrdienst 7,88 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	26,42 € 34,30 €	29,36 € 37,24 €	35,23 € 43,11 €	41,10 € 48,98 €		7,84 €
5	Caritas	Altenzentr. St Michael Kornstr. 383 28201 Bremen	22	Fahrdienst: 8,03 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	24,89 € 32,92 €	27,65 € 35,68 €	33,18 € 41,21 €	38,71 € 46,74 €	7,82 € 7,82 €	3,70 € 3,70 €
6	Egestorff -St.	Tagespflege Stiftungsweg 2 28325 Bremen	18	Fahrdienst: 6,47 € ohne Fahrdienst mit Fahrdienst	24,83 € 31,30 €	27,58 € 34,05 €	33,10 € 39,57 €	38,62 € 45,09 €	8,61 € 8,61 €	4,00 €
7	Sozialwerk d. Fr. Christengem.	Tagespflege Ellerbuschort 16 28719 Bremen	18	ohne Fahrtkosten	26,11 €	29,01 €	34,81 €	40,61 €	8,14 €	9,42 €
				mit Fahrtkosten	32,63 €	35,53 €	41,33 €	47,13 €	8,14 €	9,42 €
8	Sozialwerk d. Fr. Christengem.	Inv-Fö ab 01.01.05 Tagespflege Große Johannisstr. 28199 Bremen	12	ohne Fahrtkosten	27,83 €	30,92 €	37,10 €	43,29 €	8,20 €	11,84 €
				mit Fahrtkosten	34,11 €	37,20 €	43,38 €	49,57 €	8,20 €	11,84 €
9	Sozialwerk d. Fr. Christengem.	Tagespflege Ohlenhof Schwarzer Weg 90 Haus 1 c 28239 Bremen Investkosten über BSHG: Euro 12,04 ab 01.01.05 gültig v. 01.01. - 31.12.03	18	ohne Fahrtkosten	27,83 €	30,92 €	37,10 €	43,29 €	8,20 €	
				mit Fahrtkosten	32,49 €	35,58 €	41,76 €	47,95 €	8,20 €	
10	Frau Steinfatt	Tagespflegehaus Oberneuland Oberneulander Landstr. 52 28355 Bremen 01.07.03-30.06.04	16	ohne Fahrtkosten	23,14 €	25,71 €	30,85 €	35,99 €	9,58 €	
				mit Fahrtkosten	28,31 €	30,88 €	36,02 €	41,16 €	9,58 €	
11	Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e.V. Az.: 1818	Tagespflege Vege sack An der Vege sacker Fähre 47-51 28757 Bremen	18	ohne Fahrtkosten	26,65 €	29,61 €	35,53 €	41,45 €	10,99 €	
				mit Fahrtkosten	32,65 €	35,61 €	41,53 €	47,45 €	10,99 €	
12	Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e.V.	integrativeTagespflege Oslebshausen Oslebshausen Landstr. 18 28239 Bremen	18	ohne Fahrtkosten	26,20 €	29,11 €	34,93 €	40,75 €	9,70 €	kein
				mit Fahrtkosten	26,20 €	29,11 €	34,93 €	40,75 €		

4.3. Tagesbetreuung

A - IST Beschreibung

Tagesbetreuung ist ein niedrighschwelliges Angebot, das der zeitweiligen, aber regelmäßigen Betreuung von älteren Menschen außerhalb ihrer eigenen Wohnung dient, die von starkem Abbau ihrer geistigen Leistungsfähigkeit und/oder deutlicher psychischer Veränderung geprägt sind. Die Tagesbetreuung hat nicht nur eine versorgende und beaufsichtigende Funktion. Das Angebot stellt eine tages- und wochenstrukturierende Maßnahme dar, die inhaltlich neben Beschäftigung fördernde Aspekte enthält. Es trägt - und damit ist eine weitere wesentliche Aufgabe benannt - zur Entlastung der pflegenden Angehörigen bei.

Will man eine Hierarchie von institutionellen Versorgungsangeboten für hilfs- und pflegebedürftige Menschen nach ihrer Interventionsintensität definieren, dann steht die Tagesbetreuung am unteren Ende der Skala. Eine ambulante Versorgungssituation kann zum Beispiel durch den regelmäßigen, zwei- bis dreimal wöchentlichen Besuch ermöglicht werden und würde damit zur Vermeidung einer eventuell ansonsten erforderlichen stationären Versorgung beitragen.

Zwischen Tagesbetreuung und stationärer Dauerversorgung befindet sich (neben Kurzzeitpflege) ein anderes begleitendes, institutionelles Angebot für eine häusliche Versorgung, die Tagespflege. Die Tagesbetreuung unterschied sich bis zur Einführung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (PflEG) von der Tagespflege im wesentlichen durch den Ausschluss der Leistung von Grundpflege (s.u.). Das Angebot war bislang hauptsächlich von Methoden der psychosozialen Betreuung geprägt. Definierte Tagesbetreuung ist in der Altenhilfe gegenüber der sozialrechtlich definierten Tagespflege (§41 SGB XI) ein deutlich seltener anzutreffendes Angebot. (Ein Test zur Internetpräsenz /Sept. 2004/ ergab das Verhältnis Tagesbetreuung gegenüber Tagespflege von ca. 680 zu ca. 4.800 Auftritten.) Tagesbetreuung und Tagespflege sind auch weiterhin identifizierbar unterschiedliche Versorgungs- und Betreuungsformen für ältere Menschen.

Das Konzept für die Tagesbetreuung entwickelte sich aus Erfahrungen des Caritasverbandes mit Gesprächskreisen für pflegende Angehörige in der Bremer Neustadt. Parallel dazu beobachtete der ambulante Sozialdienst des AfSD einen erheblichen Bedarf an Entlastung für pflegende Angehörige. Das ursprüngliche Versorgungskonzept sah vor, dass an zwei bis drei Tagen in der Woche für die Dauer von jeweils vier Stunden eine Gruppe von etwa acht Teilnehmern/innen zusammengestellt wurde. Ziel der Arbeit war weniger die Rehabilitation oder die Rückgewinnung der Selbständigkeit, sondern die Behütung und Versorgung des Personenkreises als ein Beitrag zur Unterstützung der Familie. Hintergrund für die Einrichtung des Angebotes war die Erfahrung, dass eine Betreuung insbesondere von desorientierten und psychisch veränderten älteren Menschen die Familie ganz erheblich fordert. Häusliche Betreuung wurde eher akzeptiert, wenn die Familien gelegentlich entlastet wurden.

Seit 1988 gibt es in Kattenesch ein Gruppenangebot der Caritas, die die Tagesbetreuung in mit ca. 8 Besuchern erprobte. 1990 wurde vom gleichen Träger eine zweite Gruppe in Schwachhausen eröffnet, die bei später nachlassender Nachfrage zum Jahresende 2000 eingestellt worden ist. (Hier hatte sich das Phänomen eingestellt, dass Besucher mit Demenz in sehr kleinen Gruppen wegen der häufigen Ansprachemöglichkeit deutliche Überforderungstendenzen zeigten.)

Aus einem Erfahrungsbericht ging hervor, dass die Teilnehmer zwischen 75 und 86 Jahre alt waren. Im Durchschnitt betrug das Alter 80 Jahre. Die zu betreuenden Personen kamen überwiegend aus dem umgebenden Stadtteil.

Aufgrund der demografischen Entwicklung mit resultierenden Versorgungsbedarfen, die auch zu leistungsrechtlichen Erweiterungen (PflEG) geführt haben, hat sich der Charakter

der Tagesbetreuung geändert. Ein in Einzelfällen genutztes Angebot für ältere Menschen, deren häusliche Versorgung durch außerhäusliche Betreuung ergänzt und stabilisiert wurde, erfuhr eine qualitative Erweiterung in Form methodischer Angebote für einen genauer definierten Problemkreis. Auch in den ersten Einrichtungen wurden Menschen mit Demenz versorgt. Wichtiger erschien bisher offensichtlich - und betreuungsmethodisch war es kein Widerspruch, dass Vereinsamungstendenzen, die zu Depressionen mit daraus sich ergebenden Konsequenzen führen können, aufgefangen werden sollten.

Dem vermehrt festzustellenden Bedarf an Betreuung von Menschen mit Demenz führte zu spezifischer ausgerichteten Angeboten der Tagesbetreuung. Das Betreuungspersonal wurde systematisch für die Anforderungen der Arbeit mit Menschen mit Demenz fortgebildet.

In 2001 richtete die Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste ein Tagesbetreuungsangebot mit bis zu 8 Plätzen in Vegesack ein. Das Konzept berücksichtigte stärker als andere, bisher praktizierte Tagesbetreuungen die besonderen Probleme und Bedarfe von Menschen mit Demenz. Der methodische Ansatz zielt auf Aktivierung, Erhaltung der verbliebenen Fähigkeiten und Prophylaxe (gegen Depressionen und Suizidgefährdung). Aus der Erkenntnis, dass Altersdepressionen dem Krankheitsbild Demenz Vorschub leisten können, war das ursprüngliche Konzept in dieser Hinsicht ausdrücklich prophylaktisch orientiert. Neben den kommunikativen (und anderen) sind entsprechende Übungen zur Erhaltung der Gedächtniskraft vorgesehen. Das Alter der Besucher liegt im Bereich von Anfang 70 bis Anfang 90 Jahren.

Ein weiteres, vergleichbares Angebot hat die Paritätischen Gesellschaft für Soziale Dienste 2004 in Arsten eingerichtet, wobei eine organisatorische Absprache mit der benachbarten Einrichtung der Caritas in Kattenturm erfolgt ist. Die Planungen des gleichen Trägers sehen eine Tagesbetreuung für Blumenthal vor.

Auch das Angebot des Caritas-Verbandes hat sich mit seinem Konzept von 2001 methodisch stärker auf die Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet.

Bei der bisher beschriebenen Form der Tagesbetreuung besucht der einzelne Teilnehmer zwei mal wöchentlich die Einrichtung; es handelt sich um ein Halbtagsangebot mit mindestens einer Hauptmahlzeit. Für den Besucher besteht eine klare zeitliche Orientierung auf festgelegte Tage; die Gruppengröße ist auf 8 Mitglieder begrenzt, um für den einzelnen überschaubar bleiben zu können. Die Betreuung erfolgt durch Fachkräfte mit Fortbildungen zur Betreuung von Menschen mit Demenz.

Innerhalb des Versorgungsangebotes Tagesbetreuung ergibt sich mit dem Modell der Bremer Heimstiftung in Gröpelingen eine Konzeptvariante. Es sieht die Ansiedlung eines Tagesbetreuungsangebotes in einer Wohnanlage vor, in der auch Menschen mit Demenz wohnen. Diese - bei Nachfrage und Kapazität können auch Besucher von außerhalb der Wohnanlage teilnehmen - nutzen bis zu 5 mal wöchentlich das Angebot. Der Ablauf konzentriert sich um einen Gemeinschaftsbereich mit Küche. Die Teilnehmer haben die Gelegenheit, an der Speisenzubereitung mitzuwirken.

Der Träger hat eine zweijährige Projektförderung nach dem BremAGPflegeVG eingeworben. Die für die Projektphase (Beginn Nov. 2004) zu erwartenden Erfahrungen sollen Hinweise geben zur Einbettung dieser Angebotsform in das Regelverfahren. Das Modell unterscheidet sich von bisherigen Formen der Tagesbetreuung durch die Gruppengröße, durch die Besuchsfrequenz, die durch das angegliederte Wohnangebot befördert wird, und bei den methodischen Ansätzen. Hier steht der hauswirtschaftliche Bereich im Vordergrund. Die Fähigkeiten fördernden Angebote sind hier auch enthalten, werden aber in den anderen, zu zwei festgelegten Tagen zu besuchenden Einrichtungen systematischer und konzentrierter vermittelt. Die Erkenntnisse aus dem Modell der Bremer Heimstiftung werden im Kontext ambulan-

ter Versorgung zu erörtern sein. Es besteht offensichtlich keine Konzeptkonkurrenz; vielmehr besteht die Möglichkeit, das Spektrum der Tagesbetreuung zu erweitern.

Die methodischen Anforderungen sind in der unten angeführten Leistungstypbeschreibung enthalten.

Das **Pflegeleistungsergänzungsgesetz** (PflEG) soll die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz verbessern, die Anleitung und Beaufsichtigung benötigen. Die Besucher der Tagesbetreuungseinrichtungen weisen während des Besuches keinen Grundpflegebedarf auf, benötigen allerdings in einigen Lebensbereichen Anleitung und Beaufsichtigung. Dieser Bedarf kann durchaus zur Einstufung (Pflegestufe I) führen. Damit tritt eine Veränderung der bisherigen Nutzungsbedingungen für die Tagesbetreuung ein. Pflegebedarf nach dem SGB XI schließt, sofern nur Aufsicht und Anleitung erforderlich ist, nicht mehr vom Besuch einer Tagesbetreuungseinrichtung aus. Die Tagesbetreuung wird aufgrund des PflEG im § 45c SGB XI als ergänzendes und begleitendes Angebot für die häusliche Versorgung benannt. Auch weiterhin besteht keine methodische Konkurrenz zur Tagespflege, da diese einen Personenkreis einbezieht, der einen deutlich höheren Pflege- und Betreuungsaufwand aufweist.

Die Leistungen nach dem PflEG betragen zusätzlich zu anderen Leistungen nach dem SGB XI aufgrund einer Einstufung jährlich € 460,--, die zur Entlastung der pflegenden Angehörigen eingesetzt werden können, z.B. durch Nutzung von nach diesem Gesetz anerkannten niedrigschwelligen Einrichtungen. Tagesbetreuungseinrichtungen in Bremen, die nach dem PflEG anerkannt werden sollen, müssen die Bedingungen der Bremer Verordnung zur Umsetzung des PflEG erfüllen. Dort werden Qualitätsstandards formuliert (siehe Anlage zu 6.3.).

Mit der Einführung des SGB XII, das das BSHG ersetzt, wird der Zugang für Menschen mit schweren Altersdepressionen – nicht selten eine Vorlaufserkrankung für Demenz – sozialhilferechtlich sehr erschwert. Die Leistungsmerkmale erfassen diesen Krankheitsverlauf nicht mehr, so dass Betreuung mit prophylaktischer Wirkung nur noch für Selbstzahler möglich ist.

Die aktuellen Anforderungen (2005) an das Versorgungsmodell Tagesbetreuung werden in der folgenden Fassung des Leistungsangebotstypus definiert:

Leistungsangebotstyp (Auszug)	Tagesbetreuung für Menschen ab 60 Jahre
1. Kurzbeschreibung des Leistungstyp	<p>Ambulantes Angebot für ältere Menschen mit demenziellen Krankheiten und Bedarf an methodisch ausgerichteter tages- und wochenstrukturierender Betreuung.</p> <p>Das Angebot Tagesbetreuung als Ergänzung der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger ist geeignet, kostenaufwendigere Versorgungsformen (Tagespflege; vollstationäre Dauerpflege) zu vermeiden, bzw.</p>

Tagesbetreuungseinrichtungen Stadtgemeinde Bremen (2004)				
Einrichtung	Träger	Zielgruppe	Gruppen- größe	Entgelt pro Tag (in €)
Tagesbetreuung in der Kirchengemeinde St. Hildegard Alfred-Faust-Str. 45 (Bremen-Süd)	Caritas-Verband Bremen e. V.	Pflegebedürftige ältere Menschen mit demenziellen Krankheiten und Bedarf an methodisch ausgerichteter tages- und wochenstrukturierender Betreuung, ohne Grundpflegebedarf während des Einrichtungsbesuches	8	23,06 (inkl. Mittagessen und Fahrdienst)
Tagesbetreuung im Fährquartier (in der ehem. Begegnungsstätte) Zur Vegesacker Fähr 49 (Bremen-Nord)	Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste mbH, Bremen	Pflegebedürftige ältere Menschen mit demenziellen Krankheiten und Bedarf an methodisch ausgerichteter tages- und wochenstrukturierender Betreuung, ohne Grundpflegebedarf während des Einrichtungsbesuches	8	25,30 (inkl. Mittagessen und Fahrdienst)
Tagesbetreuung Arsten August-Hagedorn-Allee 1 (Bremen-Süd)	Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste mbH, Bremen	Pflegebedürftige ältere Menschen mit demenziellen Krankheiten und Bedarf an methodisch ausgerichteter tages- und wochenstrukturierender Betreuung, ohne Grundpflegebedarf während des Einrichtungsbesuches	8	29,85 (inkl. Mittagessen und Fahrdienst)
Tagesbetreuung Blumenthal (Bremen-Nord) - in Planung -	Paritätische Gesellschaft für Soziale Dienste mbH, Bremen	Pflegebedürftige ältere Menschen mit demenziellen Krankheiten und Bedarf an methodisch ausgerichteter tages- und wochenstrukturierender Betreuung, ohne Grundpflegebedarf während des Einrichtungsbesuches	8	(vorauss. wie Tagesbetreuung Arsten)
Tagesbetreuung im Stiftungsdorf Gröpelingen Alte Feuerwache Elbinger Str. 6 (Bremen-West)	Bremer Heimstiftung	Leicht demenziell veränderte Menschen ab 60 Jahre, ohne Grundpflegebedarf während des Einrichtungsbesuches (vorläufig keine Leistungsvereinbarungen nach SGB XII; Förderung nach BremAGPflegeVG)	12	18,99 (inkl. Mahlzeiten)

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Die zeitlich begrenzte, niedrighschwellige Tagesbetreuung - insbesondere für die Zielgruppe desorientierter und psychisch veränderter älterer Menschen - hat sich in der Vergangenheit bewährt. Die stadtteilbezogene, wohnortnahe Zusammensetzung der Gruppen im vertrauten Milieu trägt zur Vermeidung von Versorgungskrisen bei.

Die verstärkte Ausrichtung des Angebotstypus' auf die Bedarfe von Menschen mit Demenz stellt eine fachliche Reaktion der Altenhilfe auf die demografische Entwicklung dar. Die zu beobachtende Bereitschaft der Träger und des Fachpersonals zur Weiterbildung zum Thema Demenz wird ausdrücklich begrüßt und gefördert.

Die Leistungen nach dem PflEG unterstützen die Motivation, externe Angebote in Anspruch zu nehmen, die geeignet sind, das bestehende häusliche Versorgungskonzept aufrecht zu erhalten.

Neue Varianten des Tagesbetreuungskonzeptes sind geeignet, unterschiedlichen Bedarfen entsprechen zu können.

Vorgeschlagen wird, in jeder Region mindestens zwei Gruppen einzurichten. Der Bedarf dafür wird gesehen, die Zielgruppe vergrößert sich allein aufgrund der demografischen Entwicklung.

Das Referat Ältere Menschen verfolgt das fachliche Ziel, das Angebot der Tagesbetreuung zu differenzieren, um den verschiedenen Nachfragearten entsprechen zu können.

Neue Varianten der Tagesbetreuung sollen nach angemessener Laufzeit auf ihre Wirkung und Bedeutung im Angebotssektor überprüft werden (Kombination mit Wohnungsangebot; zeitlich flexible Angebote)

Die Zunahme der Anzahl aktiver Träger lässt es als sinnvoll erscheinen, einen Arbeitskreis Tagesbetreuung einzurichten, der sich mit den verschiedenen Konzepten befasst und Erfahrungen vergleicht, die in weitergehende Planungen einfließen können.

Die Tagesbetreuung hat sich als ergänzendes und stabilisierendes Begleitangebot zur ambulanten Versorgung bewährt und erfährt eine verstärkte Ausrichtung auf Menschen mit Demenz.

Das Angebot auf zwei Gruppen pro Region erweitern

Ausdifferenzierung der Angebotsformen

Arbeitsgemeinschaft der beteiligten Träger empfehlen und unterstützen

5. Stationäre Einrichtungen

5.1. Stationäre Altenhilfe - Heime für Ältere Menschen

5.1.1. Allgemeines

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe übernehmen die dauerhafte Versorgung älterer Menschen im Falle einer hohen Pflege- bzw. Hilfebedürftigkeit. Der Anlass ist in der Regel, dass eine ausreichende Pflege und Betreuung innerhalb des selbstständigen Wohnens nicht mehr gewährleistet werden kann.

Die stationäre Versorgung bedeutet eine Vollversorgung in dem Sinne, dass alle notwendigen Dienste und Hilfen von einer Einrichtung vorgehalten und ggf. eingesetzt werden können.

Rechtlich unterliegt der Bereich der stationären Versorgung dem seit 1976 bestehenden Heimgesetz. Im Heimgesetz sind wesentliche Belange, die die Heime betreffen, wie z.B. Mindestanforderungen an die bauliche Ausstattung und an die Qualifikation des Personals, aber auch der Inhalt von Heimverträgen und die Mitwirkungsrechte der Bewohnerinnen und Bewohnern geregelt. Es dient dem Schutz der Bewohner, deren Selbstbestimmungspotentiale teilweise aufgrund eingeschränkter körperlicher oder geistiger Kräfte verringert sind.

Folgende Einrichtungstypen werden in der stationären Altenhilfe unterschieden:

Altenwohnheim:

Zusammenfassung in sich abgeschlossener altengerechter Wohnungen mit grundsätzlich selbständiger Versorgung und Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohnern, aber Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen.

Altenwohnheime haben keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

Altenheim:

Zimmer mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung und geringfügigen Betreuungsleistungen. Auch für Altenheime gibt es keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

Altenpflegeheim:

Zimmer mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung sowie umfassende Pflege und Betreuung und Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

In Bremen waren bis zur Einführung der Pflegeversicherung mit Ausnahme einiger kleinerer Altenheime Mischformen wie z.B. Altenwohnheim / Altenpflegeheim oder Altenheim / Altenpflegeheim üblich.

Der Typ des Altenheims ist seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung stark rückläufig, sowohl in der Form der Solitäreinrichtung, als auch in der Mischform Altenheim / Altenpflegeheim.

Das reine Altenheim stellt inzwischen die Ausnahme dar; in Bremen existiert nur noch eine Einrichtung dieses Typs. Zwei weitere Heime bieten mit einem kleinen Teil ihrer Kapazitäten Altenheimplätze an.

Gleichzeitig ist eine starke Zunahme an Altenwohnheimplätzen zu verzeichnen, die fast ausschließlich im Zusammenhang mit Pflegeheimplätzen angeboten werden. Dies entspricht dem immer stärker werdenden Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich ein selbstständiges Leben zu führen, dabei aber je nach individuellem Bedarf aus einem differenzierten Hilfsangebot die jeweils notwendigen Bausteine freiwillig abrufen zu können – also größtmögliche Selbständigkeit und Sicherheit ohne die Gefahr der Überversorgung. Gefragt ist dabei auch durchaus die Verbindung mit einem Pflegeheim, die allerdings, solange nicht notwendig, möglichst wenig sichtbar und im Alltag erfahrbar sein soll.

In diese Richtung hat sich auch die Mitte der 80er Jahre begonnene Leitbilddiskussion in der stationären Altenhilfe weiterentwickelt, die die Wohnfunktion der Einrichtungen mehr betont.

Vorrangig ist es dabei, die negativen institutionellen Effekte abzumildern, zu denen Einrichtungen dieser Art tendieren, indem sie sowohl räumlich als auch organisatorisch zu einem geschlossenen System neigen, das der Selbstbestimmung und freien Entfaltung der Bewohner entgegensteht. Entgegen früherer Unterbringungsformen, in denen die Bewohner lediglich ein Bett zur Nutzung (Mehrbettzimmer) hatten und alle organisatorischen Abläufe nicht beeinflusst werden konnten, hat sich dies mit dem Leitbild „Wohnen“ erheblich geändert.

Räumlich zeigt sich das neue Leitbild in dem Angebot kleiner Appartements mit eigenen Sanitärbereichen und kleinen Küchenzeilen. Diese Appartements sollen weitgehend selbst möbliert werden, damit die eigenen Gegenstände und das Mobiliar den Bewohnern häusliche Geborgenheit und Erinnerungen vermitteln. Viele Einrichtungen sind dazu übergegangen, den Angehörigen Besucherzimmer anzubieten, damit diese auch in dem Heim übernachten können.

In der Weiterentwicklung ihrer Angebote haben sich die Bremer Träger schon weitgehend an diesem Leitbild orientiert. Damit ist eine große Zahl von Altenwohnheimangeboten geschaffen worden, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner auch mit einem mittelschweren Pflegebedarf bleiben und versorgt werden können. Der Umzug von dieser relativ selbstständigen Wohnform des Altenwohnheims in das Pflegeheim wird erst bei sehr intensiver Pflegebedürftigkeit notwendig. So hat sich der, unter dem Aspekt des Grades der Selbstständigkeit und der Versorgung als „Zwischenform“ einzustufende, Typ des Altenheims weitgehend erübrigt.

Die hier aufgezeigten strukturellen Änderungen im Bereich der stationären Altenhilfe haben sich im wesentlichen nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 vollzogen, wie die Zahlen zeigen.

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) 1996 haben sich die Finanzierungsbedingungen im gesamten Altenpflegebereich grundlegend geändert. Die Leistungen des PflegeVG versetzen weit mehr Pflegebedürftige in die Lage, aus eigenen Mitteln einen Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen zu finanzieren, als dies vorher der Fall war (hohe Sozialhilfeabhängigkeit).

Verändert hat sich auch der Prozess der Steuerung in das ambulante bzw. das stationäre Versorgungssystem. War vor der Pflegeversicherung die Gesamtschau der gesundheitlichen, persönlichen und sozialen Situation Grundlage der Befürwortung eines stationären Aufenthaltes seitens des Sozialhilfeträgers als Kostenträger, so ist nunmehr überwiegend die medizinische Bewertung der Einschränkung von Körperfunktionen für die tägliche Grundversorgung Begutachtungsgrundlage, aber auch das Fehlen einer Pflegeperson bzw. der Umfang des pflegerischen Hilfebedarfs.

Auch für die Einrichtungsträger hat das PflegeVG grundlegende Änderungen mit sich gebracht. Wurden vordem die Kosten der Unterbringung nur mit dem Sozialhilfeträger als sog. Pflegesätze vereinbart, so werden diese Vereinbarungen heute gemeinsam mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern getroffen.

Die Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen wurden seit Einführung des PflegeVG durch Landesmittel, die durch das Gesetz zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Land Bremen (BremAGPflegeVG) näher bestimmt werden, bezuschusst. Aktuell steht die Aufgabe der Investitionsförderung von stationären Pflegeeinrichtungen und die Konzentration der Mittel auf Kurzzeit- und Tagespflege bevor.

Nachfolgend wird eine vergleichende Bestandsaufnahme zur Situation stationärer Einrichtungen abgebildet, um den Umbruch der Versorgungsstruktur in den letzten zwölf Jahren darzustellen. Die Bestandsaufnahme zeigt eine Entwicklung, die vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung anders eingeschätzt wurde. Vielfach wurde angenommen, dass die oben beschriebenen Veränderungen in Folge des Pflegeversicherungsgesetzes wenn nicht zu einer rückläufigen, dann doch zu einer eher stagnierenden Inanspruchnahme stationärer

Pflege führen würden. In der Tat gehen jedoch weit mehr ältere Menschen zur Betreuung in ein Heim, als dies vor der Pflegeversicherung der Fall war.

5.1.2. Stationäre Einrichtungen

Platzkapazitäten

Eine stadtteilbezogene Übersicht zu Platzkapazitäten in stationären *Pflegeeinrichtungen* ist der Anlage "Versorgungsgrad in Bremen in der stationären Altenpflege" zu entnehmen.

Die Zahl aller Einrichtungen der stationären Altenhilfe in der Stadtgemeinde Bremen in den Jahren 1992, 1996 und 2004 zeigt folgende Übersicht:

Heime in Bremen 1992 – 2004

Einrichtungen	1992 Stadt HB	1996 Stadt HB	2004 Stadt HB	2004 Land
Altenwohnheime	1	1	2	2
Altenheime	8	6	1	1
Altenpflegeheime	21	21	48	56
Alten- und Pflegeheime	26	28	2	3
Altenwohn- und Pflegeheim			14	14
Gesamt	56	56	67	76

Blieb die Gesamtzahl der Einrichtungen mit 56 von 1992 bis 1996 noch konstant, so ist von 1996 bis 2004 eine Zunahme der Heime von ca. 16 % zu verzeichnen. Die 1996 sich abzeichnende Zunahme der Alten- und Pflegeheime hat sich verändert in Richtung der schon erwähnten Zunahme der *Altenwohn-* und Pflegeheime.

Hintergrund der zahlenmäßig starken Zunahme der reinen Altenpflegeheime ist die Umwandlung vieler früherer Altenheimplätze in den Alten- und Pflegeheimen zu Pflegeheimplätzen.

Die beschriebene Zunahme der Altenwohn- und Pflegeheime wird auch unter fachlichen Aspekten begrüßt, da hier auch mit zunehmender Hilfebedürftigkeit/Pflegebedürftigkeit kein Wechsel der Einrichtung erforderlich ist, sondern lediglich ein Übergang vom Wohnheim zum Pflegebereich stattfindet.

Die Einrichtungen verteilen sich wie folgt auf gewerbliche und freigemeinnützige Träger:

Heime in Bremen nach Trägerart

	1992	1996	2004
Gemeinnützige	32	34	43
Gewerbliche	24	22	24

Kommunale Einrichtungen sind in Bremen nicht vorhanden.

Neu entstanden sind in den Jahren 1996 bis 2004 15 Heime; im selben Zeitraum haben 7 Heime den Betreib eingestellt.

Bei den Einrichtungsgrößen ist die deutlichste Entwicklung bzgl. der Einrichtungen mit weniger als 25 Plätzen festzustellen, ihr Anteil ist von 20 % in 1992 auf 10 % in 2004 gesunken.

Es hat sich gezeigt, dass Einrichtungen mit derart geringen Platzzahlen nicht wirtschaftlich zu führen sind.

Die größte Zunahme ist zu verzeichnen bei den Einrichtungen mit 51 bis 100 Plätzen. Diese Einrichtungsgröße liegt oberhalb der unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten von den Betreibern oft als Minimalgröße bezeichneten und unterhalb der vom Fachreferat unter fachlichen Gesichtspunkten als Obergrenze betrachteten Größe von 100 Plätzen.

Heime nach Platzzahl, 1992 – 2004

Einrichtungsgröße	1992		1996		2004	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Plätze						
bis 25	11	20%	8	14%	7	11%
26 - 50	14	25%	13	23%	13	19%
51 -100	12	21%	15	27%	27	40%
101 -200	16	29%	17	30%	17	25%
201 u.m.	3	5%	3	5%	3	5%
Gesamt	56	100%	56	100%	67	100%

Neben der Zahl und Größe der Einrichtungen ist entscheidend, wie viele Plätze der verschiedenen Einrichtungstypen in Bremen angeboten werden. Dabei fällt wieder der starke Anstieg bei den Altenwohnheimplätzen und den Altenpflegeheimplätzen auf, während die Zahl der Altenheimplätze auf ein bald vernachlässigbares Niveau sinkt.

Diese Entwicklung ist u.a. auch durch die Einführung des PflegeVG im Jahre 1995 hervorgerufen worden. Träger, deren Einrichtungen die baulichen Voraussetzungen für eine Zuordnung zum Altenwohnheim hatten (abgeschlossene Wohneinheit), haben ihre Kapazitäten umgewidmet, um auch ambulante Pflegeleistungen anbieten zu können.

Die Zahl der Plätze ist in den letzten zehn Jahren etwa im gleichen Maße wie die Zahl der Heime gestiegen.

Plätze in den verschiedenen Heimtypen, 1992 – 2004

Plätze im	1992	1996	2004	Zuwachs 1992 > 2004
Altenwohnheim	40	476	1.055	2.538%
Altenheim	1.717	1.145	74	-96%
Altenpflegeheim	3.077	3.318	4.584	49%
Gesamt	4.834	4.939	5.713	18%

Der Blick auf die Verteilung dieser „Platztypen“ auf die „Einrichtungstypen“ macht wieder deutlich, dass die weit überwiegende Zahl der Altenwohnheimplätze im Rahmen von Altenwohn- und Pflegeheimen angeboten werden, während ca. 75 % der Pflegeheimplätze in reinen Pflegeheimen angeboten werden und die übrigen 25 % ebenfalls in Altenwohn- und Pflegeheimen.

Platztypen verteilt auf Heimtypen

	Altenwohnheimplätze	Altenheimplätze	Pflegeheimplätze
Altenwohnheime	133		
Altenheime		16	
Altenpflegeheime			3502
Alten- und Pflegeheime		58	138
Altenwohn- und Pflegeheim	922		944
	1055	74	4584

Ein weiterer Teil der Altenheimplätze wurde zu Pflegeplätzen umgewandelt, da bereits im Vorfeld der Umsetzung der 2. Stufe des PflegeVG (07/96) erkennbar war, dass Altenheimplätze künftig keine finanzielle Investitionsabsicherung haben werden.

Als weitere Alternative für eine Altenheimunterbringung, die tendenziell eine institutionelle Überversorgung darstellt, hat sich neben dem Altenwohnheim das Service-Wohnen (auch bekannt unter dem missverständlichen Begriff „Betreutes Wohnen“), in dem der eigenständige Haushalt beibehalten wird, herausgebildet. Im Service-Wohnen ist obligatorisch ein Notruf vorhanden (Grundservice), darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich hauswirtschaftliche Hilfen und Pflegedienste nach Bedarf (Wahlservice) vermitteln zu lassen.

Im Unterschied zum Altenwohnheim haben die NutzerInnen des Service-Wohnens hinsichtlich der Auswahl von Leistungsanbietern für die Bereiche Reinigung, Pflege, und Mahlzeitenversorgung eine größere Wahlfreiheit. U.a. aus diesem Grunde unterliegt das Service-Wohnen auch nicht den Vorgaben des Heimgesetzes.

5.1.3. Versorgungssituation mit stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Bremen

Um ein Bild der realen Versorgungssituation für ältere Menschen zu erhalten, wird die Anzahl der stationären Plätze in Bezug zur Altenbevölkerung (Anteil der 75jährigen u. m.) gesetzt. Betrug der städtische Versorgungsgrad im Jahr 1992 für 1.000 Personen im Alter von 75 Jahren u.m. 107 Plätze, so hat sich diese Relation im Jahr 2004 auf 121 Plätze (bzw. um 14 %) erhöht.

Betrachtet man den Teilbereich der *Pflegeheimplätze* gesondert, ergibt sich ein wesentlich stärkerer Zuwachs. Hier hat sich der Versorgungsgrad von 68 im Jahr 1992 auf 97 im Jahr 2004 (bzw. um 41 %) erhöht.

Diese Steigerungen sind vor dem Hintergrund eines im Vergleich geringen Zuwachses der Altenbevölkerung (5 %) zu sehen.

Versorgungsgrad mit Heimplätzen 1992 – 2004

Versorgungsgrad Heime	1992	1996	2004	Steigerung 1992 > 2004
Bev. + 75	44.948	44.751	47.348	5%
Versorgungsgrad Heime für Ältere Menschen	108	110	121	12%
Versorgungsgrad Pflegeheime	68	74	97	41%

Der erhebliche Unterschied zwischen der Bevölkerungsentwicklung (+ 5%) und der Angebotsentwicklung (+12%; bzw. + 41%) gibt Anlass, diese Entwicklung kritisch zu hinterfragen.

Auffallend ist, dass bei dieser wesentlichen Steigerung des Versorgungsgrades die Auslastung der Heime nach zwischenzeitlich kurzem Rückgang sehr hoch ist (ca. 98 %). Dies zeigt, dass ein ständig wachsender Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen stationäre Pflege in Anspruch nimmt. Das ist um so überraschender, als sich im gleichen Zeitraum durch die Einführung der Pflegeversicherung die Möglichkeiten der ambulanten Pflege ebenfalls qualitativ und quantitativ weiterentwickelt haben.

Für die stark ansteigende Inanspruchnahme stationärer Pflege werden folgende Gründe vermutet:

- Geringere finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und/oder ihrer Familien (die Leistungen der Pflegeversicherung haben dazu geführt, dass sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegeheimbewohnern etwa halbiert hat; zur Zeit beziehen in Bremen ca. 40 % der Pflegeheimbewohner Leistungen nach dem SGB XII.)
- Bei ambulanter Pflege und Inanspruchnahme der Geldleistungen werden nach dem SGB XI verhältnismäßig geringere Leistungen erbracht, was die Entscheidung für viele Betroffene und Angehörige für die stationäre Pflege erleichtert.
- Die familiäre Versorgung in der ambulanten Pflege wird zu einem großen Teil von Frauen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren geleistet. Die Erwerbstätigkeit dieser Frauen hat zugenommen, was die familiären Bedingungen für die ambulante Pflege entsprechend verschlechtert hat.
- Die Qualität der Pflegeheime und ihr Ruf in der Bevölkerung haben sich verbessert, was die Schwelle zu einer Heimunterbringung gesenkt hat.
- Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte ohne einfach zu organisierende Unterstützungsmöglichkeit nimmt weiter zu.
- Der hohe Druck auf eine weitere Verkürzung der stationären Krankenhausbehandlungszeiten schränkt die Möglichkeiten einer rehabilitativen Behandlung älterer Patienten ein, auch stehen rehabilitative Kurzzeitpflegemöglichkeiten unzureichend zur Verfügung. Die Krankenhausentlassungen mit hoher Pflegebedürftigkeit führen schnell zur stationären Dauerpflege.

Ungeachtet dieser Gründe ist es ein Ziel bremischer Altenpolitik, eine quantitativ und qualitativ ausreichende, stadtteilbezogene Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Darüber hinaus

soll eine Angebotsvielfalt entwickelt werden, die den jeweiligen Bedarfen älterer Menschen im Stadtteil entspricht.

Betrachtet man die Entwicklung der Verteilung der stationären Plätze in den Bremer Stadtregionen, so war noch 1996 eine Ungleichverteilung zu verzeichnen, die durch die Schaffung neuer Häuser mit einer erheblichen Platzzahlerweiterungen weitgehend kompensiert werden konnte.

Versorgungsgrad mit Heimplätzen in den Bremer Regionen

Region	Versorgungsgrad	
	Heime für Ältere Menschen	Pflegeheime
Ost	119	86
Mitte	108	75
West	104	90
Süd	111	95
Nord	151	132
Stadt Bremen	121	98

Die Region **Ost** hat bei einer durchschnittlichen Versorgung von Heimplätzen insgesamt noch eine etwas geringere Versorgung mit Pflegeheimplätzen.

Der Bereich **Mitte** ist unter beiden Aspekten zahlenmäßig unterversorgt. Dies ist in der Struktur des Stadtteils begründet und wird durch relativ gute Versorgung der umliegenden Stadtteile (z.B. Neustadt und Schwachhausen) weitgehend kompensiert.

Der **Westen** ist nach den Zahlen von 2004 noch als leicht unterdurchschnittlich versorgt zu betrachten, was jedoch durch konkret geplante bzw. im Bau befindliche Heime in zwei Jahren weitgehend ausgeglichen sein wird.

Der **Süden** hat eine insgesamt gute, allerdings unter den Stadtteilen links der Weser ungleich verteilte Versorgung – ein großer Teil der angebotenen Plätze konzentriert sich hier in der Neustadt.

Traditionell überversorgt mit Heimplätzen für ältere Menschen ist Bremen **Nord**. An der recht zögerlichen Belegung einer großen neuen Einrichtung wird auch deutlich, dass dieses Angebot über den regionalen Bedarf hinausgeht.

Ausstattung der Einrichtungen

Bei der Ausstattung stationärer Alteinrichtungen mit Einzel- und Mehrbettzimmern ist in den letzten zehn Jahren eine deutliche, jedoch noch unzureichende Tendenz zu Einzelzimmern zu Lasten der Doppelzimmer festzustellen.

Noch im Jahr 2003 wurden etwa 50 % der Plätze in Einzelzimmern angeboten. Diese Verteilung wird den Bedürfnissen der Heimbewohnerinnen und -bewohner nicht gerecht. Es kann mit Sicherheit angenommen werden, dass mehr als 80 % der Heimbewohner die Unterbringung in einem Einzelzimmer wünschen.

Während neue Angebote sich zunehmend an diesen Wünschen orientieren und überwiegend Einzelzimmer vorsehen, werden Sanierungsmaßnahmen in bestehenden Einrichtungen vielfach dazu genutzt, auf einen größeren Anteil an Einzelzimmern umzustellen.

Im Zuge der Umwandlung von Doppelzimmern zu Einzelzimmern wurden auch die den Bewohnern zur Verfügung stehenden Individualflächen erhöht, sowie die Sanitärausstattung

verbessert – eine Ausstattung der Zimmer mit Dusche und WC ist bei neuen und sanierten Heimen Standard.

Der Trend zum Einzelzimmer ist jedoch nicht ungebrochen. Orientiert an neueren Ergebnissen der Forschung zur Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen werden auch wieder neue Einrichtungen geplant, die einen sehr kleinen Anteil an Einzelzimmern vorsehen. Die Forschungsergebnisse kommen zu der Einschätzung, dass bei Menschen mit Demenzerkrankung ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach Gemeinschaft besteht und daher der Bedarf an Gemeinschaftsflächen größer ist, als die Bedeutung des individuellen Wohnraumes. Umstritten ist in der Fachwelt noch, ob dies für alle Phasen der Demenzerkrankung gilt und auf einen individuellen Wohnraum ganz verzichtet werden sollte.

In zwei bis drei Jahren wird es in Bremen auswertbare Erfahrungen mit entsprechenden Heimkonzepten geben.

Der Anteil der Plätze in Drei- und Mehrbettzimmern ist auf weniger als 2 % gesunken und wird in absehbarer Zeit entfallen.

5.1.4 Die Bewohnerstruktur

Das Alter der Bewohnerinnen und Bewohnern:

Im Jahr 1991 wurde in den stationären Einrichtungen Bremens ein durchschnittliches Aufnahmealter von 81,5 Jahren ermittelt.

Nach Angaben aus 12 Bremer Altenpflegeeinrichtungen aus den Jahren 2002 -2004 ist festzustellen, dass sich das Durchschnittsalter, in dem ältere Menschen in ein Pflegeheim einziehen, seit Anfang der 90er Jahre um 2 Jahre erhöht hat. Dies geht einher mit der Beobachtung, dass die Menschen mit einer höheren Pflegebedürftigkeit in den Heimen aufgenommen werden.

Zur Verweildauer sagt der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation“ des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dass 1998 die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen mehr als 3 Jahre im Heim verbrachten, während ca. 20 % länger als sieben Jahre im Heim lebten.

Nach aktuellen Angaben aus 12 Altenpflegeheimen in der Stadt Bremen beträgt die durchschnittliche Verweildauer knapp 30 Monate.

Die Angaben des „Vierten Berichtes zur Lage der älteren Generation“ und die Angaben aus den Bremer Häusern machen deutlich, dass die Verweildauer unter den Bewohnern keineswegs gleichmäßig verteilt ist: es werden hauptsächlich zwei Gruppen unterschieden, nämlich ein Teil der aus den Krankenhäusern kommenden Bewohner, die nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von ca. 6 Monaten versterben und eine weitere Gruppe von Bewohnern, die mehrere Jahre im Heim lebt.

Die Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner auf die Pflegestufen:

1996 waren auch von den Bewohnern der Pflegeeinrichtungen noch 16 % nach den Kriterien des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) nicht pflegebedürftig. Die als pflegebedürftig eingestuft wurden damals zu 20 % der Stufe I, zu 38 % der Stufe II und zu 25 % der Stufe III zugeordnet.

Diese Verteilung unterschied sich nicht grundlegend vom Bundesdurchschnitt:

Zur Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen auf die Pflegestufen nach dem SGB XI liegen die letzten statistischen Erhebungen vom 15.12.2002 vor, nach denen sich das Bild gegenüber 1996 schon deutlich verändert hat. Erwartungsgemäß stark zurückgegangen ist der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, der nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, also ohne Pflegestufe, ist. Da der Versorgungsauftrag in den Pflege-

bereichen der Heime sich auf Pflegebedürftige erstreckt, können keine weiteren nicht pflegebedürftigen Menschen dort aufgenommen werden

Zahlenmäßig zugenommen hat dagegen in erster Linie die Gruppe der Bewohner in Stufe II.

Die Entwicklung in Zahlen:

Verteilung der Bewohner auf Pflegestufen 1996 und 2002

	1996	2002	Veränderung
ohne Stufe	16%	2%	-87%
Stufe I	20%	25%	+22%
Stufe II	38%	47%	+24%
Stufe III	26%	28%	+11%
Stufe III Härte		1%	

Heimbewohner mit Demenz

Das erhöhte Aufnahmealter und die damit einhergehende erhöhte Pflegebedürftigkeit bedeuten auch, dass der Anteil der demenzkranken Heimbewohner immer weiter zunimmt. Diese Krankheitsform stellt die Heime vor neue Anforderungen.

„Eine adäquate Betreuung demenziell erkrankter Menschen kann nur durch Anpassung der räumlichen und sozialen Umgebung (des Milieus) an die – sich unterschiedlich schnell verändernden – Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite der Kranken erreicht werden. Benötigt wird somit nicht eine Wohn- und Versorgungsform, in der die Kranken aller Schweregrade bis zu ihrem Tod verbleiben, sondern ein Kontinuum der Betreuungsangebote von der Unterstützung der leicht Demenzkranken durch informelle und/oder professionelle Helfer in der Häuslichkeit bis zu spezialisierten stationären Einrichtungen für schwer Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und besondere Pflegebereiche für bettlägerige, schwerst demenzkranke Menschen“¹

Im Kapitel 6.3 dieses Altenplanes ist beschrieben, wie die Altenhilfe in Bremen sich diesen Anforderungen stellt. Für den Bereich der Heime kann festgestellt werden, dass bereits erste Einrichtungen betrieben werden, die sich sowohl in ihrer baulichen Struktur als auch in ihrem Betreuungskonzept an den neuen Erkenntnissen und Forderungen der Demenz-Forschung orientieren. Für weitere Einrichtungen liegen umsetzungsreife Planungen vor.

5.1.5. Heimaufsicht

Die Heimaufsicht für Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes ist beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales dem Referat Ältere Menschen zugeordnet. Außer für die hier beschriebenen 67 Alteinrichtungen der Stadt Bremen ist die Heimaufsicht zuständig für 10 weitere Altenpflegeheime in Bremerhaven und alle (ca. 70) stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Bremen und Bremerhaven.

Das eingangs erwähnte Heimgesetz bildet die gesetzliche Grundlage zur Beratung und Prüfung von Heimträgern mit der Zielsetzung, die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen.

Das HeimG wurde Anfang 2001 mit Wirkung zum 1.01.2002 zuletzt geändert. Wesentliche Aspekte der Änderung sind

- Erweiterung des Geltungsbereiches
 - Zukünftig werden Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege dem Geltungsbereich des Heimgesetzes zugeordnet.

¹ Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002

- Die Abgrenzung zwischen Heimen und Formen sogenannten Betreuten Wohnens oder Service – Wohnens wurde präzisiert
- Erhöhung der Transparenz von Heimverträgen
 - Der Heimvertrag muss eine differenzierte Leistungsbeschreibung enthalten
 - Entgelte für Betreuung einschließlich Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für weitere Leistungen müssen gesondert angegeben werden. Damit ist ein besserer Vergleich zwischen verschiedenen Heimen möglich.
 - Das Heimgesetz sieht ein präzisiertes Beschwerderecht und die Möglichkeit der Entgeltkürzung bei Minderleistung vor.
 - Entgelterhöhungen müssen vier Wochen vor ihrem Wirksamwerden mitgeteilt und begründet werden. Erst dann ist das Erhöhungsverlangen wirksam.
 - Eine Differenzierung der Entgelte nach Kostenträgern ist unzulässig. Von einer selbstzahlenden Heimbewohnerin oder einem selbstzahlenden Heimbewohner darf für die gleiche Leistung kein höheres Entgelt als von anderen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verlangt werden.
- Weiterentwicklung der Heimmitwirkung
 - Die Mitwirkungsrechte des Heimbeirats beziehen sich zukünftig auch auf die Qualität der Pflege und auf die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen.
 - Der Heimbeirat soll für Angehörige und andere Vertrauenspersonen (z. B. auch Mitglieder örtlicher Seniorenvertretungen und Behindertenvertretungen) geöffnet werden, sofern diese Personen von BewohnerInnen des Heimes zur Wahl vorgeschlagen werden. Der Anteil dieser Personen am Heimbeirat soll nicht größer als 40 % sein.
 - Beteiligung des Heimbeirats an Vergütungsverhandlungen sowie an Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen.
- Anforderungen an den Betrieb eines Heimes

Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung

 1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner schützen
 2. die Wahrung der Selbständigkeit, Selbstbestimmung Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner fördern
 3. bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse praktizieren
 4. eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen
 5. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,
 6. Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI abgeschlossen haben mit Aussagen über Struktur (Klientel), Art und Inhalt der Leistungen sowie die personelle und sächliche Ausstattung
- Stärkung der Heimaufsicht
 - Die externen Prüfrechte des MDK und der Heimaufsicht werden spezifiziert (Zutritt zu den Pflegeeinrichtungen, auch ohne Anmeldung.) Unter besonderen Voraussetzungen sind nächtliche Kontrollen möglich. Grundsätzlich werden Heime durch die Heimaufsicht jährlich geprüft.

- Die Heimaufsicht soll jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens einmal prüfen. Sie kann in größeren Abständen prüfen, wenn durch Zertifikate unabhängiger Sachverständiger nachgewiesen wird, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims im Sinne des Heimgesetzes erfüllt werden.
- Präzisiert und ergänzt werden die Regelungen über
 - die Verpflichtung der Leistungsbeschreibung und Vorstellung der Konzeption des Heimes bei Betriebsaufnahme
 - Erhöhung des Stellenwertes der Beratung durch die Heimaufsicht
- Die Heimaufsicht kann eine kommissarische Heimleitung einsetzen, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach § 11 erforderlich ist
- Intensivierung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Pflegekassen.
 - Die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Trägern der Sozialhilfe, MDK und Heimaufsicht soll durch die Schaffung gemeinsamer Arbeitsgemeinschaften in Bezug auf gegenseitige Information, Beratung und arbeitsteilige Überprüfung der Heime institutionalisiert und aufeinander abgestimmt werden
- Herstellung von mehr Öffentlichkeit
 - Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend berichtet alle vier Jahre über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner.
 - Die Heimaufsichten erstellen alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht.

Zum Heimgesetz wurden vier Bundesverordnungen erlassen, diese sind im einzelnen:

1. Heimmitwirkungsverordnung

(HeimMitwirkungsV) vom 19. Juli 1976, ebenfalls novelliert mit Wirkung vom 1.08.2002.

Die HeimMitwirkungsV regelt die Beteiligung von Heimbewohnern an der Gestaltung des Heimbetriebes. Mitwirkungsorgan ist dabei ein Heimbeirat bzw. bei Nichtzustandekommen des Heimbeirates ein Heimförsprecher.

Je nach GröÖe eines Heimes sollen im Turnus von zwei Jahren bis zu neun Vertreter gewöhlt werden. Nach der novellierten Verordnung können bis zu 40 % der Heimbeiratsmitglieder Externe sein, d.h. Personen, die nicht selber im Heim leben, sondern als Vertrauenspersonen von den Heimbewohnern gewöhlt werden. Die auf der Grundlage der HeimMitwirkungsV zu bildenden Heimbeiräte sind aufgrund der hohen Pflegebedürftigkeit der Bewohner zunehmend schwieriger zu gewinnen. Die Chancen hierzu werden durch die Möglichkeit der Beteiligung Externer erheblich verbessert. Die Neuwahl der Heimbeiräte nach dem neuen Recht und die Beratung der Heimbewohner dazu ist gleichzeitig mit einem großen Aufwand für die Heimbeiräte, die Träger und die Heimaufsichtsbehörde verbunden.

Kann ein Heimbeirat auch mit der Unterstützung Externer nicht gebildet werden, so ist die Sozialbehörde verpflichtet, einen Heimförsprecher einzusetzen. Heimförsprecher können sozial engagierte Personen werden, die von der Heimaufsicht als geeignet eingeschätzt werden.

Die Heimaufsicht Bremen hat eine Gruppe von Ehrenamtlichen aufgebaut, deren Mitglieder als Heimförsprecher oder Unterstützer bestehender Heimbeiräte eingesetzt werden können, im Einzelfall aber auch als externe Mitglieder in einen Heimbeirat gewöhlt werden können.

2. Heimsicherungsverordnung

(HeimsicherungsV) vom 24. April 1978

Die HeimsicherungsV regelt den Umgang von Einrichtungsträgern mit Geld oder geldwerten Leistungen als Darlehen, Kautions oder Vorauszahlung. Sie beschreibt auch Kriterien, nach denen die wirtschaftliche Zuverlässigkeit eines Heimträgers zu beurteilen ist.

Die Bestimmungen der HeimsicherungsV kommen in Bremen selten zur Anwendung, da es hier bei Heimträgern nicht üblich ist, sich Geld von Heimbewohnern zu leihen bzw. anzunehmen

3. Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) vom 03. Mai 1983

Die HeimMindBauV regelt die bauliche Gestaltung und beschreibt die Anforderungen an Zimmergrößen, Sanitärstandards und andere Aspekte der Bauausstattung.

Sie kommt in allen Einrichtungen zur Anwendung. Durch die Einführung der Pflegeversicherung hat sich in diesem Bereich ein erheblicher Prüfbedarf ergeben, da viele Einrichtungsträger ihre ehemaligen Altenheimplätze in Altenpflegeplätze umgewandelt haben. Für den Betrieb von Altenpflegeplätzen bestehen heimindestbaurechtlich jedoch höhere Anforderungen, die seitens der Einrichtungen für umgewidmete Plätze umgesetzt werden müssen.

Die Heimmindestbauverordnung wird zur Zeit in einer Arbeitsgruppe der Länderreferenten überarbeitet, mit einer Neufassung ist in 2005 zu rechnen. Die neue Heimmindestbauverordnung viele Standards, die über die bisherige Verordnung hinaus gehen und sich am Markt als Standards durchgesetzt haben, festschreiben. Sie wird darüber hinaus zusätzlich zu Vorschriften über Zimmergrößen differenziertere Aussagen über Gemeinschaftsflächen, insbesondere bei Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Demenz, machen.

4. Die Heimpersonalverordnung (HeimPersV) vom 19. Juli 1993

Die HeimPersV legt die persönlichen und fachlichen Mindestanforderungen an die Heimleitung, die Pflegedienstleitung sowie das Betreuungspersonal einer Einrichtung fest.

5.1.6. Alten- und Altenpflegeheime im Bremer Umland

Zu der Versorgung mit Plätzen der stationären Altenhilfe liegen für die um Bremen herum liegenden Landkreise aktuell nur die Zahlen für Pflegeheimplätze vor. Aussagen über die Versorgung speziell mit Altenwohnheimplätzen können daher nicht gemacht werden.

Die Zahl der Pflegeheimplätze für ältere Menschen in den Umland-Landkreisen hat, allerdings von einem niedrigeren Niveau aus, stärker zugenommen als in der Stadt Bremen. Alle umliegenden Landkreise haben den Bremer Versorgungsgrad überschritten. Der Ausbau und die Entwicklung in den umliegenden Landkreisen ist auch für die Entwicklung der Bremer Versorgungsstruktur von Bedeutung. Insbesondere wenn Leistungsangebote, Standards und Kosten gegenüber Bremer Einrichtungen vergleichbar sind, stellt dieses Angebot eine Alternative dar, die mit der Abwanderung von Pflegebedürftigen verbunden ist.

Folgende Aspekte können für die Entscheidung für einen Heimplatz im Umland relevant sein:

- Stadtteilbezogenes Platzangebot in Bremen

Ältere Menschen bzw. deren Angehörige versuchen in der Regel zunächst, eine stadtteilbezogene Heimversorgung zu erhalten. Bei der Suche nach einer Alternative sind die Wege für die Angehörigen ein wesentlicher Aspekt. Dabei ist der Weg zu einem Heim im Umland oft nicht länger, als der Weg in einen anderen Stadtteil.

- Heimentgelte

Die landesspezifischen Investitionsförderungen hatten hier eine hohe Steuerungsfunktion. Ältere Menschen und ihre Angehörigen achten bei der Auswahl von Einrich-

tungen verstärkt auf das Preis/Leistungsverhältnis, insbesondere nach Einführung des PflegeVG.

Obwohl die Kosten der Heimversorgung im Bremer Umland sich in den letzten Jahren den Preisen in der Stadtgemeinde Bremen angenähert haben, gibt es immer noch eine Anzahl von Einrichtungen in den Landkreisen, die bei vergleichbarer Leistung einen günstigeren Pflegesatz anbieten können.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Platzkapazitäten im Umland.

Heimplätze und Versorgungsgrad in den umliegenden Landkreisen

Landkreis	1992	2004	Zuwachs 1992 > 2004	Vers.-Grad
Verden	1.436	1.588	11%	169
Osterholz	803	1.284	60%	166
Rotenburg	1.008	1.400	39%	117
Diepholz	1.069	2.011	88%	123
Oldenburg	627	1.098	75%	134
Bremen-Stadt	3.077	4.584	49%	97

Diese Tabelle bezieht sich ausschließlich auf Pflegeheimplätze und lässt zunächst im Vergleich zu Bremen einen quantitativ höheren Versorgungsgrad der Landkreise erkennen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach den Erhebungen des BAW-Gutachtens² derzeit ca. 1.500 ältere pflegebedürftige Menschen aus dem Land Bremen in den Einrichtungen des Umlandes versorgt werden. Der Anteil der Bremerhavener, die in den umliegenden Landkreisen stationär versorgt werden, ist dabei höher, als es dem Bremerhavener Bevölkerungsanteil entspricht. Es ist daher von höchstens 1.200 älteren pflegebedürftigen Menschen aus der Stadt Bremen auszugehen, die in den Landkreisen stationär betreut werden.

Zu der Versorgung mit Wohnheimplätzen liegen für die Landkreise derzeit keine aktuellen Daten vor. Es gilt jedoch als sicher, dass Bremen hier eine deutlich bessere Versorgung als die Landkreise hat. Je länger ein älterer Mensch die Möglichkeit hat, in einem Wohnheim angemessen versorgt zu werden und ggf. Pflegeleistungen im nötigen Umfang in Anspruch nehmen zu können, desto später stellt sich die Notwendigkeit, in ein Pflegeheim umzuziehen.

Die Entwicklung der einzelnen Landkreise und deren Auswirkungen auf Bremen:

Landkreis Verden

Mit relativ vielen Schließungen kleinerer Heime und gleichzeitig vielen neu geschaffenen Heimplätzen hat es hier einen großen Wechsel, jedoch insgesamt nur eine moderate Steigerung gegeben.

² Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat in Abstimmung mit dem Senat 2002 das „BAW Institut für Wirtschaftsforschung GmbH“ mit einem Gutachten zu der Frage „Regionalökonomische Effekte von Investitionen im Pflegeheimsektor“ beauftragt.

Neu geschaffene Plätze in Bremen-Ost haben sich reduzierend auf die Nachfrage im Landkreis Verden ausgewirkt, die Zahl der Plätze konnte auf hohem Niveau gehalten werden.

Landkreis Osterholz

Die Erhöhung der Platzzahl im Landkreis Osterholz in den letzten zwölf Jahren um 60 % wirkt sich insbesondere auf die Stadtgebiete Bremen-West und Bremen-Nord aus, weil attraktive, preisgünstige Platzangebote von Altenpflegeheimen im Landkreis Osterholz eine ernsthafte Konkurrenz zu Bremer Einrichtungen in den Stadtgebieten darstellen.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die betroffenen Bremer Alteneinrichtungen ihren Qualitätsstandard nicht erhöht haben und/oder die Einrichtungen im Landkreis Osterholz Leistungen kostengünstiger anbieten können.

Im Durchschnitt sind die Plätze im Landkreis Osterholz auch zu ca. 95 % ausgelastet.

Landkreis Diepholz

Die größte prozentuale Zunahme von Heimplätzen gab es in den letzten zwölf Jahren mit 88 % im Landkreis Diepholz.

Erwähnenswert sind dabei besonders neue Alteneinrichtungen in Kirchweyhe (2) und Brinkum (1), die als konkurrierende Angebote zu Einrichtungen im Stadtgebiet Bremen-Süd zu sehen sind.

Seit Bestehen der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die kommunalen Sozialdienste nicht mehr in jedem Fall an der Vermittlung von Heimplätzen für ältere Menschen beteiligt. Damit haben sich die Einflussmöglichkeiten darauf verringert, ob Menschen mit einem stationären Betreuungsbedarf Bremer oder auswärtige Angebote in Anspruch nehmen.

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Ältere Menschen haben gleichzeitig den Wunsch nach möglichst weitgehender und lang andauernder Autonomie in der Lebensführung und ein Sicherheitsbedürfnis in Bezug auf eine umfassende Versorgung. Die Wichtigkeit dieser unterschiedlichen Bedürfnisse hat sich in den letzten Jahren verschoben. Entsprechend haben sich Aufgabe und Funktion von Heimen im System der Altenhilfe gewandelt.

Mit dem Ausbau der so genannten mehrgliedrigen Einrichtungen erschien bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, bei Eintreten bestimmter Lebensumstände, z.B. bei Verlust des Lebenspartners oder bei gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Mobilität der Umzug in ein Altenheim oder Altenwohnheim – je nach Versorgungsbedarf – vielen älteren Menschen als eine attraktive Lösung. Sie kam für einige ältere Menschen auch in Betracht, bevor eine Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne eingetreten war.

Heute hat der Wunsch nach möglichst lang andauernder Autonomie in der Lebensführung gegenüber dem Sicherheitsbedürfnis zugenommen. Die Menschen wollen in der Regel auch im Alter und bei zunehmendem Hilfebedarf so lange wie möglich selbständig in einer eigenen Häuslichkeit leben. Außerdem entspricht das Altenheim mit seinen starren Tagesstrukturen, seinem Konzept der Vollversorgung für Menschen, die diese oft noch gar nicht brauchen und mit seinem noch bescheidenen Komfort nicht den Erwartungen der älteren Menschen an ihre Lebensqualität.

Die Bremer Heimträger haben sich auf diese veränderten Bedürfnisse älterer Menschen weitgehend eingestellt. Dies zeigt sich in einem bedarfsgerechten quantitativen Ausbau der Heimplätze ebenso wie in einer qualitätsverbessernden Sanierung bestehender Heime und insbesondere auch in einem starken Ausbau der Altenwohnheimplätze. Auch die Unterschiede in der Versorgung der Bremer Regionen mit Heimplätzen konnten weitgehend kompensiert werden.

Diese Entwicklung konnte mit den Mitteln der Investitionsförderung positiv beeinflusst werden.

Für den inzwischen relativ geringen verbliebenen Anteil an Altenheimplätzen wird weiterhin ein Bedarf gesehen, denn auch im Bereich der so genannten „Pflegestufe 0“ kann es auf der Grundlage der §§ 61 ff. SGB XII „die Notwendigkeit stationärer Versorgung u. Betreuung“ geben - sowohl für Selbstzahler wie auch für Sozialhilfebezieher - so z.B. für demenziell oder psychisch erkrankte Menschen. Dabei geht

Heimplätze mit umfassendem Betreuungsangebot auch für Menschen ohne somatischen Pflegebedarf sind in einem Mindestumfang zu erhalten

es um Menschen, die in einem Altenwohnheim unzureichend betreut bzw. beaufsichtigt sind, jedoch keinen ausgeprägten körperlichen Pflegebedarf haben.

Bestimmend für den Bedarf und die Ausdifferenzierung von Altenpflegeeinrichtungen sind vor allem:

- a) die demografische Entwicklung,
- b) die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit,
- c) die materiellen Voraussetzungen der Pflegebedürftigen
- d) sowie Voraussetzungen der Familienangehörigen, wie z.B. Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Zu a) demografische Entwicklung

Demografisch wird eine erhebliche Zunahme der über 80-jährigen Bevölkerung prognostiziert. Allein aus diesem Grund werden ungeachtet weiterer Aspekte der Bedarfsentwicklung in den nächsten zehn Jahren ca. 250 neue Pflegeheimplätze erforderlich sein, wenn man von gleich bleibenden Aufnahmebedingungen ausgeht.

Zu b) Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Bezüglich der Pflegebedürftigkeit ist bei weiter sich erhöhendem Einzugsalter mit einem erhöhten Anteil der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner zu rechnen. Diese sind nicht so sehr auf körperliche Pflege angewiesen, wie auf eine umfassende Betreuung, Tagesstrukturierung und Beaufsichtigung. Das erfordert sowohl andere, erweiterte Qualifikationen des Betreuungspersonals als auch eine der Demenzerkrankung angepasste Struktur der Einrichtungen.

In den Bremer Heimen leben ca. 2.500 Menschen mit Demenz. Sie sollen und können nicht grundsätzlich in Sondereinrichtungen oder gesonderten Bereichen der Heime betreut werden. Bei einer bestimmten Ausprägung der Demenzerkrankung sind sie jedoch in die regulären Wohngruppen nicht mehr integrierbar, weil sie einer besonderen Betreuung und Beaufsichtigung bedürfen und ihre besonderen Ansprüche den Heimbewohnern ohne Demenzerkrankung nicht ausreichend vermittelbar sind.

Für sie sind in den Heimen besondere Wohngruppen zu schaffen. Eine große Zahl Bremer Heime hat ihre Wohngruppen bereits in diesem Sinne umstrukturiert, weitere Planungen in diese Richtung bestehen.

Für einen kleinen Teil der Menschen mit Demenz, die sich z.B. durch besonders hohen Mobilitätsdrang und teilweise aggressive Verhaltensformen

Platzangebot in Heimen für ältere Menschen der demografischen Entwicklung anpassen

In den Heimen differenzierte Bereiche schaffen für Menschen mit unterschiedlichen Betreuungsbedarfen

auszeichnen, sind spezielle Einrichtungen zu schaffen. Der Bedarf an Plätzen in gesonderten Einrichtungen wird derzeit auf kapp 200 geschätzt. Da entsprechende Heime aus konzeptionellen Gründen nicht mehr als 45 Plätze haben sollten, entspricht dies in etwa je einem Haus in vier Bremer Regionen.

Diese Häuser sollten mehrgliedrig strukturiert sein, d.h. über mehrere Wohngruppen mit zentralem Gemeinschaftsraum (Wohnküche) und eine Pflegestation für Demenzkranke verfügen, bei denen nach fortgeschrittenem körperlichen Abbau die körperliche Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht.

Angegliedert an eine derartige Dementeneinrichtung und als Vorstufe zur vollstationären Betreuung ist eine Hausgemeinschaft vorstellbar, die in erster Linie geeignete Wohnstrukturen und einen Grund-Service anbietet. Die Pflege wäre hier je nach individuellem Bedarf durch ambulante Hilfen sicherzustellen.

Für eine weitere besondere Gruppe von Pflegebedürftigen, die Wachkomapatienten, sind ebenfalls die Bedingungen ihrer Versorgung zu klären.

Pflegebedürftige im Wachkoma der sog. Phase F haben überwiegend neurologische Schädigungen aufgrund

- zerebraler Gefäßerkrankungen
- von Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (z.B. nach Reanimation)
- traumatischer Ereignisse (Unfallfolgen)
- entzündlicher Prozesse
- von Tumor- und anderen Erkrankungen des ZNS

Für einen Teil der Einrichtungen, die Plätze für diese Zielgruppe anbieten, besteht noch Klärungsbedarf in einigen Aspekten des Versorgungsvertrages.

Zu c) materielle Voraussetzungen der Pflegebedürftigen

Die materiellen Voraussetzungen der Pflegebedürftigen werden von stagnierenden bis sinkenden Realeinkommen und höheren Kosten der stationären Pflege bestimmt sein. Daraus folgt nicht zwangsläufig eine geringere Inanspruchnahme stationärer Pflege. Es wird jedoch ein höherer Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sein, solange die Leistungen des SGB XI nicht entsprechend angepasst werden.

Spezielle Heime für Menschen mit sehr ausgeprägten Demenzerkrankungen

Stationen für Wachkomapatienten weiter entwickeln, Versorgungsverträge klären

Zu d) Voraussetzungen der Familienangehörigen, wie z.B. Erwerbstätigkeit beider Ehepartner, Familienangehörige an anderen Orten, Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Trotz der auf hohem Niveau stabilen Arbeitslosenquote ist ein steigender Anteil der Frauenerwerbstätigkeit festzustellen, was die Bedingungen ambulanter Pflege zusätzlich verschlechtert.

Seit Bestehen der Pflegeversicherung im stationären Bereich ist der kommunale Sozialdienst nur noch unsystematisch in die Beratung älterer Menschen und ihrer Familien bei der Frage der ambulanten oder stationären Pflege beteiligt. Denn der MDK der Pflegekassen begutachtet im Einzelfall die „Notwendigkeit der stationären Versorgung“. Dabei sind die sozialen Kriterien, wie z.B. Vorhandensein einer Pflegeperson oder Überforderung einer Pflegeperson, von erheblicher Bedeutung

Gestützt auf die positiven Erfahrungen mit dem früheren Sozialdienst „Ältere Menschen“, sowie auf ausländische Modelle mit entsprechenden kommunalen Steuerungsstellen (Dänemark, Italien), ist zu prüfen, ob durch zusätzliche Beratung und Unterstützung i.S. eines Case Managements des Sozialdienstes im Einzelfall die Notwendigkeit der stationären Versorgung vermieden oder hinausgezögert werden kann.

Auf Grundlage der vorliegenden Konzepte des Amtes für Soziale Dienste und des Gesundheitsamtes sollte baldmöglichst eine solche Steuerungsstelle geschaffen werden.

Auf Grundlage der vorliegenden Konzepte des Amtes für Soziale Dienste und des Gesundheitsamtes Bremen soll zugleich eine Steuerungsstelle „Hilfen und Leistungen für ältere Menschen“ geschaffen werden, um die notwendigen ergänzenden Sozialhilfemittel für pflegebedürftige Menschen bei ambulanter und stationärer Versorgung, wirtschaftlich effektiver einzusetzen und wirksamer die Hilfebedarfe zu erfüllen. Folgende Maßnahmen sind u.a. vorgesehen:

- flächendeckendes systematisches Case Management,
- enge Kooperation der Aufgaben des Sozialdienstes, des Gesundheitsamtes, der Wirtschaftlichen Hilfen und des Sozialdienstes im Krankenhaus,
- Systematische Beratung u. Unterstützung bei Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege und vor Übergang von der häusli-

Einzelfallbezogene Zugangssteuerung weiterentwickeln, Schaffung einer kommunalen Steuerungsstelle

chen zur stationären Versorgung.

In der Stadtgemeinde Bremen betrugen die Ausgaben für alle pflegebedürftigen Menschen insgesamt im Jahre 2004 38,3 Mio. Euro und zwar für rd. 1.050 pflegebedürftige Personen in häuslicher und rd. 2.100 Personen in stationärer Versorgung.

Auf der Angebotsseite ist ein ausreichendes, ineinandergreifendes System vorstationärer Versorgungsformen erforderlich, um keine unechten Bedarfseffekte hervorzurufen.

Die weiterhin hohe Auslastung der stationären Pflegeplätze bei stark erhöhtem Versorgungsgrad verbessert die Bedingungen für die stationäre Versorgung der Bremer in Bremen.

Wegen des Preisgefälles zwischen den niedersächsischen und bremischen Heimen werden sich jedoch weiterhin ältere Menschen entgegen ihrem eigentlichen Wunsch nach einer wohnortnahen Unterbringung für einen Heimplatz im Umland entscheiden.

Das „baw-Gutachten“ geht von ca. 1.500 älteren Menschen aus dem Land Bremen aus, die in stationären Einrichtungen der umliegenden Landkreise versorgt werden.

Dies ist altenpolitisch und finanz- und wirtschaftspolitisch aufgrund der Einwohner- und Arbeitsplatzeffekte negativ zu bewerten. Die Möglichkeit einer Reduzierung dieser „Abwanderung“ um 50 % durch die Schaffung entsprechender Angebote in Bremen könnte als realistisch angenommen werden. Für die Stadt Bremen wären dafür ca. 470 zusätzliche Pflegeheimplätze erforderlich.

Die stadtteilbezogenen Unterschiede in der Versorgung mit stationären Pflegeplätzen konnten im Zeitraum seit dem letzten Altenplan zunehmend kompensiert werden. Dies wurde bisher durch die Steuerung mit Investitionsfördermitteln unterstützt.

In der Beratung von Initiatoren neuer Projekte spielen in erster Linie konzeptionelle Fragen (besondere Strukturen für die Dementenbetreuung) eine Rolle. Fehlende Investitionsmittelförderung reduziert auf der Angebotsebene die Steuerungsmöglichkeiten. Die Entwicklung neuer baulicher Standards (mehr Einzelzimmer) wird in der stationären Altenpflege weitgehend über den Markt geregelt.

Weiterhin notwendig ist die Beratung in Richtung einer begrenzten Platzzahl neuer Heime. Die neuen Plätze müssen in Preis und Qualität konkurrenzfähig zu Angeboten aus dem bremischen Umland sein. Bei rückläufigen Steuerungsmöglichkeiten durch Investitionsfördermitteln ist hier die fachliche Beratung der Initiatoren entsprechend weiterzuent-

Attraktivität der stadtbremischen Angebote verbessern

Angebotssteuerung weiterentwickeln

wickeln.

Als eine Grundlage für eine qualifizierte Trägerberatung sind die Interessen und Bedürfnisse der Nutzer von Alten(pflege)heimen genauer zu ermitteln. Zu diesem Zweck sollte eine Bewohnerbefragung durchgeführt werden.

Die Heimmindestbauverordnung entspricht nicht mehr den aktuellen Maßstäben bzw. Kundenwünschen und ebenso wenig den fachlich weiter entwickelten Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Pflege. Sie ist daher anzupassen. Dies erfordert entsprechende Initiativen auf Ebene des Bundes und der Länder.

Nach der vor zwei Jahren noch bestehenden Fachkräfteknappheit auf dem Arbeitsmarkt stehen gegenwärtig ausreichend ausgebildete Kräfte zur Verfügung.

Für die einheitliche und verbindliche Bemessung einer Personalausstattung ist inzwischen eine Länderregelung nach § 75 SGB XI geschaffen worden. Auf dieser Grundlage sind jetzt die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den einzelnen Heimen abzuschließen.

In neuen Einrichtungen, die in der Betreuung von Menschen mit Demenz nach dem Konzept der Wohnküchen arbeiten, spielen hauswirtschaftlich qualifizierte Mitarbeiterinnen eine zunehmende Rolle. Sie werden noch unter verschiedenen Bezeichnungen wie „Präsenzkraft“ oder „Alltagsmanagerin“ eingesetzt. Ihre Ausbildung und ihre Tätigkeitsbeschreibung sind zu konkretisieren und möglichst zu vereinheitlichen, um sie in der Personalbemessung klarer berücksichtigen zu können.

Fehlendes Fachpersonal kann durch Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht ersetzt werden, diese können jedoch in bestimmten Bereichen eine sinnvolle Ergänzung der professionellen Betreuung darstellen.

Die Träger sollten Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Ehrenamtlichen festlegen und ihren Einsatz durch Aufwandsentschädigungen und klare Versicherungsregelungen fördern

Altenpflegeeinrichtungen sollen lebendige Einrichtungen sein, was u.a. durch eine möglichst heterogene Bewohnerstruktur gefördert wird. Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen und Defiziten sollen hier zusammenleben. Es wird daher empfohlen, das Angebot stationärer Plätze um vorstationäre Angebotsbausteine zu erweitern (Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulanter Pflegedienst).

Damit wird eine Verzahnung mit dem Stadtteilumfeld erleichtert, die den Bewohnern neue Impulse

Trägerberatung qualifizieren

Bewohnerinteressen qualifiziert ermitteln –

Bewohnerbefragung durchführen

Anpassung der Heimmindestbauverordnung

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abschließen

Einheitliches Qualifikationsprofil für hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen schaffen

Förderung von Angehörigen – Engagement

Abgestufte Betreuungseinrichtungen weiter entwickeln

geben kann.

Die Sozialen Arbeitskreise, die zurzeit in Bremen-Nord und Bremen-Süd bestehen, sind ein geeignetes Forum, eine Verzahnung und abgestimmte Vernetzung der Angebote im Stadtteil zu fördern.

Es ist daher wünschenswert, ihre Arbeit auf eine verbindlichere Grundlage zu stellen und die verschiedenen Angebotsträger in höherem Maße zu einer Mitarbeit in den Sozialen Arbeitskreisen zu verpflichten. Eine Möglichkeit wird in einer entsprechenden Verpflichtung in den Versorgungsverträgen gesehen.

Weitere Impulse zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Wohnumfeldes können die Bewohner unmittelbar erhalten, indem sie angeregt werden, sich in den Heimen zu engagieren.

Hierzu werden drei Ansatzpunkte empfohlen:

- Der Senator für Soziales veranstaltet regelmäßig Treffen für Heimbeiräte im Sinne einer Informationsveranstaltung, die gleichzeitig einen motivierenden und das Engagement würdigenden Charakter hat.
- Interessierten Heimbeiräten soll außerdem die Gelegenheit zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gegeben werden.
- Die begleitenden Veranstaltungen mit den Ehrenamtlichen in der Heimmitwirkung in Bremen sind ein Schritt in diese Richtung.

Integration der Heime in den Stadtteil fördern

Aufgaben der Sozialen Arbeitskreise verbindlich regeln

Mitwirkung der Bewohner erweitern

Anlage

Versorgungsgrad in Bremen in der stationären Altenpflege

Erläuterungen:

Die erste Spalte zeigt die Zahl der Einwohner im Alter von mehr als 75 Jahren¹, die zweite Spalte die Zahl der zur Zeit verfügbaren Pflegeheimplätze.²

Die dritte Spalte zeigt die Zahl der geplanten Pflegeheimplätze³, mit deren Fertigstellung in den nächsten zwei Jahren zu rechnen ist.

Die vierte Spalte gibt den derzeitigen Versorgungsgrad an. D.h., sie zeigt, wie viele Plätze der stationären Pflege für 1.000 Bewohnerinnen und Bewohner des jeweiligen Stadtteils im Alter von mehr als 75 Jahren zur Verfügung stehen. Die fünfte Spalte zeigt schließlich den Versorgungsgrad, der nach Fertigstellung der geplanten Plätze erreicht sein wird.

Auf die Stadt Bremen bezogen besteht ein Versorgungsgrad von ca. 105.

Die Werte für die Regionen Süd, West und Ost konnten im Laufe der letzten Jahre relativ stark angenähert werden. Die scheinbare Unterversorgung des Bezirks Mitte wird durch Planungen mehr als kompensiert.

Dabei ist auch die relativ gute Versorgung der Neustadt zu berücksichtigen, die durch unmittelbar an den Bezirk Mitte angrenzende Einrichtungen zustande kommt.

Die Werte für die Ortsteile Strom und Seehausen (die keinem Stadtteil zugeordnet sind), sind hier wie die Werte eines Stadtteiles dargestellt. Das gleiche gilt für die Werte der Ortsteile Borgfeld und Oberneuland. Die Daten für den Ortsteil Blockland wurden den Findorffer Daten hinzugerechnet.

¹ Quelle: Daten des statistischen Landesamtes

² Quelle: eigene Erhebungen

³ soweit die Planungen hier bekannt sind

	<i>75 u. älter</i>	<i>PHP Plätze Ist</i>	<i>PHP Plätze geplant</i>	<i>V Grad Ist</i>	<i>V Grad mit Planung</i>
Neustadt	3525	488	0	138	138
Obervieland	2351	242	0	103	103
Huchting	2467	188	3	76	77
Woltmershausen	1051	62	0	59	59
Seehausen/Strom	96	0	0	0	0
Süd	9490	980	3	103	104
Mitte	1019	97	100	95	193
Häfen	6		0	0	0
Östl. Vorstadt	1974	129	120	65	126
Mitte	2999	226	220	75	149
Findorff	2566	338	0	132	132
Gröpelingen	2471	412	40	167	183
Walle	2362	116	100	49	91
West	7399	866	140	117	136
Burglesum	3344	701	39	210	221
Vegesack	3361	373	0	111	111
Blumenthal	2705	167	0	62	62
Nord	9410	1241	39	132	136
Schwachhausen	4500	364	0	81	81
Vahr	3202	183	30	57	67
Horn-Lehe	2691	191	0	71	71
Borgfeld/Oberneuland	1446	193	0	133	133
Osterholz	2998	529	175	176	235
Hemelingen	3213	193	65	60	80
Ost	18050	1653	270	92	107
Gesamt Bremen	47.348	4.966	672	105	119

Stand: September 2005



Verzeichnis

der Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime im Land Bremen

Stand: 9. März 2006

Erläuterungen zu den Spaltenbezeichnungen:

- "Wohnb.": Altenheim- und Altenwohnheimplätze
"Pflege": Pflegewohnplätze
"Allg. Verg. Kl.": Allgemeine Vergütungsklasse, wird berechnet für Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht im Sinne einer Pflegestufe nach dem SGB XI pflegebedürftig sind (die sog. Stufe 0)
"Investk.": Investitionskostenzuschuss des Landes, der Betrag, der (noch) nach dem Bremischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz als Förderungsbetrag für die Investitionskosten des Heimes gewährt wird

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt Plätze	Pflegekl.	Entgelt tgl.	Investk. zuschuss	Bewohner- entgelt tgl.
	Stand: 01. Januar 2006							
1	Arbeiter-Samariter-Bund.	0	37	37	Allg.Verg. Kl.	54,87 €	0,00 €	54,87 €
	Altenpflegeheim:				Stufe I	68,30 €	3,47 €	64,83 €
	Herderstr. 25/27, 28203 Bremen				Stufe II	88,84 €	3,47 €	85,37 €
	Tel. 7 93 50 FAX: 7 93 521				Stufe III	101,87 €	3,47 €	98,40 €
	Heimleitung: Frau Hülsemeyer							
2	Arbeiter-Samariter-Bund	0	102	102	Allg.Verg. Kl.	58,11	0,00	58,11
	Haus am Osterdeich				Stufe I	71,54	6,06	65,48
	Osterdeich 136, 28205 Bremen				Stufe II	91,68	6,06	85,62
	Tel. 49 96- 0 FAX 49 96-107				Stufe III	105,11	6,06	99,05
	Heimleitung: Frau Feuersträter							
3	AWO Ambulant gGmbH	0	159	159	All.Verg.Kl.	50,75	0,00	50,75
	„Ella-Ehlers-Haus“				Stufe I	64,90	0,00	64,90
	Dockstraße 20, 28237 Bremen				Stufe II	86,11	0,00	86,11
	Tel. 61 87 0 FAX 61 87 278				Stufe III	100,26	0,00	100,26
	Heimleitung: Frau Arnecke							
	Bremen Mitte / West							
4	AWO Ambulant gGmbH	0	57	57	Allg.Verg. Kl.	56,02	0,00	56,02
	Sozialzentrum Walle				Stufe I	69,96	1,78	68,18
	Reuterstraße 23-27, 28217 Bremen				Stufe II	90,86	1,78	89,08
	Tel. 39 02 0 FAX 39 02-191				Stufe III	104,80	1,78	103,02
	Heimleitung: Frau Becker-Koschnoud							
5	Bremer Heimstiftung	57	60	117	All.Verg.K.EZ	62,71	0,00	62,71
	Haus St. Remberti	App.			All.Verg.K.MZ	59,39	0,00	59,39
	Hoppenbank 2/3, 28203 Bremen				Stufe I EZ	77,48	5,17	72,31
	Tel. 3602-0 FAX 36 02-119				Stufe I MZ	74,16	5,17	68,99
	Heimleitung: Frau Dunker				Stufe II EZ	99,64	5,17	94,47
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe II MZ	96,32	5,17	91,15
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	114,41	5,17	109,24
					Stufe III MZ	111,09	5,17	105,92
6	Bremer Wohnstift e.V.	34	94	128	Allg.Verg. Kl.	58,74	0,00	58,74
	Seniorenzentrum Findorff				Stufe I	73,02	7,34	65,68
	Walsroderstr. 1, 28215 Bremen				Stufe II	94,43	7,34	87,09
	Tel. 35 07 0 FAX 35 39 31				Stufe III	108,71	7,34	101,37
	Heimleitung: Frau Gutzeit							
7	Seniorenzentrum Weidedamm	68	70	138	Allg.Verg. Kl.	60,25	0,00	60,25
	Ricarda-Huch-Straße 1, 28215 Bremen				Stufe I	74,31	8,02	66,29
	Tel. 37 88 0 FAX 37 88 500				Stufe II	95,39	8,02	87,37
	Heimleitung: Frau Thoben				Stufe III	109,45	8,02	101,43
8	Gesundheitszentrum Findorff	14	14	14	Allg.Verg. Kl.	58,16	0,00	58,16
	Hemmstraße 345, 28219 Bremen				Stufe I	70,76	0,00	70,76
	Tel. 437 43-0				Stufe II	89,67	0,00	89,67
	Pflegedienstleitung: Frau Gautier				Stufe III	102,27	0,00	102,27
9	K & S Seniorenzentrum Findorff	0	138	138	Allg.Verg. Kl.	54,72	0,00	54,72
	Rudolf-Alexander-Schröder Str. 2				Stufe I	67,17	0,00	67,17
	28215 Bremen				Stufe II	85,84	0,00	85,84
	Tel. 27 63 0				Stufe III	98,29	0,00	98,29
	Heimleitung: Herr Gornick							

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt Plätze	Pflegekl.	Entgelt tgl.	Investk. zuschuss	Bewohner- entgelt tgl.
	Stand: 01. Januar 2006							
10	Pflegeheim Ansbacher Straße GbR	0	33	33	Allg.Verg. Kl.	57,58	0,00	57,58
	Seniorenpflegeheim				Stufe I	70,18	0,00	70,18
	Ansbacher Straße 18, 28215 Bremen				Stufe II	89,09	0,00	89,09
	Tel. 37 68 0 FAX 37 68 10 99				Stufe III	101,69	0,00	101,69
	Heimleitung: Frau Meißner							
11	Sozialwerk d. freien Christengem.	0	65	65	Allg.Verg. Kl.	60,57	0,00	60,57
	Heimstätte Ohlenhof				Stufe I	74,53	6,87	67,66
	Schwarzer Weg 98, 28239 Bremen				Stufe II	95,47	6,87	88,60
	Tel. 6190-250 FAX 61 90 299				Stufe III	109,43	6,87	102,56
	Heimleitung: Herr Schmilgies							
12	Sozialwerk d. freien Christengem.	0	0	70	Allg.Verg. Kl.	60,71	0,00	60,71
	Heimstätte a. Oslebshauser Park				Stufe I	74,72	0,00	74,72
	Oslebshauser Landstr. 20, 28239 Bremen				Stufe II	95,73	0,00	95,73
	Tel. 3360-740				Stufe III	109,74	0,00	109,74
	Heimleitung: Frau Techentin-Bohn							
13	Evang.Diakonissen-Mutterhaus	0	85	85	Allg.Verg. Kl.	53,31	0,00	53,31
	Haus Emmaus				Stufe I	66,40	3,59	62,81
	Adelenstr. 68, 28239 Bremen				Stufe II	86,03	3,59	82,44
	Tel. 6102-3604 FAX 6102-3699				Stufe III	99,12	3,59	95,53
	Heimleitung: Herr von Hahn							
	Bremen Mitte / West							
14	Friedehorst	0	60	60	Allg.Verg. Kl.	61,04	0,00	61,04
	Rehabilitations-und Pflegeeinrichtungen				Stufe I	75,03	7,89	67,14
	Almatastift				Stufe II	96,01	7,89	88,12
	Almatastraße 1-9, 28219 Bremen				Stufe III	110,00	7,89	102,11
	Tel. 63 81 900							
	Heimleitung:							
15	Altenpflegeheim	0	69	69	Allg.Verg. Kl.	61,19	0,00	61,19
	"Haus Seewenje"				Stufe I	73,55	0,00	73,55
	Gnesener Straße 6				Stufe II	92,08	0,00	92,08
	28237 Bremen				Stufe III	104,44	0,00	104,44
	Tel. 222-58-0 FAX: 222-58-88							
	Heimleitung: Frau Pape-Raschen							
16	Altenpflegeheim	0	32	32	Allg.Verg. Kl.	54,56	0,00	54,56
	„Haus am Dobben“				Stufe I	66,29	5,84	60,45
	Am Dobben 67/68, 28203 Bremen				Stufe II	83,89	5,84	78,05
	Tel. 7 80 89 FAX 70 24 33				Stufe III	95,63	5,84	89,79
	Heimleitung: Herr Nat							
17	WB-Wohnanlagen BetriebsGmbH"	40	0	40		kein	Versorgs	vertrag
	Seniorenresidenz Osterdeich							
	Schierker Straße , 28205 Bremen					für	stationäre	Pflege
	Tel. 49 89 242							
	Heimleitung: Frau Schmeelk-Weber					keine	Pflegesatz	vereinbarung
18	DKV Residenz in der Contrescarpe	138	29	167				
	Am Wandrahm 40-43	App.			Stufe I	89,09	nur	
	28195 Bremen				Stufe II	108,45	Selbst	
	Tel. 3229-0 FAX 3229-3229				Stufe III	121,37	zahler	
	Heimleitung: Frau Allnoch							

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt	Pflegekl.	Entgelt	Investk.	Bewohner-
	Stand: 01. Januar 2006			Plätze		tgl.	zuschuss	entgelt tgl.
19	Bremer Heimstiftung	64	86	150	All.Verg.K.EZ	60,36	0,00	60,36
	Haus Kattenesch	App.			All.Verg.K.MZ	57,04	0,00	57,04
	Alfred-Faust-Straße 115, 28277 Bremen				Stufe I EZ	74,27	5,17	69,10
	Tel. 84 02 0 FAX 84 02-119				Stufe I MZ	70,95	5,17	65,78
	Heimleitung: Frau Nabor				Stufe II EZ	95,13	5,17	89,96
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe II MZ	91,81	5,17	86,64
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	109,40	5,17	104,23
					Stufe III MZ	105,72	5,17	100,55
20	Bremer Heimstiftung	9	46	55	All.Verg.K.EZ	59,21	0,00	59,21
	Haus Huchting				All.Verg.K.MZ	55,89	0,00	55,89
	Tegeler Plate 23, 28259 Bremen				Stufe I EZ	73,42	4,97	68,45
	Tel. 57 22 0 FAX 57 22-119				Stufe I MZ	70,10	4,97	65,13
	Heimleitung: Herr Ralle-Sanders	Bremen Süd			Stufe II EZ	94,74	4,97	89,77
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe II MZ	91,42	4,97	86,45
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	108,95	4,97	103,98
					Stufe III MZ	105,63	4,97	100,66
21	Bremer Heimstiftung	0	62	62	All.Verg.K.EZ	60,59	0,00	60,59
	Stiftungsdorf Rablinghausen				All.Verg.K.MZ	57,27	0,00	57,27
	Tönjes Vagt Hof				Stufe I EZ	75,33	4,70	70,63
	Rablinghauser Landstr. 51a-e, 28197 Bremen				Stufe I MZ	72,01	4,70	67,31
	Tel. 52 07 0 FAX 52 07-119				Stufe II EZ	97,44	4,70	92,74
	Heimleitung: Frau Scheer				Stufe II MZ	94,12	4,70	89,42
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe III EZ	112,19	4,70	107,49
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III MZ	108,87	4,70	104,17
22	Seniorenwohnpark Weser GmbH	0	86	86	Allg.Verg. Kl.	59,19	0,00	59,19
	Residenz am Sodenmattsee				Stufe I	71,94	0,00	71,94
	Delfter Straße 25, 28259 Bremen				Stufe II	91,06	0,00	91,06
	Tel. 57 953 6 FAX 579 5385				Stufe III	103,81	0,00	103,81
	Heimleitung: Frau Detzkeit							
23	Seniorenwohnpark Weser GmbH	0	56	56	Allg.Verg. Kl.	59,02	0,00	59,02
	Residenz am Sodenmattsee II				Stufe I	71,77	0,00	71,77
	Zwischen Dorpen 1, 28259 Bremen				Stufe II	90,89	0,00	90,89
	Tel. 57 953 6 FAX 579 5385				Stufe III	103,64	0,00	103,64
	Heimleitung: Frau Detzkeit							
24	Caritas-Pflege gGmbH	55	100	155	Allg.Verg. Kl.	46,32	0,00	46,32
	Altenzentrum St.Michael				Stufe I	60,35	0,00	60,35
	Kornstraße 383, 28201 Bremen				Stufe II	81,40	0,00	81,40
	Tel. 87 79 0 FAX 87 79-345				Stufe III	95,43	0,00	95,43
	Heimleitung: Frau Hoffmann	Bremen Süd						
25	Innere Mission	0	112	112	Allg.Verg. Kl.	63,68	0,00	63,68
	Altenpflegeheim				Stufe I	78,66	8,20	70,46
	Kirchweg 124-128, 28201 Bremen				Stufe II	101,14	8,20	92,94
	Tel. 52 55 0 FAX 55 79 244				Stufe III	116,12	8,20	107,92
	Heimleitung: Frau Töpke							

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt Plätze	Pflegekl.	Entgelt tgl.	Investk. zuschuss	Bewohner- entgelt tgl.
	Stand: 01. Januar 2006							
26	Brem. Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V. Alten-und Altenpflegeheim St. Pauli-Deich 26, 28199 Bremen Tel. 55 99 319 FAX 55 99 851 Heimleitung: Frau Juchter	0	65	65	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	49,01 63,14 84,33 98,45	0,00 0,00 0,00 0,00	49,01 63,14 84,33 98,45
		Bremen Süd						
27	Pension Horn GmbH & Co.KG „Alfred-Horn-Haus“ Westerstraße 19-31, 28199 Bremen Tel. 50 97 0 FAX 50 97 93 Heimleitung: Herr Fiegert Anmeldung:Tel. 348 760/Fax:347 8112	0	120	120	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	57,19 70,59 90,69 104,09	0,00 5,44 5,44 5,44	57,19 65,15 85,25 98,65
28	Pension Horn GmbH & Co.KG „Haus Kleine Weser“ Heinrich-Bierbaum-Str. 9, 28199 Bremen Tel. 27 71 10 FAX : 27 71 129 Heimleitung: Frau Moore-Fiegert Anmeldung:Tel. 348 760/Fax 347 8112	0	44	44	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	61,95 75,74 96,43 110,21	0,00 8,92 8,92 8,92	61,95 66,82 87,51 101,29
29	Seniorenwohnpark Weser GmbH Seniorenresidenz Rotbuche Hinter dem Vorwerk 32, 28279 Bremen Tel. 89 89 790 FAX 82 46 26 Heimleitung: Frau Detzkeit	0	60	60	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	50,84 63,37 82,17 94,70	0,00 0,90 0,90 0,90	50,84 62,47 81,27 93,80
30	Christliches Reha-Haus e.V. Kattenturmer Heerstr. 156, 28277 Bremen Tel. 87 37 37 FAX 87 62 27 Heimltg. Fr. Spuida/H. Schmitt	10	45	55	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	56,08 71,23 93,96 109,11	0,00 1,72 1,72 1,72	56,08 69,51 92,24 107,39
		Bremen Süd						
31	Seniorenpflegeheim im Viamiko Haus O'Land Alfred-Faust-Straße 1, 28277 Bremen Tel. 33325-0 FAX: 333258-88 Heimleitung: Herr Nat	0	82	82	Allg.Verg. Kl. Stufe I Stufe II Stufe III	57,89 70,47 89,33 101,91	0,00 0,00 0,00 0,00	57,89 70,47 89,33 101,91

[illegible]

Nr.	Einrichtung/ Adresse Stand: 01. Januar 2006	Wohnb.	Pflege	Gesamt Plätze	Pflegekl.	Entgelt tgl.	Investk. zuschuss	Bewohner- entgelt tgl.

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt	Pflegekl.	Entgelt	Investk.	Bewohner-
	Stand: 01. Januar 2006			Plätze		tgl.	zuschuss	entgelt tgl.
44	Bremer Heimstiftung	18	82	100	All.Verg.K.EZ	58,97	0,00	58,97
	Stiftungsdorf Osterholz	App.			All.Verg.K.MZ	55,65	0,00	55,65
	Ellener Dorfstraße 3, 28325 Bremen				Stufe I EZ	73,40	4,12	69,28
	Tel. 42 88 0 FAX 42 88 119				Stufe I MZ	70,08	4,12	65,96
	Heimleitung: Herr Klattenhoff				Stufe II EZ	95,05	4,12	90,93
	Anmeldung: Tel. 2434-0	Bremen Ost			Stufe II MZ	91,73	4,12	87,61
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	109,48	4,12	105,36
					Stufe III MZ	106,16	4,12	102,04
45	Johanniterhaus Bremen gGmbH	48	50	98	Allg.Verg. Kl.	46,96	0,00	46,96
	Johanniterhaus				Stufe I	60,57	0,00	60,57
	Seiffertstr. 95, 28359 Bremen				Stufe II	80,99	0,00	80,99
	Tel. 20 40 0 FAX 24 49 314				Stufe III	94,60	0,00	94,60
	Heimleitung: Herr Engeler							
46	Egestorff-Stiftung	0	237	237	Allg.Verg. Kl.	61,69	0,00	61,69
	Gem. Pflege GmbH				Stufe I	75,84	7,20	68,64
	Egestorff-Stiftung				Stufe II	97,06	7,20	89,86
	Stiftungsweg 2, 28325 Bremen				Stufe III	111,20	7,20	104,00
	Tel. 42 72 0 FAX 42 72 188							
	Heimleitung: Herr Wobbe-Kallus							
47	Forum Ellener Hof e.V.	0	137	137	Allg.Verg. Kl.	61,68	0,00	61,68
	Pflegezentrum an der				Stufe I	73,98	11,28	62,70
	Ludwig-Roselius-Allee				Stufe II	92,44	11,28	81,16
	Ludwig-Roselius-Allee 183, 28237 Bremen				Stufe III	104,73	11,28	93,45
	Tel. 42 72 3 FAX 42 72 400							
	Heimleitung: Frau Baune							
48	Haus St. Elisabeth gGmbH	0	55	55	Allg.Verg. Kl.	61,72	0,00	61,72
	Haus St. Elisabeth				Stufe I	76,26	7,72	68,54
	Reinthalter Straße 17				Stufe II	98,07	7,72	90,35
	28213 Bremen				Stufe III	112,61	7,72	104,89
	Tel. 21 00 10-333 FAX:	Bremen Ost						
	Heimleitung: Frau Schwiebert							
49	Caritas-Pflege gGmbH	0	32	32	Allg.Verg. Kl.	63,56	0,00	63,56
	St. Franziskus				Stufe I	78,06	9,12	68,94
	Georg-Gröning-Straße 55, 28209 Bremen				Stufe II	99,80	9,12	90,68
	Tel. 33 57 3-205				Stufe III	114,30	9,12	105,18
	Heimleitung: Frau Neugebauer							
50	Altenpflegeheim	0	22	22	Allg.Verg. Kl.	49,07	0,00	49,07
	Hanseaten-Haus				Stufe I	61,71	0,62	61,09
	Lothringer Straße 49, 28211 Bremen				Stufe II	80,68	0,62	80,06
	Tel. 34 57 43 FAX 50 55 25				Stufe III	93,32	0,62	92,70
	Heimleitung: Herr Krohne							

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt	Pflegekl.	Entgelt	Investk.	Bewohner-
	Stand: 01. Januar 2006			Plätze		tgl.	zuschuss	entgelt tgl.
51	Altenpflegeheim	0	21	21	Allg.Verg. Kl.	48,95	0,00	48,95
	Hanseaten-Burg				Stufe I	61,58	0,43	61,15
	Straßburger Straße 20, 28211 Bremen				Stufe II	80,54	0,43	80,11
	Tel. 34 57 55 FAX 50 55 25	Bremen Ost			Stufe III	93,17	0,43	92,74
	Heimleitung: Herr Krohne							
52	Altenpflegeheim	0	0	20	Allg.Verg. Kl.			
	Hanseaten-Residenz				Stufe I			
	Schwachhauser Heerstr. 157, 28211 Bremen				Stufe II			
	Tel. 43 09 100 FAX 43 98 101				Stufe III			
	Heimleitung: Herr Krohne							
53	Convivo	3	38	41	Allg.Verg. Kl.	51,12	0,00	51,12
	Seniorenpflegeheim a. Bürgerpark				Stufe I	63,59	1,45	62,14
	Gabriel-Seidl-Str. 8-10, 28209 Bremen				Stufe II	82,30	1,45	80,85
	Tel. 163 09 22 FAX 163 09 23				Stufe III	94,77	1,45	93,32
	Heimleitung: Herr Gehle							
54	Oberneulander Pflegeheim	0	24	24	Allg.Verg. Kl.	50,35	0,00	50,35
	für Senioren				Stufe I	63,35	0,00	63,35
	Oberneulander Landstr. 59, 28355 Bremen				Stufe II	82,86	0,00	82,86
	Tel. 25 99 03 FAX 25 75 990				Stufe III	95,86	0,00	95,86
	Heimleitung: Frau Sigrid Hell							
55	Altenpflegeheim	0	21	21	Allg.Verg. Kl.	52,12	0,00	52,12
	Haus am Siek				Stufe I	64,42	0,00	64,42
	Am Siek 33, 28325 Bremen				Stufe II	82,87	0,00	82,87
	Tel. 40 43 30 FAX 40 99 100				Stufe III	95,16	0,00	95,16
	Heimleitung: Herr N. Krohne							
56	Seniorenres. a. Mühlenfeld GmbH	0	86	86	Allg.Verg. Kl.	57,38	0,00	57,38
	Seniorenresidenz a. Mühlenfeld				Stufe I	70,16	0,00	70,16
	Mühlenfeldstraße 38, 28355 Bremen				Stufe II	89,33	0,00	89,33
	Tel. 33 01 4 FAX 33 01 99				Stufe III	102,11	0,00	102,11
	Heimleitung: Frau Zornow							
	Bremen Ost							
57	Seniorenpflegeheim	0	42	42	Allg.Verg. Kl.	60,15	0,00	60,15
	Rockwinkeler Park				Stufe I	72,68	0,00	72,68
	Rockwinkler Landstraße 3, 28355 Bremen				Stufe II	91,48	0,00	91,48
	Tel. 27 81 0 FAX 27 81-1905				Stufe III	104,01	0,00	104,01
	Heimleitung: Frau Kurmann							
58	Bremer Heimstiftung	69	35	104	All.Verg.K.EZ	61,33	0,00	61,33
	Stiftungsdorf Rönnebeck	App.			All.Verg.K.MZ	58,01	0,00	58,01
	Dillener Straße 69-71, 28777 Bremen				Stufe I EZ	75,65	4,71	70,94
	Tel. 6094-110 FAX 6094-119				Stufe I MZ	72,33	4,71	67,62
	Heimleitung: Frau Borchardt				Stufe II EZ	97,13	4,71	92,42
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe II MZ	93,81	4,71	89,10
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	111,45	4,71	106,74
					Stufe III MZ	108,13	4,71	103,42

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt	Pflegekl.	Entgelt	Investk.	Bewohner-
	Stand: 01. Januar 2006			Plätze		tgl.	zuschuss	entgelt tgl.
59	Bremer Heimstiftung	0	99	99	All.Verg.K.EZ	60,42	0,00	60,42
	Stiftungsdorf Blumenkamp				All.Verg.K.MZ	57,10	0,00	57,10
	Anna-Stiegeler-Haus				Stufe I EZ	74,91	4,88	70,03
	Billungstraße 21, 28759 Bremen				Stufe I MZ	71,59	4,88	66,71
	Tel. 6268-0 FAX 6268-119	Bremen Nord			Stufe II EZ	96,64	4,88	91,76
	Heimleitung: Frau Tebruck				Stufe II MZ	93,32	4,88	88,44
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe III EZ	111,13	4,88	106,25
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III MZ	107,81	4,88	102,93
		100	28	128	All.Verg.K.EZ	60,48	0,00	60,48
60	Bremer Heimstiftung	App.			All.Verg.K.MZ	57,16	0,00	57,16
	Stiftungsresidenz St. Ilsabeen				Stufe I EZ	75,11	5,33	69,78
	Billungstraße 31-33, 28759 Bremen				Stufe I MZ	71,79	5,33	66,46
	Tel. 6264-0 FAX 6264-119				Stufe II EZ	97,05	5,33	91,72
	Heimleitung: Frau Harbusch				Stufe II MZ	93,73	5,33	88,40
	Anmeldung: Tel 24 34-0				Stufe III EZ	111,68	5,33	106,35
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III MZ	108,36	5,33	103,03
61	Bremer Heimstiftung	0	130	130	All.Verg.K.EZ	58,42	0,00	58,42
	Haus Fichtenhof				All.Verg.K.MZ	55,10	0,00	55,10
	Schönebecker Kirchweg 33, 28757 Bremen				Stufe I EZ	72,62	4,33	68,29
	Tel. 62 69 0 FAX 62 69-119				Stufe I MZ	69,30	4,33	64,97
	Heimleitung: Herr Krieger				Stufe II EZ	93,92	4,33	89,59
	Anmeldung: Tel. 2434-0				Stufe II MZ	90,60	4,33	86,27
	FAX Nr. 2434-189				Stufe III EZ	108,12	4,33	103,79
					Stufe III MZ	104,80	4,33	100,47
62	Friedehorst gGmbH	0	326	326	Allg.Verg. Kl.	49,43	0,00	49,43
	Rehabilitations-u. Pflegeeinrichtungen				Stufe I	64,27	0,00	64,27
	Rotdornallee 64, 28717 Bremen				Stufe II	86,53	0,00	86,53
	Tel. 6381-205/206/266				Stufe III	101,37	0,00	101,37
	FAX Nr.63 81-651							
	Heimleitung: Herr Pastor Dr. Hammer							
		Bremen Nord						
63	Sozialwerk	0	60	60	Allg.Verg. Kl.	54,33	0,00	54,33
	der Freien Christengemeinde e.V.				Stufe I	68,29	0,00	68,29
	Heimstätte am Grambker See				Stufe II	89,21	0,00	89,21
	Hinterm Grambker Dorfe 3, 28719 Bremen				Stufe III	103,17	0,00	103,17
	Tel. 64 900-0 FAX 64 900-370							
	Heimleitung: Herr Bonkowski							
64	Seniorenwohnpark "An der Ihle"	0	0	38	Allg.Verg. Kl.	59,64	0,00	59,64
	Hindenburgstr. 7, 28717 Bremen				Stufe I	72,45	0,00	72,45
	Tel. 4787 5				Stufe II	91,67	0,00	91,67
	Fax 47 87 499				Stufe III	104,48	0,00	104,48
	e mail:							
	Heimleitung: Frau Winarski							

Nr.	Einrichtung/ Adresse	Wohnb.	Pflege	Gesamt Plätze	Pflegekl.	Entgelt tgl.	Investk. zuschuss	Bewohner- entgelt tgl.
	Stand: 01. Januar 2006							
65	Pension Horn GmbH & Co.KG	0	65	65	Allg.Verg. Kl.	61,56	0,00	61,56
	Haus Flethe				Stufe I	75,33	8,33	67,00
	Kpt.-Dallmann-Str.24, 28779 Bremen				Stufe II	95,98	8,33	87,65
	Tel. 60 00 16				Stufe III	109,75	8,33	101,42
	Heimleitung: Frau Wattenberg							
	Anmeldung: Verwaltung							
	Tel. 348 76 0/ Fax 347 8112							
		Bremen Nord						
66	Pension Horn GmbH & Co.KG	0	62	62	Allg.Verg. Kl.	56,52	0,00	56,52
	Kapitän-Dallmann-Haus				Stufe I	70,44	4,11	66,33
	George-Albrecht-Str. 5/6, 28779 Bremen				Stufe II	91,32	4,11	87,21
	Tel. 60 98 011				Stufe III	105,24	4,11	101,13
	Heimleitung: Frau Wattenberg							
	Anmeldung: Verwaltung							
	Tel. 348 76 0/ Fax 347 8112							
67	Wohn-u.Pflegeheim Lesmona	0	52	52	Allg.Verg. Kl.	59,47	0,00	59,47
	Blauholzmühle 32, 28717 Bremen				Stufe I	71,74	7,50	64,24
	Tel. 69 38 2-0 FAX 69 38 2-23				Stufe II	90,14	7,50	82,64
	Heimleitung: Herr Lohse				Stufe III	102,41	7,50	94,91
68	Altenpflegeheim	0	34	34	Allg.Verg. Kl.	48,16	0,00	48,16
	Christopher-Haus II				Stufe I	60,47	0,00	60,47
	Hammersbecker Str. 203/205, 28755 Bremen				Stufe II	78,95	0,00	78,95
	Tel. 66 70 14 FAX 66 49 90				Stufe III	91,27	0,00	91,27
	Heimleitung: Herr Deutscher							
69	Altenpflegeheim	0	44	44	Allg.Verg. Kl.	46,73	0,00	46,73
	Leeßem Barg				Stufe I	58,05	0,46	57,59
	Lesumstraße 1a, 28759 Bremen				Stufe II	75,03	0,46	74,57
	Tel. 62 79 85 FAX 62 94 79				Stufe III	86,35	0,46	85,89
	Heimleitung: Frau Taurat							
70	Altenpflegeheim	0	28	28	Allg.Verg. Kl.	54,11	0,00	54,11
	Haus Flathmann				Stufe I	67,77	3,41	64,36
	Lesumbroker Landstr. 128, 28719 Bremen				Stufe II	88,24	3,41	84,83
	Tel. 69 28 40 FAX 62 75 01				Stufe III	101,90	3,41	98,49
	Heimleitung: Frau Kelck							
		Bremen Nord						
71	Seniorenwohnpark Lesum gGmbH	0	35	35	Allg.Verg. Kl.	61,75	0,00	61,75
	Seniorenwohnpark a.d. Lesum				Stufe I	74,68	10,18	64,50
	Am Burgplatz 2, 28719 Bremen				Stufe II	94,07	10,18	83,89
	Tel. 64 35-5 FAX 64 35-499				Stufe III	107,00	10,18	96,82
	Heimleitung: Frau Winiarski							

[illegible]

[illegible]

5.2. Sozialdienst im Krankenhaus

A - IST Beschreibung

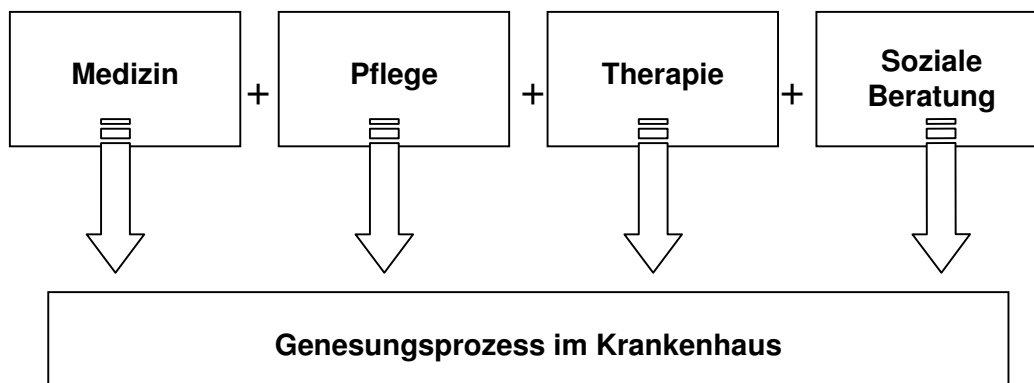
Der Sozialdienst als notwendige Ergänzung von medizinischer und pflegerischer Behandlung im Krankenhaus:

“Krankenhäuser erfüllen für die Bevölkerung unverzichtbare öffentliche Aufgaben zur Verbesserung und Sicherung der Gesundheit (sie) sind Orte zur und Zentren der Heilbehandlung. Als letztes Glied der Kette eines gestuften Systems von Behandlungsangeboten sind sie die gesellschaftlich organisierte Antwort auf besonders schwerwiegende gesundheitliche Risiken.”¹

Die Bewältigung dieser gesundheitlichen Probleme erfordert hochentwickelte medizinische Leistungen: durch ärztliches Personal, durch Geräte, durch Medikamente. In den vergangenen Jahren ist darüber hinaus aber auch der hohe Stellenwert der pflegerischen Versorgung für die Patientenzufriedenheit und damit den Heilungserfolg deutlich geworden. Die eigentliche pflegerische Leistung, die Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal, aber auch die äußeren Faktoren wie Essens- und Unterbringungsqualität haben einen höheren Stellenwert erhalten.

“Die Krankenhausbehandlung muss von einer zu stark apparate-medizinorientierten Behandlung zurückfinden zur kommunikativen, menschlichen Patientenbehandlung. In jeder Phase einer Behandlung sollte der Patient wissen und erfahren, dass nicht seine ‘erkrankten Organe’, sondern er als kranker Mensch diagnostiziert und therapiert wird”.²

In einem langsamen Prozess setzt sich zunehmend das Bewusstsein dafür durch, dass der Sozialdienst im Krankenhaus zur sozialen Komponente eines erfolgreichen Genesungsprozesses mehr beitragen kann, als die schnelle Versorgungsregelung für pflegebedürftige alte Menschen.



Patienten befinden sich im Krankenhaus in einer Sondersituation, die von vielen als krisenhafte Grenzsituation erlebt wird. Unsicherheiten über die eigene Zukunft und die Versorgung von Familienmitgliedern, Unsicherheit über die eigene Rolle in den fremden Routineabläufen des Krankenhauses, Schwierigkeiten bei der subjektiven Verarbeitung des Krankseins und seiner eventuell einschränkenden Folgewirkungen können den Genesungsprozess auch bereits im Krankenhaus erheblich belasten und verlängern. Hier setzt der Sozialdienst im Krankenhaus an: mit Beratung und Hilfen während des Krankenhausaufenthaltes, mit der Klärung der Situation nach der Entlassung.

¹ Der Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales, Leitsätze zur Krankenhauspolitik in Bremen (Diskussionsentwurf), Bremen 1995, S. 1

² Ebd., S. 5

5.2.1. Das fachliche Selbstverständnis

Die heutige Medizin erlaubt, parallel zu den verbesserten Wohn-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen, mit ihrem diagnostisch-therapeutischen Instrumentarium ein Überleben und eine günstige Prognose selbst bei schwersten Krankheiten. Sie verringerte die Kindersterblichkeit im Vergleich zum vorigen Jahrhundert und verlängerte das durchschnittliche Lebensalter erheblich.³

Allerdings beinhalten schwere Erkrankungen für den heutigen Patienten auch immer häufiger soziale und psychische Konflikte. Eine langandauernde Krankheit und die entsprechende Genesungs- und Rehabilitationszeit wirft bei der Rückkehr in die vertraute Lebenswelt bei körperlichen Einschränkungen komplexe Fragestellungen auf. Die Auseinandersetzung mit unbekannten administrativen Verfahrensweisen sowie die unbequeme und ungewohnte Umstellung auf die neue Lebenssituation machen eine Beratung und Hilfe unerlässlich. Die Beratung kann sich dabei nicht mehr im Rückgriff auf die tradierten Lebensnormen auf das Erteilen von Ratschlägen im Sinne von "wir wissen, was für den Patienten gut ist" beschränken. Es sind vielmehr mit dem Patienten Perspektiven zu erarbeiten, die für ihn tragfähig und akzeptabel sind, und die geeignet sind, den bisherigen Behandlungserfolg zu sichern. Dies erfordert unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und Gewohnheiten ein kommunikatives Aushandeln mit Fachleuten über vorhandene Entscheidungsalternativen.

Krankenhaus-Sozialarbeit will in einer die Individualität und Mündigkeit des Klientels achtenden Kommunikation eine Orientierung und Unterstützung von Lebensperspektiven bieten. "Die wichtige Frage, welche materiellen Hilfen gegebenenfalls in Anspruch genommen werden können, ist in diesen Prozess eingeschlossen."⁴ Die Arbeit der Sozialarbeiterinnen setzt auf der Ebene der direkten Verständigung an und initiiert für bzw. mit den Einzelnen Verknüpfungen in dessen sozialen Umfeldern, aktiviert Unterstützungspotentiale und trägt bei der Bewältigung der durch die Krankheit ausgelösten Krise bei. Dabei ist es immer das Ziel, dass der Betroffene eine Lösungsmöglichkeit qua Einsicht akzeptiert und mitträgt.

"Die Entscheidung zum Beispiel für einen bestimmten Heimplatz wird immer wieder unter dem Druck der Ereignisse hingenommen. In diesen Fällen wird sie aber nicht mitgetragen, weil keine Einsicht erfolgt ist. Vor dem Hintergrund derartiger Pseudo-Entscheidungen lässt sich der rasche körperliche und geistige Abbau mancher Betroffener als stiller Protest gegen fremde Verfügung interpretieren."⁵

Die eigene Einsicht in notwendige Behandlungswege und veränderte Lebensstrukturen beeinflusst dagegen den Heilungsprozess positiv.

Grundsätzlich hat der Sozialdienst im Krankenhaus daher den Anspruch, die Berücksichtigung der sozialen Dimension von Krankheit im Krankenhaus zu fördern, indem er

- die Lebensgeschichte des Patienten
- die Lebensplanung des Patienten
- das soziale Umfeld

³ Die demografische Entwicklung in Bremen zeigt für das Jahr 1992 22,7% der Gesamtbevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr. Für das Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf 34,9% dieser Altersgruppe gerechnet.

⁴ Thomas van den Boogaart: Sozialdienst im Krankenhaus, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Landessozialamt Hamburg, 1991, S. 12

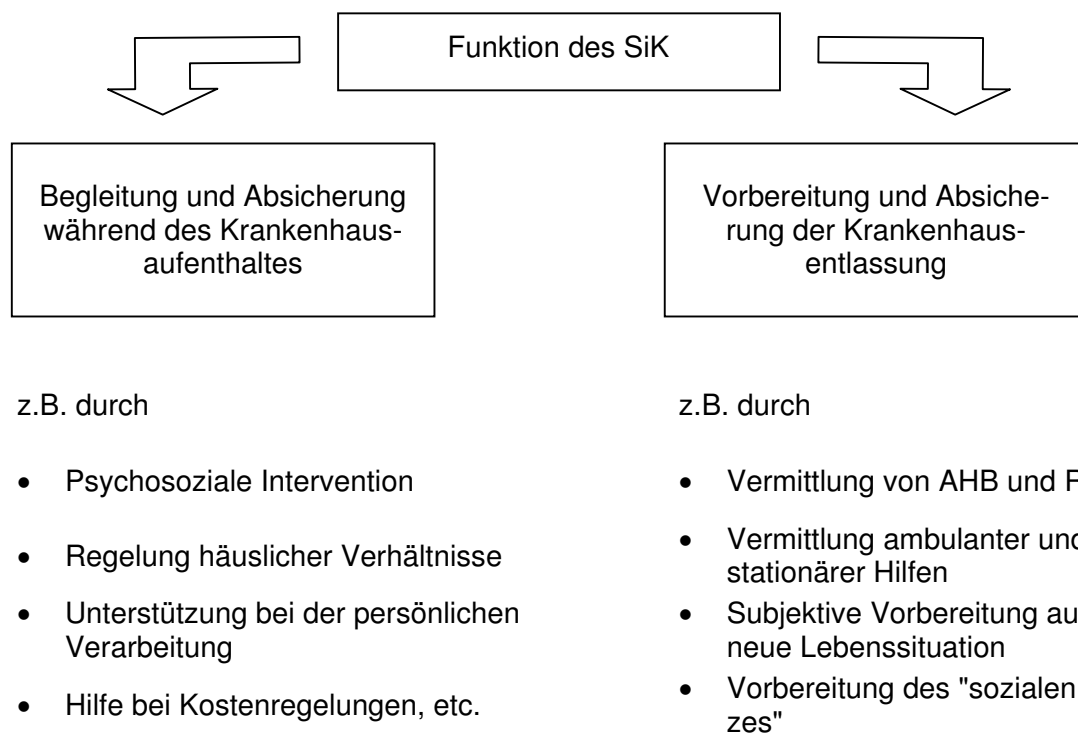
⁵ ebd.

- und die personellen Ressourcen des Patienten eruiert und versucht, diese Aspekte in Absprache mit den im Krankenhaus Behandelnden in den Behandlungsplan einzubringen. Der Sozialdienst hat damit im Unterschied zu den *behandelnden* Berufen im Krankenhaus dem Patienten gegenüber eine eher *verhandelnde* Rolle, indem er sich mit ihm über seine Lebensplanung auseinandersetzt und ihn in seiner individuellen Krankheitsbewältigung zu fördern versucht. Die Inhalte der Beratung orientieren sich dabei weniger an Krankheitsbildern als an der individuellen Lebenssituation des Patienten/Klienten.⁶

Im Krankenhaus sieht sich der Sozialdienst als erforderliche Ergänzung der medizinischen und pflegerischen Behandlung,

- zu deren Zielbestimmung er durch Erhebung der Sozialanamnese beiträgt
- die er unterstützt, indem er persönliche Probleme des Patienten mindert, die einer Behandlung im Wege stehen könnten
- deren Erfolg er schließlich absichert durch eine adäquate poststationäre Versorgung, Betreuung oder Rehabilitationsmaßnahme
- die er nötigenfalls durch entsprechende Kostenregelungen absichert.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Funktion des Sozialdienstes als Teil der Krankenhausversorgung wie folgt dar:



Patienten, die durch persönliche oder soziale Probleme belastet sind, können sich häufig nicht in angemessener Art auf die Behandlung einlassen und daran mitwirken. In vielen Fällen ergeben sich dadurch Komplikationen in der Behandlung und noch häufiger zeitliche Verzögerungen.

So wird eine Mutter möglicherweise nicht in eine Operation einwilligen, wenn sie nicht sicher sein kann, dass ihre Kinder zu Hause bis zu ihrer Entlassung ausreichend versorgt sind.

⁶ S. Metzger-Paratsch: Methoden von Sozialarbeit im Krankenhaus in "Sozialdienst im Krankenhaus", Heft 1/93

Auch die Versorgung alter, pflegebedürftiger Angehöriger ist oft eine Hinderung für eine notwendige stationäre Behandlung. Andere Patienten können einer Behandlung nicht in Ruhe entgegensehen, solange ungeklärt ist, ob eventuell Wohnung oder Arbeitsplatz durch einen längeren Krankenhausaufenthalt gefährdet sind.

Schließlich ist in einer Reihe von Fällen auch die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung zu klären. Dies betrifft nicht nur nicht-versicherte Sozialhilfeempfänger, sondern auch unzureichend privatversicherte Patienten.

Indem der Sozialdienst hier Unterstützung leistet, schafft er mit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche medizinische Behandlung und vermeidet unnötige Verzögerungen.

Die Genesung wird nicht zuletzt davon positiv beeinflusst, dass der Patient möglichst früh eine klare Perspektive für die Zeit nach der Entlassung hat. Hierzu gehören eine rechtzeitige und qualifizierte Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Möglichkeiten der poststationären pflegerischen Versorgung. Häufig hat die Krankheit dauerhafte Beeinträchtigungen zur Folge hat, wie z.B. bei Amputationen, schweren Schlaganfällen und unheilbaren Krebserkrankungen. Hier ist eine Beratung zu dem Umgang mit den sozialen Folgen der Krankheit (familiäre Probleme, Berufsunfähigkeit) notwendig zur Vorbereitung auf die Entlassung, bzw. auf die Rückkehr in das soziale Umfeld.

Schließlich sind konkrete Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungserfolges zu treffen. So ist z. B. bei bleibender Immobilität eine entsprechende Anpassung des Wohnumfeldes vorzunehmen oder bei einem Diabetiker in Absprache mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen zu klären, wie eine angemessene Ernährung unterstützt und kontrolliert werden kann.

Konkrete Aufgabenbeschreibungen für den Sozialdienst im Krankenhaus in Bremen sind zu finden

- im Geschäftsverteilungsplan (GVP) des SFGJSU (gültig bis Ende 1996),
- "Leistung von Hilfen zur Überwindung oder Minderung der durch Krankheit oder Unfall bedingten persönlichen (und sozialen) Probleme/Belastungen und deren Auswirkungen auf das Leben und soziale Bezugsfeld für PatientInnen aller Altersgruppen" (Punkt 1 des GVP),
- im "Zukunftskonzept für den Sozialdienst im Krankenhaus", vorgelegt vom SFGJSU im Mai 1996
- und in den Kooperationsverträgen der Krankenhäuser mit dem SFGJSU.

5.2.2. Gesetzliche Grundlagen

Die Notwendigkeit von Sozialarbeit im Krankenhaus ergibt sich jedoch nicht nur aus den Anforderungen an einen erfolgreichen Genesungsprozess. Sie ist auch - wenn auch erst spät - gesetzlich festgeschrieben worden. Nach einem Votum des Bundesgesundheitsrates 1971 wurde der SiK in den Landeskrankenhausesetzen von 6 Bundesländern festgeschrieben. Die alte Vorschrift am § 372 RVO wurde erweitert und in § 112 SGB V wie folgt neu gefasst:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuches entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1.
2.
3.

4. Die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation und Pflege.

5.2.3. Die Entwicklung

In Bremen wurde der SiK seit seiner Gründung vor etwas mehr als 50 Jahren als freiwillige Leistung von der Stadt finanziell getragen und vom Amt für Familienhilfe und Sozialdienst (später Amt für Soziale Dienste) wahrgenommen - die Bestimmungen des SGB V bzw. der RVO, die die Krankenhäuser zur sozialen Beratung der Patienten verpflichten, wurde in Bremen bis 1989 durch eine andere Organisationsform des Krankenhaussozialdienstes, d.h. die behördliche Anbindung, sichergestellt.

1989 wurden von der Sozialbehörde Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern über den SiK abgeschlossen, die die Krankenhäuser verpflichteten, in Anlehnung an die bundesweit üblichen Regelungen die Personalkosten für den SiK zu übernehmen. Nachdem das Krankenhaus St. Joseph-Stift, das Rote-Kreuz-Krankenhaus und die Roland-Klinik inzwischen Sozialdienste in eigener Trägerschaft eingerichtet haben, galten diese Vereinbarungen noch für die vier kommunalen Zentralkrankenhäuser, die Evangelische Diakonissenanstalt und die Paracelsus Kurfürstenklinik bis Ende 1996.

Entsprechend dieser Vereinbarung wurden von diesen Krankenhäusern die Personalkosten für die in den Krankenhäusern tätigen Sozialarbeiter/innen vergütet. Die Kosten für den ebenfalls in der Behörde des SFGJSU angesiedelten Schreibdienst für den SiK wurden den Krankenhäusern, anteilmäßig der einzelfallbezogenen Tätigkeit, in Rechnung gestellt. Die Personalkosten für die Leitung des SiK wurden vollständig von der Behörde getragen.

Auf Grundlage des "Zukunftskonzeptes für den Sozialdienst im Krankenhaus", das beim SFGJSU erarbeitet wurde, hatte in den 90er Jahren eine intensive Diskussion innerhalb des Dienstes, aber auch zwischen dem SFGJSU und den Krankenhäusern, stattgefunden über fachliche Weiterqualifizierungsmaßnahmen, aber auch über Fragen der Struktur und der Trägerschaft des Dienstes.

Ergebnis dieser Diskussion war u.a., dass die Trägerschaft des Dienstes beim SFGJSU nicht geeignet war, den Dienst und seine Integration in den Krankenhausablauf in dem Sinne weiterzuentwickeln, wie es erforderlich war. Die Tatsache, dass der SFGJSU zwar Träger des Dienstes war, die Personalkosten jedoch mit den Krankenhäusern abgerechnet wurden, implizierte einen hohen laufenden Abstimmungsbedarf zwischen der zuständigen Stelle beim SFGJSU und den Krankenhäusern, der einer fachlichen Weiterentwicklung eher im Wege stand, als dass er sie förderte.

Nach Auswertung dieser Diskussion hat der SFGJSU daher den Krankenhäusern vorgeschlagen, den Sozialdienst im Krankenhaus in eigene Verantwortung und Trägerschaft zu übernehmen. Anfang 1996 fanden zwischen den sechs Krankenhäusern und dem SFGJSU Verhandlungen über die Übernahme des Sozialdienstes in die einzelnen Krankenhäuser statt. Im Laufe des Jahres übernahmen alle Krankenhäuser den Sozialdienst in Eigenregie, die letzten zum 01.01.1997. Die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen wollte weiterhin im bekannten Arbeitsfeld tätig sein und wurde von den Krankenhäusern als Personal übernommen.

Während des Umstellungsprozesses frei gewordene Stellen wurden zum Teil nicht wieder besetzt, so dass es insgesamt zu einer Reduzierung des Personalbestandes um 1 1/7 Stellen kam.

Überleitungsstellen

Bereits 1995/96 waren in mehreren Krankenhäusern Überleitungsstellen zur Organisation von ambulanter Pflege nach der Entlassung eingerichtet worden. Diese sollten den Sozialdienst spürbar entlasten, wurden jedoch ohne seine Einbeziehung installiert. Dabei wurde vereinbart, dass Pflegedienste der freien Wohlfahrtsverbände dem Krankenhaus Personal zur Verfügung stellen, um eine schnelle und reibungslose Anschlussversorgung der Patienten zu gewährleisten. Die in der AGH organisierten privaten Pflegedienste haben daraufhin Klage eingereicht, da sie sich durch diese Einrichtung bei der Vergabe von Pflegeaufträgen benachteiligt fühlten. Nach außergerichtlicher Einigung erfolgte im März 1997 eine öffentliche Ausschreibung durch die Krankenhäuser, die einen Pflegedienst zur Betreuung eines Vermittlungsbüros für die Organisation von ambulanter Pflege suchten.

Durch die Einführung des GMG sind inzwischen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen worden, dass Krankenhäuser Kooperationsbeziehungen mit ambulanten Pflegediensten eingehen können. Krankenhäuser können demnach eigene Kriterien definieren, die ein Pflegedienst für einen Kooperationsvertrag zur optimalen Anschlussversorgung erfüllen muss. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten bleibt davon unberührt; sie haben weiterhin die Möglichkeit, den Pflegedienst ihrer Wahl vermittelt zu bekommen.

Zentrale Fachkoordinationsstelle

Gleichzeitig wurden mit allen Krankenhäusern Verhandlungen über die Einrichtung einer zentralen Fachkoordinationsstelle geführt. Diese beinhaltet neben der Qualitätssicherung der Sozialarbeit im Krankenhaus auch die Optimierung der Patientenbetreuung sowie der reibungslosen Anschlussversorgung. Zu den Aufgabenbereichen gehören u.a. die Fachberatung, Sicherung der Fortbildung, Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Leistungsträgern, Sozialverwaltung und Kostenträgern.

Im Rahmen der Entwicklungen im Gesundheitswesen (Budgetierung, Einführung der DRGs, siehe 5.2.5.) verfügen die Krankenhäuser über einen geringer werdenden Spielraum in ihren finanziellen Ressourcen. Eine langfristige Absicherung durch Drittmittel konnte für die Zentrale Koordinationsstelle nicht erreicht werden. Teile der Aufgaben der Koordinationsstelle sind heute im Geschäftsverteilungsplan des Referates Ältere Menschen beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales verankert.

In Ihrer heutigen Funktion übernimmt die Zentrale Koordinationsstelle neben der Qualitätsentwicklung insbesondere eine Mittlerfunktion zwischen den Sozialdiensten der Krankenhäuser und externen Diensten und Einrichtungen.

Sozialdienst Erwachsene des AfSD

Ein wichtiger Kooperationspartner ist dabei das Amt für Soziale Dienste, mit dem z.B. Verfahrensweisen in der Fallbearbeitung und Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

Die Überleitung von Patienten und Patientinnen in nachstationäre Versorgungsformen macht in vielen Fällen eine Weiterbearbeitung durch den Sozialdienst Erwachsene des AfSD erforderlich, insbesondere dann, wenn es sich um Verlegungen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen handelt. Hier gilt es sicher zu stellen, dass Patienten und Angehörige übergangslos weiter beraten und unterstützt werden um die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu organisieren. Nur die strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Diensten kann dieses gewährleisten und einer stetigen Zunahme von dauerhaften stationären Unterbringung entgegen wirken, die auch Auswirkungen auf das Budget des Sozialhilfeträgers haben. Im Rahmen der Steuerung der Hilfe zur Pflege leistet ist die Zentrale Koordinationsstelle damit auch Ihren Beitrag zur Entwicklung von Steuerungsinstrumenten.

Berücksichtigung sozialer Komponenten

Die Notwendigkeit einer qualifizierten Sozialberatung in den Krankenhäusern ist nach wie vor unumstritten. Die neuen Gesetze im Gesundheitswesen schränken mit dem Druck auf die Verkürzung der stationären Behandlungszeiten den Raum, den Krankenhäuser und ihre Beschäftigten für die Wahrung der sozialen Belange ihrer Patienten haben, erheblich ein. Durch den Sicherstellungsauftrag wird ein eigens für diesen Bereich qualifizierter Dienst im Krankenhaus immer bedeutender.

Neben den strukturellen Veränderungen fand durch die Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung auch eine Veränderung der inhaltlichen Arbeit statt. Entscheidungen zur Kostenübernahme einer vollstationären Unterbringung nach einer Krankenhausbehandlung werden derzeit nur von Kriterien der Pflegekassen bestimmt. Ausschlaggebend ist dabei die vorhandene körperliche Pflegebedürftigkeit, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen bestätigt werden muss. Eine Berücksichtigung sozialer Komponenten findet nur unzureichend statt, da sich auch der Sozialhilfeträger nach den Kriterien der Pflegekassen richtet. Die erforderliche fachliche Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus wird durch dieses Verfahren maßgeblich eingeschränkt.

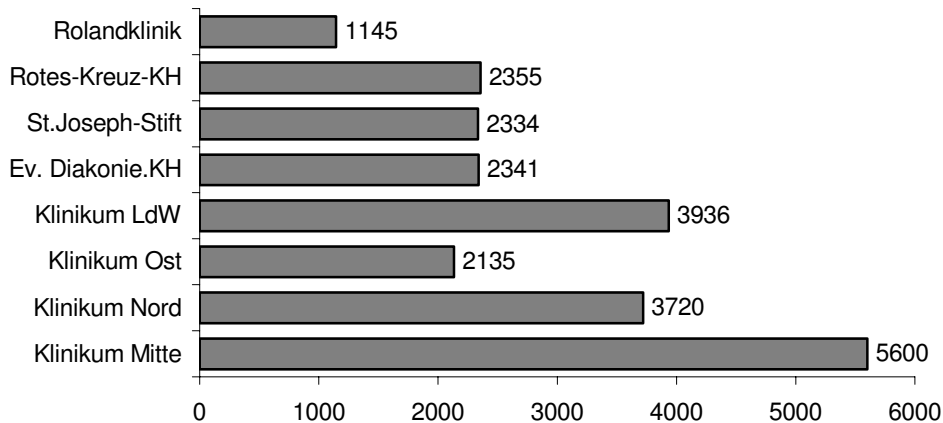
Zur verzögerungsfreien Organisation einer Pflegeheimunterbringung wurde zwischen den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Bremer Krankenhausgesellschaft ein Eilverfahren vereinbart, das sich nach anfänglichen Schwierigkeiten bewährt hat.

5.2.4. Statistik

Zuständig ist der SiK in Bremen für alle Patienten in Bremer Krankenhäusern und deren Angehörige bzw. Bezugspersonen. Die Zuständigkeit besteht unabhängig vom Alter, Geschlecht, der Zielgruppenzugehörigkeit und des Wohnortes. In die Gesamtzahl gehen daher auch Klienten aus anderen Bundesländern ein, die in eine Fachklinik überwiesen wurden und die Klienten, die aus dem niedersächsischen Umland stammen.

2003 wurden insgesamt 23.566 Klienten in allen Bremer Krankenhäusern vom Sozialdienst betreut. Damit haben sich die Fallzahlen innerhalb der letzten Jahre deutlich erhöht. So lagen z.B. im Jahr 1998 die Fallzahlen im Klinikum Mitte bei 4.505, im Klinikum Ost bei 1.726 oder im Evangelischen Diakoniekrankenhaus bei 1.586.

Fallzahlen 2003

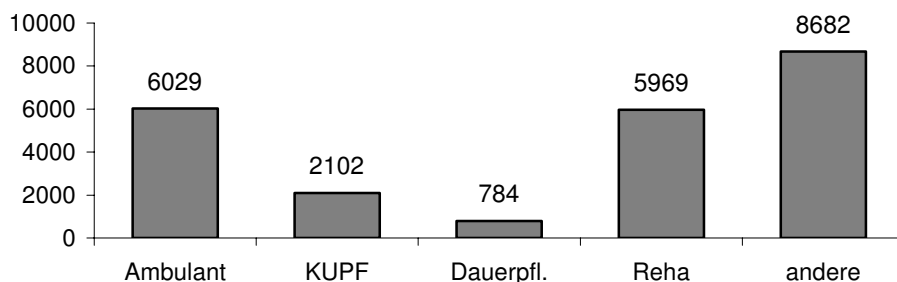


Die vom Sozialdienst erbrachten Leistungen setzen sich zusammen aus den Bereichen Psychosoziale Intervention, Soziale Intervention, Wirtschaftliche Intervention, Nachsorge (ambulant und stationär) sowie Rehabilitation (medizinisch und beruflich)

Da zwei Krankenhäuser ihre Fälle nicht nach Leistungsbereichen erfassen und ein weiteres Krankenhaus nur die Zahl der vermittelten Langzeit- und Kurzzeitpflegeplätze erfasst, so dass die übrigen Leistungen unter andere Fälle gezählt werden, entspricht die Grafik nicht den exakten Zahlen. In der Tendenz zeigt sich jedoch eine entsprechende Verteilung in fast allen Krankenhäusern, d.h., die Zahl der Fälle, in denen andere Leistungen als die genannten erbracht wurden, entspricht in etwa der Zahl der ambulanten Versorgungen oder ist etwas größer als diese.

Für einzelne Bereiche (Ambulante Versorgung, Kurzzeitpflege (KUPF), Dauerpflege und Rehabilitationsmaßnahmen) ergibt sich folgendes Bild:

Leistungsbereiche



Zur *Ambulanten Versorgung* gehören alle Fälle, in denen der Patient nach dem Krankenhaus mit einer oder mehreren Hilfen nach Hause entlassen wurden. Dazu gehören die häusliche Krankenpflege nach SGB V und SGB XI, die Versorgung mit Hilfsmitteln, Essen-auf-Rädern, Nachbarschaftshilfe, Hausnotruf u.a..

Auffällig ist bei der Vermittlung von stationärer Pflege, dass die Zahl der Kurzzeitpflegen nahezu dreimal so hoch ist wie die Dauerpflegen. Hier spiegelt sich die Situation der Krankenhäuser wider, die nach Einführung der DRGs ihre Patienten wesentlich früher entlassen

müssen. Durch das angewandte Eilverfahren zur Vermittlung von Patienten in stationäre Pflegeeinrichtungen muss der MDK die vorliegenden Pflegebedürftigkeit ebenfalls so frühzeitig beurteilen, dass eine entgeltliche Einschätzung über die Aufnahme in einer Dauerpflegeeinrichtung erst durch die persönliche Begutachtung in der Kurzzeitpflege erfolgt.

In den unter *andere* erfassten Fällen beinhalten die erbrachten Leistungen in der Regel Beratungsleistungen, zu denen insbesondere psychosoziale Interventionen zählen, sowie Fälle, neben der Beratung aus allen Leistungsbereichen (z.B. sozialrechtliche Beratung, prophylaktische Beratung zu Versicherungsleistungen oder zur Pflegebedürftigkeit) zu keiner weiteren Leistung führten (Vermittlung von Hilfen, Maßnahmen, Antragstellung, usw.).

5.2.5. Einführung der DRGs

Mit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 als neues Abrechnungssystem veränderte sich die Situation in den Krankenhäusern. DRGs sind ein leistungsbezogenes, auf Diagnosen aufgebautes Patientenklassifikationssystem. Ähnlich kostenaufwendige Behandlungsfälle werden anhand der medizinischen Zusammengehörigkeit (identische oder ähnliche Diagnosen und/oder Eingriffe) in gemeinsame kostenhomogene Fallgruppen eingeordnet. Das Krankenhaus erhält pro Fall ein pauschaliertes Entgelt, entsprechend der Diagnose und des vorliegenden Schweregrades, egal wie lange sich der Patient im Krankenhaus befindet oder wie er behandelt wird. Das DRG-System basiert auf rein medizinischen Inhalten, es ist nicht prozeduren- und funktionsbezogen, sondern diagnose- und einzelfallbezogen. Andere, ebenfalls behandlungsrelevante Inhalte, wie z.B. die Beteiligung der Pflege, der Therapeuten oder des Sozialdienstes, werden nicht berücksichtigt.

Im DRG-System lassen sich der unterschiedliche Aufwand, die verbrauchten Ressourcen und die Ressourcenintensität differenziert nach den Einzelfällen erfassen. Es ermöglicht dadurch die vollständige Abbildung der im Krankenhaus behandelten Patienten bzw. der Behandlungen. Mit einem einzigen Patientenklassifikationssystem kann das gesamte Leistungsgeschehen widerspiegelt werden.

Im Rahmen der Zielsetzung des GMG und der Forderung nach mehr Transparenz und Wettbewerb im Gesundheitswesen ermöglicht das neue Abrechnungssystem auch, dass Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Qualität und Kosten miteinander verglichen werden können.

Die DRGs als neues Abrechnungssystem für die medizinischen Leistungen im Krankenhaus sind jetzt Realität. Die Geschwindigkeit der Entlassung erhöht sich rasant, denn jeder eingesparte Liegetag bedeutet einen finanziellen Gewinn für das Krankenhaus. Die Qualität der Behandlung soll dabei erhalten, wenn möglich sogar verbessert werden. Außerdem soll der erreichte Gesundheitsstatus des Patienten über die Entlassung hinaus Bestand haben: Drehtüreffekte und Rehospitalisierung sind weniger erwünscht denn je. Krankenhäuser analysieren im Rahmen der Qualitätssicherung ihre internen Behandlungsprozesse und -abläufe um diese zu optimieren. Dabei stehen die Leistungen aller beteiligter Abteilungen und Berufsgruppen auf dem Prüfstand.

Auswirkungen auf die Patienten

Für die meisten Patienten haben diese Veränderungen positive Auswirkungen - wenn es gelingt, krankenhausesintern eine optimale Prozessorientierung erreichen damit der Patient zufrieden ist mit der Krankenhaus-Gesamtleistung. Dann profitieren die Patienten von der

- Effektiveren Behandlung
- Vermeidung unnötiger Wartezeiten und
- Schnelleren Entlassung nach Hause

Problematisch wird es für die Gruppe von Patienten, die mit einer relativ hohen Pflegebedürftigkeit bereits eingewiesen oder aber entlassen werden müssen, d.h., in der Regel für die

älteren, multimorbiden und die chronisch kranken Patienten. Diese Patienten benötigen in der Regel eine längere Zeit der Rekonvaleszenz, müssen jedoch nach Einführung der DRGs vom Krankenhaus zügig entlassen werden.

Für diesen Personenkreis kann zu Versorgungslücken kommen, insbesondere dann, wenn die bestehende Pflegebedürftigkeit erheblich, aber vorübergehend ist. Wer weniger als sechs Monate von krankheitsbedingter Pflegebedürftigkeit betroffen ist hat keine Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Krankenversicherung gewährt weder Leistungen der Kurzzeitpflege noch umfangreiche ambulante Grundpflege. Patienten, die nach ihrer Entlassung einen erhöhten, vielleicht sogar stationären, Pflegebedarf haben müssen die erforderlichen Leistungen selbst finanzieren.

Da die Einführung der DRGs kostenneutral erfolgen soll, wird das Budget der ambulanten Leistungen der Krankenversicherung nicht erhöht. Die Krankenkassen werden also nicht mehr Geld für ambulante Pflege oder Therapien ausgeben. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung wird deutlich, dass die Anzahl dieser Patienten (immer älter und pflegebedürftiger) zukünftig weiter steigen wird.

Langfristig gilt es, die vorhandenen nachstationären Versorgungsformen optimal auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe abzustimmen. Dazu zählt die Sicherung der häuslichen Krankenpflege, auch in erheblich größerem Umfang als bisher, die Überprüfung der Angebote von Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege sowie die Entwicklung von Angeboten, die nach feststellbaren Versorgungslücken ganz neu konzipiert werden müssen.

Weiterhin ist die Frage der Finanzierungsmöglichkeiten zu klären. Ohne sozialrechtlich gesicherte Ansprüche für derartige Angebote besteht die Gefahr, dass nur Patienten mit höherem Einkommen entsprechende Angebote in Anspruch nehmen. Die gesundheitlichen Folgen für die übrigen betroffenen Patienten (z.B. Wiedereinweisung aufgrund unzureichender Versorgung, Erhalt der Pflegebedürftigkeit aufgrund fehlender Mobilisation oder therapeutischer Behandlungen, Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. Chronifizierung der Erkrankung) sind derzeit nicht absehbar.

5.2.6. Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement pflege- und hilfebedürftiger Patienten war und ist eine originäre Aufgabe des Sozialdienstes. Die Forderungen der Sozialdienste nach rechtzeitiger Information über versorgungsbedürftige Patienten, nach strukturierten Kooperationsformen mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus und die gut geplante Übergabe in nachstationäre Versorgungsformen sind nicht neu. Aber erst die Bemühungen der Krankenhäuser um Kostenersparnis haben die Entlassung und die damit verbundenen Tätigkeiten in das allgemeine Blickfeld gerückt. Insbesondere die Berufsgruppe der Pflege sieht das Entlassungsmanagement als Teil ihrer Aufgabe und tritt damit in Konkurrenz zu den Sozialdiensten. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2002 den *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege* herausgegeben, der bundesweit als Richtlinie gelten soll. Die Diskussionen um Aufgaben und Verantwortung im Rahmen des Entlassungsprozesses werden auch in den Bremer Krankenhäusern geführt.

Der Sozialdienst sieht das Entlassungsmanagement weiterhin in seiner Verantwortung, denn nicht der Grad der Pflegebedürftigkeit entscheidet über die angemessene Form der nachstationären Versorgung, sondern die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Gerade unter den veränderten strukturellen Bedingungen in den Krankenhäusern wird die Verantwortung des Sozialdienstes im Entlassungsprozess stärker betont. Aufgrund seiner fachlichen Qualifikation kann er wesentlich zur Weiterentwicklung von Strukturen beitragen, die ein interprofessionelles und patientenorientiertes Vorgehen standardisieren. Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement minimiert die Schnittstellenprobleme zwischen dem Kran-

kenhaus und der nachstationären Versorgung. Jeder Patient hat Anspruch auf eine gut vorbereitete und optimal koordinierte Überleitung. Die klinische Sozialarbeit leistet hier einen Beitrag zur Sicherung des Behandlungserfolges, der auch in der Lebenswirklichkeit des Patienten Bestand haben wird.

Das Entlassungsmanagement der Sozialdienste basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Die Fachgruppe der Sozialdienste der Bremer Krankenhäuser haben gemeinsam eine fachliche Stellungnahme zum Entlassungsmanagement verabschiedet. Sie ist hinterlegt mit einer Beschreibung des Prozessablaufs in schriftlicher und grafischer Form; parallel dazu wird eine umfassende Leistungsbeschreibung für alle Aufgaben des Sozialdienstes erarbeitet.

Der Sozialdienst trägt durch ein gutes Entlassungsmanagement nicht nur zum wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser bei, sondern ist im Rahmen von Patientenorientierung und Patientenfreundlichkeit ein wichtiger Faktor im Wettbewerb. Einige Aspekte des Entlassungsmanagements sollen nachfolgend kurz erläutert werden.

5.2.7. Einbindung des Patienten, der Angehörigen und Bezugspersonen

Ein qualifiziertes Entlassungsmanagement für pflegebedürftige Patienten zur Sicherung der weiteren Versorgung erfordert im Einzelfall die Berücksichtigung verschiedener individueller Aspekte. Der Sozialdienst ermittelt auf Basis der Sozialanamnese und sozialen Situationsanalyse den individuellen Bedarf an Beratung und Unterstützung hinsichtlich psychosozialer Interventionen sowie sozialer und wirtschaftlicher Sicherung. Er berät zu allen Aspekten der nachstationären Versorgung, der Rehabilitation und Reintegration auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Damit manifestiert sich auch seine Verantwortung im Behandlungskontext.

Die Berücksichtigung der persönlichen und sozialen Faktoren sind bei der Planung des Übergangs in die Nachsorge unverzichtbar wenn eine langfristige Stabilität des Behandlungserfolges erzielt werden soll. Das erfordert von Anfang an die konsequente Einbindung des Patienten, seiner Angehörigen und Bezugspersonen in die Entlassungsplanung. Als "Experte in eigener Sache" ist der Patient der wichtigste Kooperationspartner. In der akuten Situation des Krankenhausaufenthaltes geben seine Ängste, Ressourcen, Hoffnungen und Wünsche Hinweise auf die zu erbringenden Leistungen des Sozialdienstes, die das Spektrum von der psychosozialen Intervention über soziale und wirtschaftliche Interventionen bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation umfassen.

Die Entlassung in ein stabiles soziales Netz kann in vielen Fällen nur mit Unterstützung vorhandener Angehöriger und Bezugspersonen erfolgen. Sie sind daher ebenfalls im Vorfeld der Entlassung verbindlich in die Planungen einzubeziehen. Ihre Ressourcen entscheiden über die Tragfähigkeit der erarbeiteten Lösung, insbesondere bei multiplen Problemlagen, und damit auch über einen langfristigen Erfolg der Behandlung.

Voraussetzung zur Erarbeitung einer qualitativen Entlassungsplanung ist vor allem die psychosoziale Beratung zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und angemessenen Einschätzung der akuten Lebenssituation. Nur wenn die vorhandenen Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen / Bezugspersonen mit Abklärung der individuellen Belastungsgrenzen entsprechend berücksichtigt werden, kann die Umsetzung im Alltag für alle Beteiligten zufriedenstellend gelingen. Das Wissen und die Fähigkeiten der Patienten und seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen sind daher ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Entlassungsmanagements.

5.2.8. Einbindung interner und externer Kooperationspartner

Um eine qualitative Lebensperspektive mit dem Patienten, seinen Angehörigen und Bezugspersonen erarbeiten und umsetzen zu können, müssen neben den individuellen Bedingungen des sozialen Umfeldes des Patienten auch die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Faktoren des Einzelfalls berücksichtigt werden. Der Sozialdienst arbeitet daher eng mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus zusammen um alle Aspekte der zukünftigen Lebensgestaltung einzubeziehen, damit auch nach der Entlassung die Lebensqualität des Patienten erhalten bleibt bzw. wieder hergestellt wird.

Zu einer optimalen Vorbereitung des Übergangs in die nachstationäre Versorgung ist gleichzeitig eine verbindliche Einbindung der externen Kooperationspartner erforderlich. Die eingesetzten nachsorgenden Dienste und Einrichtungen sind ein wesentlicher Faktor in der Umsetzung des vereinbarten Entlassungsarrangements. Bei Patienten ohne oder nicht verfügbaren Angehörigen und Bezugspersonen entscheidet ihre Qualität über den Erfolg oder Misserfolg der angestrebten Lösung.

Der Sozialdienst verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Strukturen, der regionalen Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich sowie über deren Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten auf Grundlage der bestehenden Sozialgesetzgebung. Die Beratung des Patienten zur Auswahl der benötigten Dienste und Einrichtungen bezieht daher insbesondere qualitative Kriterien ein.

5.2.9. Strukturelle Bedingungen

Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement muss in die Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser, wie Behandlungspfade und Verfahrensanweisungen, fest verankert sein. Von Anfang müssen die Patientengruppen systematisch identifiziert werden, die eines gezielten Entlassungsmanagements bedürfen um rechtzeitig mit der zielgenauen und häufig zeitintensiven Planung beginnen zu können. Obligatorische Meldungen an den Sozialdienst nach der Erfassung qualitativer Kriterien ausgewählter Patientengruppen zum Pflege- und Hilfebedarf sind dazu unerlässlich.

Ein solches Verfahren muss auch während der Behandlungsdauer Anwendung finden um sicher zu stellen, dass auch Patienten erfasst werden, bei denen sich erst während der Behandlung ein entsprechender Bedarf abzeichnet. Dazu sind verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln, die eine solche Erfassung gewährleisten müssen.

Standardisierte Formulare, vom Anforderungskonsil, über Checklisten und Rückmeldungen bis zum Abschlussbericht, und eine strukturierte Informationsübermittlung unter Einsatz moderner Kommunikationstechniken fördert die Transparenz zwischen allen Bereichen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und externen Kooperationspartnern muss ebenfalls verbindlich geregelt werden. Das betrifft neben der Übermittlung von Daten und Informationen zum Einzelfall insbesondere den Austausch zu den Angeboten der einzelnen Anbieter, denn nur die umfassende Kenntnis über deren Leistungen und die Qualität ermöglichen die gezielte Beratung zur Auswahl der benötigten Einrichtungen, Dienste und Hilfsangebote.

Darüber hinaus muss sich der Sozialdienst auch beteiligen an der Weiterentwicklung nachstationärer Angebote. Nur so kann sichergestellt werden, dass aktuelle und sich neu entwickelnde Bedarfe aus den Krankenhäusern im Versorgungsnetz adäquat abgedeckt werden können.

B - Bewertung und Maßnahmen

Auch nach Einführung der DRGs und unter veränderten Behandlungsbedingungen in den Krankenhäusern muss der Patient, als Abnehmer von Gesundheitsleistungen, im Mittelpunkt stehen. Die berufsethische Ausrichtung der im Gesundheitsbereich Beschäftigten darf es nicht anders zulassen. Doch ökonomische Gesichtspunkte müssen ebenfalls beachtet werden - ohne jedoch diese Prinzipien zu vernachlässigen. Die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen, die Veränderung von Strukturen und die Optimierung von Prozessen darf nicht überwiegend unter dem Aspekt der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus betrachtet werden.

Entlassungsmanagement als qualitatives Element der Patientenversorgung dient dabei nicht nur der Einsparung von Kosten, sondern bedeutet für die Patienten mehr Lebensqualität und einen verbesserten Gesundheitsstatus. Eine gute Entlassungsplanung verkürzt Krankenhausaufenthalte und trägt zur Vermeidung von Wiedereinweisungen bei oder verzögert diese.

Entlassungsmanagement verbessern

Durch adäquate Nutzung der Leistungen des Sozial- und Gesundheitsbereiches können Patienten, trotz vorhandener Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit, in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren und dauerhafte Pflegeheimunterbringungen vermieden werden. Insbesondere für chronisch Kranke, Alte, Pflegebedürftige und Multimorbide sowie für Multiproblempatienten muss nach einem stationären Aufenthalt eine langfristige Perspektive erarbeitet werden, um wiederholten, medizinisch nicht gerechtfertigten Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen vorzubeugen.

Unnötige Pflegeheimunterbringungen vermeiden

Neben den strukturellen krankenhausinternen Veränderungen befasst sich der Krankenhaussozialdienst auch mit den neuen gesundheitspolitischen Programmen, wie sie 2003 im GMG festgelegt wurden. Dazu zählt die Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP; SGB V, §§ 137f, 137g) und Formen der Integrierten Versorgung (IV; SGB V §§ 140a - 140d). Verschiedene Krankenhäuser in Bremen haben bereits mit unterschiedlichen Kostenträgern Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme abgeschlossen. In den Verträgen ist nicht explizit geregelt, wie der Sozialdienst im Krankenhaus in den Behandlungsprozess integriert ist, die betroffenen Kollegen/innen sind im einzelnen jedoch verbindlich in die Beratung eingebunden. Die Teilnahme eines Patienten zur Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist

SiK in Integrierte Versorgung und Strukturierte Behandlungsprogramme integrieren

freiwillig. Da es sich in der Regel um geplante Behandlungen handelt (z.B. Einsatz eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks), können begleitende und vorsorgende Hilfen für den Patienten und seine Angehörigen rechtzeitig vom Sozialdienst eingeleitet werden (z.B. Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes für den pflegebedürftigen Ehepartner).

Mit der Zunahme strukturierter Behandlungsprogramme ist zu rechnen. Damit wird sich auch die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes verändern. Da diese Entwicklung noch ganz am Anfang steht, müssen die Erfahrungen mit den bisherigen Programmen abgewartet und ausgewertet werden. Langfristig muss sich der Sozialdienst sektorenübergreifend entwickeln, denn die Zeit im Krankenhaus wird für den Patienten immer kürzer, die Bedarfe für Beratung und Organisation von begleitenden und nachsorgenden Hilfen, insbesondere bei alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten, bleiben jedoch bestehen.

Gesundheitliche Leistungen müssen sich daran messen lassen, ob diese bedarfsgerecht den Menschen erreichen und nachhaltig wirken. Um dies zu erreichen, sind soziale und psychische Dimensionen mit einzubeziehen und Behandlungsziele neu zu definieren. Durch integrationsorientierte Ausrichtung steigt die Chance der Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben für Menschen, die aufgrund einer Erkrankung dauerhaft oder vorübergehend an gesundheitlichen Einschränkungen leiden.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderung besteht für den SiK ein erhöhter Bedarf an Qualifizierung und zentraler Koordination. Die Absicherung der zentralen fachlichen Koordination für Sozialarbeit im Krankenhaus ist für die Weiterentwicklung des Sozialdienstes unerlässlich.

Sektorübergreifende Entwicklung des Sozialdienstes

Zentrale fachliche Koordination

6. Querschnittsthemen

6.1. Altenpflegeausbildung

A - IST Beschreibung

Grundlage der Bremer Altenpflegeausbildung ist das Bremische Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege (BremAltPflAG). Dieses Gesetz, das am 1. Januar 1997 in Kraft trat, wurde am 1. August 2003 durch das bundeseinheitlich geltende Gesetz über die Berufe in der Altenpflege abgelöst. Alle bis zu diesem Zeitpunkt begonnenen Ausbildungen werden noch nach Landesrecht beendet. Nach dem auslaufenden bremischen Gesetz dauert die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. Altenpfleger drei Jahre und besteht aus fachtheoretischen und fachpraktischem Unterricht sowie der praktischen Ausbildung. Der Gesamtstundenumfang beträgt für den theoretischen und fachpraktischen Unterricht 2.440 Stunden, für die praktische Ausbildung 2.600 Stunden. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung liegt bei den Fachschulen für Altenpflege. Im Land Bremen nehmen gegenwärtig fünf genehmigte Altenpflegesschulen die Ausbildungen für Altenpflegerinnen und Altenpfleger wahr.

Bei den Schulen handelt es sich um:

- Die Altenpflegeschule der Bremer Heimstiftung mit den Standorten Bremen-Mitte und Bremen-Nord
- Die Altenpflegeschule der Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremen
- Die Altenpflegeschule Friedehorst
- Die Altenpflegeschule des Instituts für Berufs- und Sozialpädagogik e.V.
- Die Altenpflegeschule der Betreuungs- und Pflegedienstleistungsgesellschaft Bremerhaven.

Der jährliche Ausbildungsbedarf für das Land Bremen wurde bei jährlich 150 Ausbildungsplätzen festgelegt. Diese 150 Plätze setzen sich zusammen aus einem Drittel Erstauszubildenden und zwei Dritteln Umschüler. Aufgrund der veränderten Bedingungen bei der Agentur für Arbeit konnte das für die Umschüler geltende Kontingent in den letzten zwei Jahren nicht mehr eingehalten werden, so dass die Gesamtzahl der zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze zurück ging. Erstauszubildende werden in Bremen seit Einführung des Bremer Altenpflegegesetzes im Jahre 1997 ausgebildet. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Ausbildungskapazitäten der Jahre 2001 bis 2004.

Ausbildungsplätze

	Erstauszubildende				Umschüler			
Jahr	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Bremer Heimstiftung	12	16	16	16	30	26	28	20
Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer	14	8	8	9	30	13	15	11
Institut für Berufs- und Sozialpädagogik	5	10	8	9	17	13	16	16
Friedehorst	7	8	10	13	17	13	15	2
Betreuungs- und Pflegedienstleistungsgesellschaft Bremerhaven	8	8	8	8	15	16	16	16
gesamt	46	50	50	55	109	81	90	65

Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung“

Von Oktober 2000 bis September 2003 nahmen 24 Auszubildende an dem Bremer Modellprojekt „Integrierte Pflegeausbildung“ teil. Jeweils 8 Auszubildende aus den Bereichen Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege durchliefen gemeinsam eine zweijährige berufsfeldweite Grundausbildung mit anschließender einjähriger Spezialisierung. Die Auszubildenden schlossen mit den Berufsbezeichnungen: „Krankenschwester/-pfleger“, „Kinderkrankenschwester/-pfleger“ und „Altenpflegerin/-pfleger“ ab.

Ziel des Projektes war, ein Ausbildungsprofil zu entwickeln, das zum einen dem zukünftig veränderten gesellschaftlichen Bedarf an pflegerischer Praxis und Kompetenz Rechnung trägt und zum anderen mit den Vorstellungen des Gesetzgebers hinsichtlich einer Reform der Pflegeausbildung konform geht.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für angewandte Pflegeausbildung (iap) der Universität Bremen für die Dauer von 3,5 Jahren.¹

Das Projekt wurde von allen Beteiligten nach Abschluss als erfolgreich verlaufen bewertet.

Qualifizierung in der Altenpflege durch JobRotation

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem damit verbundenen impliziten Bedarfs an qualifizierten Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften wurde in enger Kooperation zwischen der staatlich anerkannten Altenpflegeschule der Wirtschafts- und Sozialakademie der Angestelltenkammer Bremen, der Altenpflegeschule der Bremer Heimstiftung, der Agentur für Arbeit, dem Senator für Bildung und Wissenschaft und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ab Frühjahr 2001 das Projekt „JobRotation in der Altenpflege“ durchgeführt.

Durch dieses Projekt wurden ungelernte Pflegehilfen berufsbegleitend zu staatlich anerkannten Altenpflegehelfer/innen qualifiziert. Während sich die Beschäftigten weiterqualifizieren, werden arbeitsuchende Frauen und Männern als Stellvertreter/innen eingesetzt. Auch sie werden für die staatliche Anerkennung qualifiziert, jedoch zeitversetzt zu denjenigen Beschäftigten, die sich berufsbegleitend weiterbilden.

Nach Abschluss des Projektes ergab sich folgendes Resultat ²:

- 29 von 29 Absolventinnen und Absolventen der berufsbegleitenden Kurse stehen in einem festen Arbeitsverhältnis (=100%).
- Hierbei sind 22 Verträge fortgesetzt worden. 7 Absolvent/innen haben den Arbeitgeber gewechselt und einen neuen Vertrag abgeschlossen.
- 24 von 33 Stellvertreter/innen haben nach Abschluss der Ausbildung einen Arbeitsplatz gefunden (=72,2%). Stichtag jeweils 4 Wochen nach Qualifizierungsende.
- 6 Absolventinnen haben eine Weiterqualifizierung begonnen bzw. vertraglich zugesichert bekommen

Insgesamt hat sich dieses Projekt als eine Möglichkeit zur Qualifizierung von ungelernten Pflegekräften in der Altenpflege bewährt.

¹ Abschlussbericht Institut für angewandte Pflegeforschung März 2004 Universität Bremen

² Abschlussbericht „JobRotation in der Altenpflege“ der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH, Geschäftsbereich Bremen-Stadt

Schulversuch Zweijährige Berufsfachschule für Pflegehilfe

In enger Kooperation zwischen dem Senator für Bildung und Wissenschaft und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wurde ein Schulversuch initiiert, mit dem Ziel, Hauptschulabsolventen eine Ausbildung als Altenpflegehelfer/in zu ermöglichen. Dieser Schulversuch erstreckt sich über zwei Jahre und bietet Hauptschülern darüber hinaus die Möglichkeit, neben dem Abschluss staatlich anerkannter Altenpflegehelfer/in den mittleren Bildungsabschluss zu erlangen.

Zusammen mit dem gleichzeitig vermittelten höherwertigen Schulabschluss bildet die Ausbildung eine gute Grundlage und Einstiegsqualifikation für eine weiterführende Fachkräfteausbildung (z. B. in der Altenpflege oder Gesundheits- und Krankenpflege). Dies kann ein zusätzlicher Weg zur Gewinnung von Fachkräften sein.

Der Ausbildungsgang begann mit dem Schuljahr 2004 mit 26 Teilnehmern

EQUAL-SEPIA-Projekt

Kern von EQUAL sind so genannte Entwicklungspartnerschaften, in denen relevante Akteure des Arbeitsmarktes gemeinsam einen integrierten Ansatz zur Bekämpfung von Ungleichbehandlungen und Diskriminierungen entwickeln.

Auf unterschiedlichen Ebenen von Netzwerkarbeit wurde in diesem Modellprojekt versucht, folgende Ziele von EQUAL umzusetzen:

- Förderung der sozialen und beruflichen Integration / Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt
- Abbau und Verhinderung von Fremdenfeindlichkeit und Rassismus
- Förderung des lebenslangen Lernens
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Teilnehmer/innen kamen aus Korea, den Philippinen, Tibet, dem Kosovo, dem Iran, aus Russland, Kasachstan, Polen und der Ukraine. Mit ihren Berufsausbildungen der Herkunftsländer finden sie als Zuwanderer keine Anerkennung in Deutschland – und damit auch keine qualifizierte Arbeit.

Angefangen hat das Modellprojekt an der Schule für Altenpflege der Bremer Heimstiftung im Januar 2003 mit einem halben Jahr Berufsvorbereitung. Zur speziellen Unterstützung der Migranten/innen gehörten im Vorkurs fünf Lernbereiche, die wesentliche Schlüsselqualifikationen und erste Kenntnisse für eine Ausbildung in der Altenpflege vermitteln sollten:

- Förderung der allgemeinen Sprachentwicklung und Erwerb einer Fachsprache für die Pflege
- kulturelles Lernen zum besseren Verständnis des Zuwanderungslandes Deutschland
- die Themen „Älter werden, Gesundheit und Krankheit“
- Aspekte der personalen und sozialen Kompetenz für den Pflegeberuf
- sowie eine ausführliche theoretische und praktische Berufsfelderkundung in der Altenpflege.

Der Vorbereitungskurs konnte mit den EQUAL-Projektgeldern und mit Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetzes für die Teilnehmer/innen durchgeführt werden.

Vor Beginn der eigentlichen Ausbildung durchliefen alle Interessenten/innen ein Assessment Center. In diesem Auswahlverfahren der Schule konnten die Teilnehmer/innen des Vorbereitungskurses, sowie einige neue Bewerber/innen, zeigen, dass sie Engagement, Einfühlungsvermögen, Reflexionsfähigkeit, kommunikative Kompetenzen und Teamfähigkeit für die einjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe, und damit für einen Beruf in der Pflege, mitbringen.

Die einjährige Qualifizierungsmaßnahme wurde dann im Juni 2003 gestartet. Neben den Mitteln aus dem europäischen Sozialfonds wurde die Ausbildung der Migranten/innen durch die Agentur für Arbeit als Umschulungsmaßnahme und mit teilnehmerbezogenen Leistungen durch das Amt für Soziale Dienste gefördert. Der Senator für Bildung und Wissenschaft, der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und das Gesundheitsamt Bremen kooperierten und berieten die Schule in regelmäßigen Netzwerktreffen bei ihrem Vorhaben. Die Einrichtungen der Bremer Heimstiftung stellten die Ausbildungsplätze in der Praxis sicher und diskutierten mit der Schule Fragen zur Arbeit im multikulturellen Team in der Pflege. Zur besseren Kooperation zwischen Theorie und Praxis wurden regelmäßig Praxisanleitertreffen und -Schulungen durchgeführt.

Die Gesamtkoordination des EQUAL-SEPIA-Projektes „Sektorale Entwicklungspartnerschaft in der Altenhilfe“ hat das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege in Kiel übernommen (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig Holstein).

Nach Abschluss des ersten Projektes von EQUAL haben alle 18 Teilnehmer/innen den staatlich anerkannten Abschluss als Altenpflegehelfer/in erworben.

Ein weiterer Folgekurs des Projektes lief vom Juli 2004 bis zum Juli 2005 mit 15 Teilnehmer/innen. Diese kommen aus der Türkei, aus dem Iran, aus Syrien, aus Bosnien, aus Polen, aus Estland und Marokko. Der Kurs wurde ebenfalls von allen Teilnehmer/innen erfolgreich abgeschlossen.

Finanzierung der Altenpflegeausbildung

Die Ausbildung von Umschülern wird durch die Agentur für Arbeit finanziert. Für die Erstauszubildenden werden die Schulkosten in Höhe von € 363,87 monatlich pro Schüler durch Haushaltsmittel finanziert. Für das Jahr 2003 beliefen sich diese Kosten auf € 520.387,14 €. Darüber hinaus werden auch die Verwaltungskosten in Höhe von € 29.654,92 aus Haushaltsmitteln finanziert.

Aufwendungen für Erstauszubildende

Jahr	Anzahl der Personen, die die Ausbildung in der Altenpflege als Erstauszubildende aufgenommen haben	Gesamtzahl der Erstauszubildenden	Aufwendungen des Landes für die Erstausbildung (Schulgeld)	Summe der Ausbildungsvergütungen (Umlage)
2001	46	129	827.489,55 DM	1.801.230,15 DM
2002	50	149	513.784,44 €	1.078.026,92 €
2003	50	177	520.387,14 €	1.135.615,18 €

Die Ausbildungsvergütung der Erstauszubildenden wurde durch eine Umlage finanziert. Danach haben stationäre Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, teilstationäre Einrichtungen und ambulante Pflegedienste im Land Bremen die anfallenden Kosten für die Ausbildungsvergütungen durch eine Ausgleichsabgabe zu finanzieren. (§ 21 Abs. 2 des Bremischen Gesetzes über die Ausbildung in der Altenpflege in Verbindung mit der Verordnung über die Umlage der Ausbildungsvergütungen zum Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege (AltPflV)). Die von den Diensten und Einrichtungen aufzubringende Summe für die Gesamtausgaben der in 2001 gezahlten Ausbildungsvergütungen betrug insgesamt 1.808.230,15 DM (924.533,40 €), für das Jahr 2003 betrug sie 1.135.615,19 €. Daraus ergab sich für das Jahr 2003 ein von den Diensten und Einrichtungen zu zahlender Umlageanteil von € 124,43 bei ambulanten Diensten pro gemeldeter Vollzeitstelle und von € 497,74 bei stationären Einrichtungen.

Die Einnahmen, die durch das Umlageverfahren jährlich erzielt wurden, betrugen durchschnittlich 600.000,00 €. Im Laufe der Jahre hat sich daraus ein Defizit bei der Finanzierung der Ausbildungsvergütungen von mehr als 2 Millionen Euro ergeben. Ursache ist die Weigerung einiger Träger, Umlagezahlungen zu leisten.

Die geringe Bereitschaft der Dienste und Einrichtungen, ihrer Zahlungsverpflichtung angemessen nachzukommen, lag zum Großteil in der Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit des Umlageverfahrens. Dazu hat das Bundesverfassungsgericht im Juli 2003 eine endgültige Entscheidung getroffen und das Umlageverfahren grundsätzlich als verfassungskonform erklärt. Es wird erwartet, dass Forderungen geltend gemacht und das Defizit nun ausgeglichen werden kann.

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege

Die wesentlichen Inhalte des Bundesgesetzes sind:

Das Gesetz regelt die Ziele der Altenpflegeausbildung. Die Ausbildung soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind (§ 3). Die Ausbildung zur Altenpflegerin / zum Altenpfleger dauert drei Jahre. Dies gilt auch für Umschulungen. Sie besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung, wobei die Ausbildung in der Praxis überwiegt. Eine Teilzeitausbildung ist möglich (§ 4 Abs. 1, 5). Die Altenpflegeschule trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Sie führt den Unterricht durch und stellt die Praxisbegleitung sicher (§§ 4 Abs. 4). Die Regelung der Strukturen und der Finanzierung der schulischen Ausbildung bleibt eine Angelegenheit der Länder.

Die praktische Ausbildung erfolgt in Altenheimen bzw. stationären Pflegeeinrichtungen und in ambulanten Pflegediensten. Dies ist verpflichtend. Zusätzlich können weitere Ausbildungsabschnitte in anderen Einrichtungen für alte Menschen stattfinden (§ 4 Abs. 3). Es gibt einen Träger der praktischen Ausbildung, der den Ausbildungsvertrag mit der Schülerin/dem Schüler abschließt.

Diese Aufgabe kann von einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. einem Altenheim oder einem ambulanten Pflegedienst wahrgenommen werden. Die Einrichtung muss mit einer Altenpflegeschule einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben oder selbst eine staatlich anerkannte Altenpflegeschule leiten (§ 13 Abs. 1).

Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung in der Altenpflege ist der Realschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss. Personen mit Hauptschulabschluss werden zugelassen, wenn sie eine anderweitige zweijährige Berufsausbildung nachweisen oder den Altenpflegehelfer- bzw. Krankenpflegehelferberuf erlernt haben (§ 6). Eine Verkürzung der Ausbildung ist bei einschlägigen Berufserfahrungen möglich. Hierüber entscheidet die zuständige Behörde im Einzelfall (§ 7).

Die Schülerin/der Schüler hat einen Anspruch auf Ausbildungsvergütung während der gesamten Ausbildungszeit. Die Vergütung zahlt der Träger der praktischen Ausbildung. Die entsprechenden Kosten können in den Pflegesätzen berücksichtigt werden (§§ 17, 24). Die Länder erhalten die Möglichkeit, ein Umlageverfahren zur Refinanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung einzuführen. Die Umlagefinanzierung stellt jedoch keine Alternative zur Abrechnung nach § 24 dar. Die Länder können sie nur einführen, wenn sie erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen (§ 25).

Die Berufsbezeichnungen "Altenpflegerin" und "Altenpfleger" werden geschützt (§§ 1, 27). Schülerinnen und Schüler, die ihre Ausbildung vor dem 1. August 2003 beginnen, können diese nach dem bisherigen Landesrecht beenden. In das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz sind Regelungen aufgenommen worden, die es den Ländern ermöglichen, zeitlich befristet von bestimmten Gesetzesvorschriften abzuweichen. Damit werden die Voraussetzungen für die Erprobung integrierter Ausbildungsmodelle zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe geschaffen (§ 4 Abs. 6).

Ergänzend zu dem AltPflG wurde zwischen den Trägern der praktischen Ausbildung, vertreten durch die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales im Einvernehmen mit den Pflegekassen eine Rahmenvereinbarung über die Regelung der Altenpflegeausbildung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege geschlossen. (Anlage). Diese Rahmenvereinbarung soll garantieren, dass alle an der Ausbildung beteiligten miteinander in dem erforderlichen Umfang partnerschaftlich kooperieren und die Auszubildenden gleiche Ausbildungsbedingungen vorfinden, egal an welcher Altenpflegeschule sie ausgebildet werden.

B - Bewertung und Maßnahmen

Mit dem 01.08.2003 wurde das Bremische Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege durch das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege abgelöst. Damit wurde die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich geregelt. Auszubildende, die ihre Ausbildung vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes begonnen haben, beenden diese nach den bisherigen landesrechtlichen Vorschriften. Demnach tritt das Bremische Gesetz über die Ausbildung in der Altenpflege endgültig zum 30.09.06 außer Kraft. Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe bleibt weiterhin Ländersache. Diese ist dann in einem eigenständigen Gesetz neu zu regeln.

Die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen bei den Altausbildungen weist erhebliche Defizite auf, die bis spätestens zum Auslaufen des Bremischen Gesetzes geregelt sein müssen.

In den letzten zwei Jahren hat sich das Ausbildungskontingent bei den von der Agentur für Arbeit finanzierten Umschulungen erheblich verringert. Dadurch konnte die dem Bedarf an Ausbildungsplätzen entsprechende Anzahl von 150 Plätzen nicht mehr erreicht werden. Zukünftig muss sichergestellt werden, dass auf der Grundlage eines qualifizierten Bedarfsermittlungsverfahrens die notwendigen Ausbildungsplätze in der die notwendigen Ausbildungsplätze in der Altenpflege zur Verfügung stehen.

Das Altenpflegegesetz enthält im Artikel 2 eine Experimentierklausel, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen soll. Damit ist den Ländern die Möglichkeit eröffnet, eigene Projekte in der Pflege zu initiieren und zu fördern.

Altenpflegehilfe neu regeln

Altausbildungen finanziell abwickeln

Bedarfsermittlungsverfahren auf der Grundlage des AIPfIG realisieren

Absicherung der Ausbildungskontingente

Projekte zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe fördern

Anlage

Rahmenvereinbarung für das Land Bremen über die Regelung der Altenpflegeausbildung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)

Zwischen

- dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
und
- der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.,
nachfolgend LAG genannt,
- dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., nachfolgend BPA genannt,

im Einvernehmen mit

- den Landesverbänden der Pflegekassen:
 - der AOK Bremen/Bremerhaven, zugleich für die Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Hannover
 - dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen, Büro Bremen
 - der IKK Bremen und Bremerhaven, zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau,
handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in
Bremen
 - dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., vertreten durch die
Landesvertretung Bremen
 - dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V., vertreten durch die Landesvertretung
Bremen

Präambel

Zum 01.08. 2003 tritt die bundeseinheitliche Ausbildung für Berufe in der Altenpflege in Kraft.

Die qualifizierte Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ist eine zentrale Voraussetzung zur Sicherung einer menschenwürdigen Pflege, Beratung, Begleitung und Betreuung von älteren Menschen durch Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe gemäß dem Versorgungsvertrag nach SGB XI.

Diese Rahmenvereinbarung soll dazu beitragen, für das Land Bremen den Übergang von der landes- zur bundesrechtlichen Altenpflegeausbildung einheitlich und abgestimmt zu gestalten.

Die Ausbildung besteht aus einem theoretischen und praktischen Unterricht und einer praktischen Ausbildung.

Die Ausbildung kann nur gelingen, wenn beide Anteile miteinander in dem erforderlichen Umfang partnerschaftlich kooperieren. Um dieses sicherzustellen, wird ein Kooperationsvertrag zwischen der Altenpflegeschule und dem Träger der praktischen Ausbildung geschlossen.

§ 1**Bedarf an Ausbildungsplätzen**

Die Gesamtzahl der Auszubildenden (Erstauszubildende und Umschüler) sollte so bemessen werden, dass der voraussichtliche Bedarf an examinierten Altenpflegern und Altenpflegerinnen für das Land Bremen abgedeckt werden kann (Anlage 1).

§ 2**Kostenregelung**

(1) Für die Erstauszubildenden wurden bisher die Ausbildungsvergütungen durch eine Umlage aller Pflegedienste und Pflegeheime nach SGB XI und die Schulkosten durch Haushaltsmittel des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales aufgebracht.

(2) Die in der LAG und dem BPA zusammengeschlossenen Verbände wirken daraufhin, dass der voraussichtliche Bedarf an Ausbildungsplätzen sichergestellt wird. Auf diesem Wege soll ein Mangel an Ausbildungsplätzen und die Einführung eines Ausgleichsverfahrens vermieden werden.

(3) Ein Ausgleichsverfahren zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen ist zukünftig nur noch dann anzuwenden, wenn die Träger der praktischen Ausbildung dem Bedarf bzw. der Nachfrage nach Ausbildung nicht entsprechen können.

§ 3**Ausbildungsvergütung**

1) Die Auszubildenden in der Altenpflege erhalten vom Anstellungsträger eine Ausbildungsvergütung.

2) Die Höhe der Ausbildungsvergütung für Altenpflegerinnen und Altenpfleger soll sich unter Wahrung der Tarif- und Hausverträge der Ausbildungsbetriebe an der Ausbildungsvergütung orientieren, die für Auszubildende in der Krankenpflege gezahlt wird.

3) Die Vertragsparteien vereinbaren Grundsätze für eine Berücksichtigung der Ausbildungsvergütungen in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nach § 82 a SGB XI (Anlage 2).

§ 4**Gestaltung der praktischen Ausbildung**

1) Die Dauer der praktischen Ausbildung in stationären Einrichtungen oder ambulanten Diensten beläuft sich gem. § 1 AltPflAPrV auf mindestens 2500 Stunden, die überwiegend in stationären Einrichtungen abzuleisten sind.

2) Der theoretische und praktische Unterricht der Altenpflegeschulen beträgt insgesamt 2400 Stunden.

3) Empfohlen werden Ausbildungsabschnitte in weiteren Einrichtungen für ältere Menschen, z.B. in der Gerontopsychiatrie, in der offenen Altenhilfe oder im Krankenhaus. Hier sind die Zeiten auf Ausbildungsabschnitte anzurechnen, die nicht beim Anstellungsträger absolviert werden. Werden diese Ausbildungsabschnitte in Anspruch genommen, soll eine Dauer von mindestens vier Wochen eingehalten werden.

4) Die Relation zwischen Anleiter und der Anzahl der Auszubildenden soll ein Verhältnis von 1:6 nicht übersteigen.

5) Gemäß §2 Abs. 2 AltPflAPrV hat der Träger für die Dauer der praktischen Ausbildung die Praxisanleitung durch eine geeignete Fachkraft sicherzustellen. Als geeignet gelten Fachkräfte, die gemäß der Grundsätze und Maßstäbe den Anforderungen nach Ziffer 3.1.1.2. bis Ziffer 3.1.2.3. der Qualitätsrahmenvereinbarung nach § 80 SGB XI erfüllen. Über die Anforderung einer weiteren zusätzlichen pädagogischen Qualifikation verständigen sich die Vertragsparteien nach Auswertung von Erfahrungen innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss dieses Vertrages.

§ 5

Träger der praktischen Ausbildung

Ergänzend zu § 13 AltPflG werden als Träger der praktischen Ausbildung nur Betriebe zugelassen, die nach Art und Umfang (Versorgungsvertrag, Vergütungsvereinbarung, Anerkennung als Ausbildungsbetrieb durch den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales) geeignet sind, auszubilden. Ferner:

- sich dieser Rahmenvereinbarung anschließen
- und die die Ausbildung auf der Grundlage eines zwischen den Altenpflegeschulen und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales abgestimmten Rahmenlehrplans zur praktischen Ausbildung durchführen.

§ 6

Kooperationsverträge zwischen Fachschulen für Altenpflege und den Ausbildungsbetrieben

Die Kooperationsverträge zwischen den Fachschulen und den Ausbildungsbetrieben beruhen auf der Grundlage eines Mustervertrages als Empfehlung (Anlage 3), der von den Vertragsparteien (außer den Landesverbänden der Pflegekassen), die diese Rahmenvereinbarung abschließen, anerkannt wird.

§ 7

Dauer der Vereinbarung

1) Dieser Vertrag tritt am 01. Oktober 2003 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

- 2) Der Vertrag oder Teile davon können mit einer Frist von 12 Monaten schriftlich zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12. 2005 gekündigt werden
- 3) Die Kündigungsfrist für die Anlagen 1 und 2 beträgt 3 Monate jeweils zum Jahresende, frühestens zum 31. Dezember 2004.
- 4) Der gekündigte Vertrag behält seine Gültigkeit bis zum Abschluss eines neuen Vertrages.

Bremen, den 13. Oktober 2003

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

Landesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.

Bundesverband privater Anbieter Sozialer
Dienste e.V

Das Einvernehmen zu § 3 Absatz 3 ist mit den Landesverbänden der Pflegekassen hergestellt:

AOK Bremen/Bremerhaven
zugleich für die Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Hannover

BKK Landesverband Niedersachsen-
Bremen, Büro Bremen

IKK Bremen und Bremerhaven, zugleich für die
Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V., vertreten durch
die Landesvertretung Bremen

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband
e. V., vertreten durch die Landesvertretung Bremen

Anlage 1
zum Rahmenvertrag über die Regelung der Altenpflegeausbildung
nach dem Altenpflegegesetz

Ausbildungskapazitäten

Entsprechend der Empfehlung des Landespflegeausschusses wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2003 mindestens 50 Erstauszubildende die Ausbildung beginnen.

Da im Frühjahr 2003 bereits 14 Auszubildende nach den Regelungen des Bremischen Gesetzes über die Ausbildung in der Altenpflege begonnen haben, werden in diesem Jahr mindestens noch 36 Erstauszubildende die Ausbildung aufnehmen.

Die Vertragsparteien verständigen sich über den jährlichen Bedarf an Ausbildungsplätzen und berücksichtigen dabei die Empfehlung des Landespflegeausschusses.

Der Landespflegeausschuss gibt dazu jährlich eine Empfehlung über die Anzahl der Ausbildungsplätze für Erstauszubildende.

Anlage 2
zum Rahmenvertrag über die Regelung der Altenpflegeausbildung
nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)

Finanzierung

Zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung wird in Übereinstimmung mit den Regelungen des § 82a SGB XI folgendes vereinbart:

1. Die Vergütung der auszubildenden Personen wird anteilig durch wertmäßige Anrechnung auf die Ausstattung der Pflegeeinrichtung mit Pflegepersonal im Verhältnis von 1 zu 7 aufgebracht.
2. Die durch die Anrechnung nach Ziffer 1 nicht gedeckten Kosten der Ausbildungsvergütung werden in Form von Pauschalbeträgen der Pflegevergütung der Einrichtung zugeschlagen und in den Vereinbarungen nach dem 8. Kapitel des SGB XI gesondert ausgewiesen.
3. Die Pauschalbeträge werden nach folgendem Berechnungsschema ermittelt:

I.	Einrichtungsbezogene Ausbildungsvergütung (maximal KR-Tarif Krankenpflegeausbildung)	Arbeitgeberkosten Euro/Jahr
	1. Ausbildungsjahr 2. Ausbildungsjahr 3. Ausbildungsjahr Durchschnitt	
II.	Einrichtungsbezogene Kosten Einer Pflegehilfskraft (mit abgeschlossener ein- Jähriger Ausbildung)	
III.	Anrechnung im Verhältnis von 1 zu 7 (Pflegehilfskraft zu Auszubildende)	
IV.	Über die Pflegevergütung zu finanzierender Anteil der Ausbildungsvergütung	
V.	Ermittlung des Pauschalbetrages 1. vollstationäre Pflegeeinrichtung Platzzahl der Einrichtung Auslastung Berechnungstage/Jahr Pauschalbetrag für die Ausbildungs- Vergütung/Person in Cent pro Pflegetag	
	2. ambulante Pflegeeinrichtung Punktzahl/Jahr (1 Std. = 600 Pkt.) Pauschalbetrag für die Ausbildungs- Vergütung/Person in Cent pro Leistungspunkt	

Ausgangswerte (Ausbildungsvergütung; Kosten einer Pflegekraft) und die Leistungsmengen (Berechnungstage; Leistungspunkte) sind im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach Kapitel 8 SGB XI jeweils neu zu bestimmen.

4. Die nach Ziffer 3 ermittelten Pauschalbeträge können kumulativ für jeden besetzten Ausbildungsplatz in Anspruch genommen und der Pflegevergütung der Einrichtung zugeschlagen werden. Die Erhebung der Pauschalbeträge ist unabhängig davon, welche Altenpflegeschule der Auszubildende besucht. Grundlage für die Ermittlung des Gesamtzuschlages auf die Pflegevergütung ist die durch Ausbildungsverträge

nachgewiesene Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze bis zum Zeitpunkt des Abschlusses von Vergütungsverhandlungen nach dem 8. Kapitel des SGB XI. Die Ausbildungsverträge sind den Antragsunterlagen für die Vergütungsverhandlungen beizufügen.

Ergeben sich im Laufe einer Vergütungsvereinbarung Veränderungen in Bezug auf die Anzahl der besetzten Ausbildungsplätze, sind diese unverzüglich vom Einrichtungsträger den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger mitzuteilen. Gegebenenfalls ist eine Anpassung des Gesamtzuschlags auf die Pflegevergütung vorzunehmen.

Anlage 3
zum Rahmenvertrag über die Regelung der Altenpflegeausbildung
nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)

Mustervertrag als Empfehlung

über die Zusammenarbeit bei der praktischen Ausbildung nach dem Gesetz für die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) zwischen dem Träger der praktischen Ausbildung und der Altenpflegeschule

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Die Träger der praktischen Ausbildung und die Altenpflegeschulen vereinbaren hiermit die Zusammenarbeit bei der Ausbildung von Altenpflegerinnen/Altenpflegern nach den Bestimmungen des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Ergänzend dazu ist Grundlage dieses Vertrages der zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V., dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Lande Bremen (§ 3 Abs.3) geschlossener Rahmenvertrag über die Regelung der Altenpflegeausbildung nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege.

§ 2

Auswahl der Auszubildenden, Auswahl der Altenpflegeschule

- (1) Der Träger der praktischen Ausbildung und die Altenpflegeschule wählen einvernehmlich aus den Bewerbern diejenigen aus, mit denen der Träger der praktischen Ausbildung einen Ausbildungsvertrag abschließt. Die Auszubildenden müssen die Voraussetzungen nach den § 6 AltPflG erfüllen.
- (2) Der Träger der praktischen Ausbildung meldet unter Beifügung der Bewerbungsunterlagen die Auszubildenden, mit denen er einen Ausbildungsvertrag abschließen will, bis zum 31. Juli eines Jahres bei der jeweiligen Altenpflegeschule an, bei der die schulische Ausbildung in Abstimmung mit dem Auszubildenden erfolgen soll.
- (3) Die Altenpflegeschule stimmt dem Ausbildungsvertrag zu, soweit die Voraussetzungen nach den § 6 AltPflG erfüllt sind und ein freier Schulplatz zur Verfügung steht.
- (4) Besteht für die Schulen ein berechtigter Grund, einen Auszubildenden aus Gründen seines persönlichen Verhaltens vom Schulbetrieb auszuschließen, kann dies nur in Absprache mit dem Träger der praktischen Ausbildung unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit erfolgen.

§ 3

Aufgaben der Altenpflegeschule

- (1) Die Altenpflegeschulen tragen gemäß § 4 Absatz 4 AltPflG die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Die Altenpflegeschulen erteilen im vorgegebenen Umfang theoretischen und praktischen Unterricht.
- (2) Der zeitliche Ablauf der Unterrichtsplanung sowie der Umfang der berufspraktischen Ausbildung bei dem Träger der praktischen Ausbildung und in anderen geeigneten Einrichtungen wird rechtzeitig vor Ausbildungsbeginn von den Altenpflegeschulen in enger Abstimmung und im Einvernehmen mit dem Träger der praktischen Ausbildung und den anderen Einrichtungen festgelegt.
- (3) Der Altenpflegeschule obliegt weiterhin
 - a) die inhaltliche und organisatorische Abstimmung der Abschnitte des Unterrichtes und der praktischen Ausbildung.
 - b) die Unterstützung und Förderung der praktischen Ausbildung durch Praxisbegleitung.

§ 4

Aufgaben des Trägers der praktischen Ausbildung

- (1) Der Träger der praktischen Ausbildung führt die praktische Ausbildung aufgrund eines Ausbildungsvertrages mit den Auszubildenden gemäß den §§ 13 ff AltPflG planmäßig, zeitlich und sachlich gliedert so durch, dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann.
- (2) Der Träger der praktischen Ausbildung stellt den Auszubildenden kostenlos die Ausbildungsmittel, Instrumente und Apparate zur Verfügung, die zur praktischen Ausbildung und zum Ablegen der jeweils vorgeschriebenen Prüfung erforderlich sind.
- (3) Dem Träger der praktischen Ausbildung obliegt weiterhin,
 - a) die Auszubildenden für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Altenpflegeschule und für die weiteren Ausbildungsabschnitte in anderen Einrichtungen und für Prüfungen vom Dienst freizustellen und sie zur Teilnahme anzuhalten,
 - b) Urlaub entsprechend des Ausbildungsvertrages grundsätzlich nur in der unterrichtsfreien Zeit und außerhalb der Ausbildungsabschnitte in den weiteren Einrichtungen zu gewähren,
 - c) pädagogisch geeignete Fachkräfte i. S. d. § 2 Absatz 2 AltPflAPrV (Ausbilder in der Altenpflege) einzusetzen, die die Praxisanleitung wahrnehmen. Ergänzend dazu wird auf die Rahmenvereinbarung über die Regelung der Altenpflegeausbildung nach dem AltPflG vom 01. Oktober 2003 verwiesen.

§ 5

Gemeinsame Aufgaben

- (1) Der Träger der praktischen Ausbildung und die Altenpflegeschulen verpflichten sich zu gegenseitiger Information über den jeweiligen Ausbildungsstand, Fehlzeiten und Ausbildungsprobleme.
- (2) Der Träger der praktischen Ausbildung und die Altenpflegeschulen wirken gemeinsam darauf hin, dass die Auszubildenden ihren Verpflichtungen gemäß § 16 AltPflG nachkommen und die gesetzlich beschriebenen Ausbildungsziele erreichen.

(3) Der Träger der praktischen Ausbildung und die Altenpflegeschulen verpflichten sich zu unverzüglicher gegenseitiger Information über anstehende Kündigungen bzw. Aufhebungen von Ausbildungsverhältnissen oder einen Ausschluss von der Altenpflegeschule und streben ein abgestimmtes Verhalten in diesem Bereich an.

§ 6

Laufzeit des Vertrages

(1) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von sechs Kalendermonaten zum 30. Juni und 31. Dezember eines jeden Jahres von jeder der Vertragsparteien gekündigt werden. Bestehende Ausbildungsverhältnisse werden von der Kündigung nicht berührt.

(2) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 7

Salvatorische Klausel

(1) Falls einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein sollten, wird hierdurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, in diesem Fall unverzüglich die Anpassung vorzunehmen, die den mit diesem Vertrag verfolgten Zwecke am nächsten kommt.

(3) Eine ansprechende Anpassungspflicht besteht bei Änderungen des AltPflG.

§ 8

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

.....

(Ort, Datum)

Träger

Altenpflegeschule

6.2. Ältere Migranten und Migrantinnen

A - IST Beschreibung

Zielgruppen

Der folgende Abschnitt befasst sich unter dieser Überschrift mit Ausländerinnen und Ausländern, die vorwiegend als Arbeitsmigranten/innen in die Bundesrepublik Deutschland gekommen sind.

Zu den Migranten/innen zählen de facto u. a. auch Deutschstämmige aus den osteuropäischen Staaten und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Bei dieser Bevölkerungsgruppe wurde zunächst von einer niedrigeren Schwelle bei der Integration ausgegangen, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der sozialen Versorgung. Wenn auch diese Annahme nicht mehr durchgängig gilt, so wird doch im folgenden davon ausgegangen, dass bei der formalrechtlich ausländischen Bevölkerung jener Teil besonderen Schwellen bei der Inanspruchnahme von Altenhilfeangeboten ausgesetzt ist, der von einem befristeten Aufenthalt ausging und deshalb eigene Integrationsbemühungen eher unterließ.

Die türkischsprachige Bevölkerung ist die größte Gruppe innerhalb der ausländischen Population. Sie ist seit Jahrzehnten präsent und hat im alltagsbezogenen Versorgungsbereich ein eigenes Netz aufgebaut, dessen Existenz Bemühungen um Integration in das gesamtstädtische Leben eher als nachrangig erscheinen lässt. Der Normalalltag lässt sich so durchaus bewältigen, zum Teil sogar ohne Basissprachkenntnisse des Gastlandes. Kommen allerdings besondere Risikolagen hinzu, wie zum Beispiel Pflegebedarf, dann reicht das informell geknüpfte Netz in vielen Fällen nicht mehr aus, auch wenn personelle Hilfe im Familienzusammenhang bereitsteht. Es gehört Kenntnis der sozialrechtlichen Grundlagen und der praktischen Angebote zur Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungskonzeptes dazu. Einhergehende Sprachdefizite und zum Teil kulturell motivierte Vorbehalte bezüglich der sozialen Einrichtungen, insbesondere bei älteren Migranten/innen, lassen die Versorgungssituation möglicherweise prekär werden.

Die Altenhilfe setzt sich mit diesem Problem auseinander und hat deshalb insbesondere die Arbeitsmigranten/innen im Blick, eine Bevölkerungsgruppe, in der die türkische Nationalität deutlich überwiegt. Dabei gelten aber von Nationalitäten unabhängige Ansätze zur Bewältigung von Integrationsproblemen auch in der Altenhilfe. Das Konzept der „Interkulturellen Öffnung der Altenhilfe“ (s. u.) dient der Verständigung und der Reduzierung von Zugangsschwellen in alle Richtungen und für alle Nationalitäten.

Bevölkerungsanteile

In der Stadtgemeinde Bremen leben knapp 70.000 Ausländerinnen und Ausländer (2001: 66.000), der türkische Anteil beträgt etwas unter 40 % (alle Zahlen 2004).

9,7 % der ausländischen Bevölkerung ist 60 Jahre oder älter (2001: 8,2 %). Der Anteil der älteren Migrationsbevölkerung an der Gesamtaltenbevölkerung hat sich seit 1987 deutlich vergrößert. Die Steigerung setzt sich fort:

Jahr	Anteil älterer Migranten an der Gesamtaltenbevölkerung	Personenzahl
1987	< 1 %	948
1994	2,6 %	3.322
1997	3,3 %	4.204
2001	4,0 %	5.442
2004	4,8 %	6.772
2010	ca. 8,2 %	ca. 12.000

Für den überschaubaren Prognosezeitraum bis 2010 wird mit 12.000 Personen der Anteil bei 8,1 % liegen. Allein von 1997 bis 2004 beträgt der Anstieg der Bevölkerungsgruppe der Migranten/innen im Alter von 60 Jahren und mehr 61 % (von 4.204 auf 6.772 Menschen).

Bevölkerungsanteile Stadtgemeinde Bremen				
	Gesamtbevölkerung	Deutsche	Ausländer	Ausländer in % der Gesamtbevölkerung
2004	542.595	472.813	69.782	12,8
50 J. u. ä.	208.833	194.498	14.335	6,9
60 J. u. ä.	141.682	134.910	6.772	4,8
Prognose 2010	545.837*	Die offiziellen Prognosen differenzieren nicht nach deutscher und ausländischer Bevölkerung.		
50 J. u. ä.	220.044*	201.000**	19.000**	8,6
60 J. u. ä.	148.047*	136.000**	12.000**	8,1

* Prognose mit Basiszeitpunkt 31.10.2004 / Statistisches Landesamt Bremen

** Annäherungswerte auf der Grundlage zurückliegender Bevölkerungsdaten

Innerhalb der Gruppe der älteren ausländischen Bevölkerung bilden die Arbeitsmigranten und -migrantinnen den weitaus größten Anteil. Deren Situation ist von einer besonderen Bedarfslage geprägt. Die angeworbenen Migranten und Migrantinnen zeichneten sich zum Zeitpunkt ihrer Übersiedlung durch einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand aus. Von einer eher mittelfristigen Erwerbsphase im Industrieland Deutschland ausgehend, haben sich viele Arbeitsmigranten hohen physischen Belastungen ausgesetzt. Diese und verschiedene andere Belastungsfaktoren wie ungünstige Wohnverhältnisse, geringere Regenerationsmöglichkeiten zumindest in der Anfangsphase der Migration, erhöhtes Erkrankungsrisiko infolge geringen Einkommens und geringerer Bildung und psychische Belastungen durch soziokulturelle Isolierung und sprachliche Barrieren führten und führen zu einer früheren Erwerbsunfähigkeit als bei der deutschen Bevölkerung. (s.a. Kapitel ‚Gesundheitssituation alter Menschen‘ und ausführlicher: „Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen – Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven“, Gesundheitsamt Bremen, August 2004)

Somit tritt in der ausländischen Bevölkerungsgruppe früher ein Bedarf an Information über Zugänge zu Unterstützungssystemen auf. Gleichzeitig sind die für die deutschsprachige Be-

völkerung geläufigen Zugänge insbesondere für die älteren Migrantinnen und Migranten häufig versperrt, da die Existenz dieser Unterstützungssysteme unbekannt ist und infolge dessen die Nachfrage unterbleibt. Die Informationswege sind in der Regel nicht ausreichend auf die sprachlichen Möglichkeiten und Begrenzungen eingestellt. Nur ein kleiner Teil der Arbeitsmigranten/innen kehrt im Alter in sein Herkunftsland zurück. Unterstützung durch Angehörige ist häufig gegeben. Allerdings lebt ca. ein Viertel der älteren ausländischen Bevölkerung in Einpersonenhaushalten, die türkische Bevölkerung zu ca. 15 % (quantitative Angaben nach dem 6. Familienbericht der Bundesregierung, 2000). Eine Befragung in der türkischsprachigen Bevölkerung in Bremen (2004; 271 Interviews) ergab hierzu: 23 % der Befragten leben in Einpersonenhaushalten; 81 % wollen im Alter in Deutschland bleiben (s. a. unten).

Die Tragfähigkeit der privaten sozialen Versorgungsnetze und ihr zukünftiger Bestand muss hinterfragt werden. Räumliche Enge und mangelnde Ressourcen begrenzen die Möglichkeiten zum Beispiel von aufwändiger Pflege in der eigenen häuslichen Umgebung. Die Veränderungen der sozialen Normen und der Lebensentwürfe der nachfolgenden Generationen werden eine Reduzierung der Bereitschaft zur Übernahme von Hilfe und Pflege bedeuten.

Vor diesem Hintergrund deutet sich ein ansteigender Bedarf an Angeboten in allen Bereichen der Altenhilfe für die Zielgruppe der älteren ausländischen Bevölkerung an. Die Angebote der Altenhilfe werden bislang von der ausländischen Bevölkerung unterdurchschnittlich in Anspruch genommen.

Je intensiver das Versorgungsangebot ist, desto seltener ist eine Inanspruchnahme aus dieser Zielgruppe zu verzeichnen. Gleichzeitig besteht bei dieser Zielgruppe ein überdurchschnittlich hoher Bedarf an Unterstützung und Versorgung, erkennbar an einem früheren Renteneintritt gegenüber der allgemeinen Bevölkerung infolge von krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit.

Die Bedingungen, die zur weiteren Qualifizierung der Altenhilfe für die spezifischen Bedarfe von Migrantinnen und Migranten beitragen können, werden (nach Zeman / Informationsdienst altersfragen, Berlin 2003) nachfolgend zusammengefasst:

- Stärkung der Interessenvertretung für ältere Migranten,
- Sicherung einer Institutionen übergreifenden interkulturellen Fortbildung,
- Förderung des Einsatzes von muttersprachlichem Personal und interkulturellen Teams,
- Förderung zugehöriger Beratungsarbeit,
- Gewinnung lebensweltlicher Multiplikatoren,
- Bereitstellung spezifischer infrastruktureller Ressourcen, z. B. von Räumen und fachlich qualifiziert entwickelten flankierenden Informations- und Arbeitsmaterialien,
- Schaffung zentralisierter Ressourcen und
- Einsatz gezielter Strategien der Öffentlichkeitsarbeit.

Angebote in der Stadtgemeinde Bremen

Die Altenhilfe in der Stadtgemeinde Bremen folgt der Vorgabe des Vorrangs der ambulanten Versorgung. Innerhalb dieser Prämisse sind die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse der ausländischen Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen. Die Altenhilfe geht auf bekannte Schwellenprobleme ein, die sich für die ausländische Bevölkerung bei der Kenntnisnahme und Nutzung bestehender Versorgungsstrukturen stellen.

Eine Befragung älterer Migranten/innen im Bremer Westen (2004; 271 Interviews) durch das Zentrum für Migranten und interkulturelle Studien e.V. (Z.I.S.) ergab eine Reihe von Erkenntnissen zur Situation der Zielgruppe. Die Befragung führte u. a. zu der Einschätzung, dass ca. 85 % keine guten Sprachkenntnisse aufweisen. 77 % der Männer und 65 % der Frauen gaben an, keine Deutschkurse besucht zu haben. Dieses Kommunikationshindernis beeinträchtigt die Teilhabe am allgemeinen kulturellen Leben der Stadt als auch die Kenntnis der

Angebote der Altenhilfe und deren Regeln und rechtlichen Grundlagen. Allerdings kannten über 90 % z. B. das Wohngeld (17 % nahmen es in Anspruch); 69 % kannten die Grundversicherung (Inanspruchnahme 11 %). Die Pflegeversicherung wurde zu 11 % in Anspruch genommen, aber nur 2 Befragte gaben an, einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Dies ist eine Bestätigung der fachlichen Einschätzung eines überaus hohen Anteils der ausschließlichen Angehörigenpflege.

Folgende Ansätze und Angebote wurden in den letzten Jahren unter Einsatz von Mitteln des Landes Bremen entwickelt, bzw. eingerichtet:

- Die Arbeiterwohlfahrt Bremen verfolgt verschiedene Ansätze zur Information und Beratung von älteren ausländischen Bürgern:
 - Aufsuchende Information und Beratung in Pflege- und Versorgungsfragen (Infobus, Infostände)
 - Gruppenarbeit in Begegnungsstätten und vergleichbaren Treffpunkten in Stadtteilen mit hohem ausländischen Bevölkerungsanteil mit dem Ziel der grundlegenden und vorsorglichen Information über die Pflegeversicherung und über die Angebote in Bremen
 - Entwicklung und jetzt Umsetzung eines Konzeptes „Kultursensible Pflege“, dessen Prinzipien auf die Altenhilfe, auch unabhängig von der Trägerschaft, insgesamt übertragbar sind.
- Der private, interkulturelle Pflegedienst ProSano hat methodisch Zugangswege zur Zielgruppe erarbeitet und beschrieben und dabei die Notwendigkeit der Vernetzung der bestehenden Angebote und deren Ausweitung betont.
- Das DIAKO-Krankenhaus in Gröpelingen hat auf Anregung der senatorischen Behörde den Sozialdienst um eine türkischsprachige Fachkraft ergänzt, die insbesondere ältere Menschen muttersprachlich in allen Fragen im Zusammenhang mit Pflege und Versorgung berät.
- Die Altenpflegeschule der Bremer Heimstiftung bildet mit einem besonderen Programm ausländische Interessierte in der Altenpflege aus.
- Die Bremer Heimstiftung hat im Rahmen einer größeren Anlage in Gröpelingen 13 Altenwohnungen erstellt, die die besonderen Bedarfe der muslimischen Bevölkerung berücksichtigen. Die Bewohner und Bewohnerinnen werden von dem Träger interkultureller Arbeit Z.I.S. begleitet, der zusätzlich in der gleichen Wohnanlage eine kleine interkulturelle Begegnungsstätte mit Öffnung zum Stadtteil eingerichtet hat.
- Das Zentrum für Migranten und interkulturelle Studien e.V. (Z.I.S.) hat eine Befragung zur Situation von türkischsprachigen Menschen im Bremer Westen durchgeführt (.s. o.).
- Die Stadtteil-Initiative Leben in Grohn e. V. unterstützt eine Selbsthilfegruppe älterer Bewohnerinnen, die sich mit dem Thema "Alt werden in der Fremde" und Fragen der Versorgung im Alter befassen.

B - Bewertung und Maßnahmenvorschläge

Die bislang verfolgten Ansätze und Modelle streben eine Integration von kulturspezifischen Angeboten in das gesamte Altenhilfesystem an. Der weitere Ausbau ist Aufgabe aller Beteiligten in der Altenhilfe.

Dazu gehört auch die entsprechende Ausrichtung stationärer Versorgungsangebote, für die aktuell noch kein relevant quantitativer Bedarf feststellbar ist. Die Nutzungsquote bei Altenpflegeheimplätzen durch Ausländer, insbesondere nichteuropäischer Herkunft, bewegt sich derzeit im Promillebereich. Eine altersspezifische Skepsis der stationären Pflege gegenüber wie bei der deutschen Bevölkerung ist bei der ausländischen Bevölkerung infolge kultureller Fremdheit dieser Einrichtungsform gegenüber verstärkt zu beobachten.

Kulturell abgeleiteten Besonderheiten in der Anforderung und Ausführung von Beratung und Versorgung soll mit spezifischen Angeboten entsprochen werden. Quantitativ wird der Bedarf mittel- und langfristig deutlich steigen. Das Altenhilfesystem wird sich darauf einstellen und dieses zu berücksichtigen haben. Regelangebote können interkulturell qualifiziert werden. Das Gesamtspektrum kann aber auch sinnvoll ergänzt werden durch zielgruppen- und problembezogene Angebote. Die mangelnde sprachliche Verständigung wird mittelfristig ein Problem bleiben. Information und Beratung werden entsprechende Angebote erfordern.

Ein wesentlicher, übergreifender Ansatz ist die Entwicklung und Anwendung eines Konzeptes zur Öffnung der Einrichtungen und Angebote für interkulturelle Ansätze. Hierbei handelt es sich nicht nur um die multikulturelle Präsenz innerhalb des Personals der Einrichtungen als Antwort auf verschiedene Nationalitäten in der Nutzergruppe. Vielmehr ist es unabweislich, dass zum Einen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sich unabhängig von ihrer eigenen ethnischen Herkunft über Sinn und Inhalte interkultureller Kommunikation bewusst werden und dieses anwenden.

Die Anforderung zur interkulturellen Kommunikation richtet sich sowohl an das bisherige Stammklientel der bestehenden Einrichtungen als auch an die ausländische Bevölkerung. Ohne gegenseitige Akzeptanzbereitschaft wird interkulturelle Kommunikation scheitern müssen.

**Interkulturelle Ausrichtung der
Altenhilfe als Aufgabe aller Beteiligten**

**Muttersprachliche Information und
Beratung mittelfristig erforderlich**

Kommunikation muss von allen Beteiligten angestrebt werden, um eine interkulturelle Wirkung erzielen zu können

Zum Anderen müssen Einrichtungen und Angebote auch von ihrer Infrastruktur her die Bedarfe und Bedürfnisse von Migranten und Migrantinnen berücksichtigen. Über interkulturelle Aus- und Fortbildung sowie über rechtzeitige Einplanung entsprechender inhaltlicher und baulicher Spezifikationen kann die Umsetzung eines Altenhilfekonzeptes, das die Realität einer multikulturellen Gesellschaft würdigt, ausgebaut werden.

6.3. Versorgung Demenzkranker und gerontopsychiatrische Angebote

A - IST Beschreibung

Besucht man ein Dienstleistungszentrum, das zu Hause wohnende ältere Menschen berät und betreut, oder geht man in eine Tagespflege, die Pflegebedürftige während der Arbeitszeit der Angehörigen versorgt, oder spricht man mit Mitarbeiter/innen der Pflegeheime, so

Der Begriff Gerontopsychiatrie ist vielschichtig und wird oftmals wenig eindeutig verwandt. Die auf der nächsten Seite wiedergegebene Skizze soll in allgemeiner Form unser Verständnis von dem Handlungsfeld der Gerontopsychiatrie verdeutlichen.

Ausgangspunkt kann die medizinische Diagnose durch den Hausarzt, Neurologen oder Psychiater oder die soziale Problemanalyse durch die sozialen Dienste wie z. B. den kommunalen Sozialdienst oder den Sozialpsychiatrischen Dienst sein.

Gegenstand der Gerontopsychiatrie sind psychische Störungen im Alter. Allgemein kann man hierunter Verhaltensweisen älterer Menschen subsumieren, die von ihnen oder ihrer sozialen Umwelt als störend oder behandlungsbedürftig bezeichnet werden.

Der Begriff "psychische Störung" dient als Sammelbegriff für alle Arten seelischer und geistiger Störungen und lässt sich daher nicht auf eine engere Variante körperlicher oder psychischer Erkrankungen begrenzen.

In der Praxis werden psychische Altersstörungen häufig in somatisch begründbaren Diagnosen zusammengefasst und dann ausschließlich wie Krankheiten behandelt. Die Ätiologie² weist oft multifaktorielle Entstehungsbedingungen aus. Psychische Störungen können sich primär aus der persönlichen Biographie ergeben. Zudem sind vielfältige und fließende Übergänge zwischen normalen und gestörten Verhaltensweisen zu beobachten. Manche Störungen beeinträchtigen die betroffenen Personen oder ihr soziales Umfeld nur geringfügig. Daher sind sie nicht immer mit Krankheiten gleichzusetzen.

Der darstellenden Skizze ist zu entnehmen, dass die psychische Störung der weitere Begriff ist, der psychische Krankheiten im Alter einschließt.

Entsprechend geht die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie von einem Aufgabengebiet aus, das sowohl Hirnleistungs- als auch funktionelle Störungen umfasst. Festgestellt wurde: "Ältere Menschen, die unter Psychosen, Neurosen, Suchterkrankungen, erlebnisreaktiven Erkrankungen oder psychosozialen Störungen, in allen ihren Erscheinungsformen, leiden, und Menschen, die im Rahmen dementieller Erkrankungen psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, bilden das primäre Aufgabengebiet der Gerontopsychiatrie."

Bei den Behandlungsmethoden interessiert in diesem Zusammenhang insbesondere die soziale Intervention. Eine Voraussetzung für den therapeutischen Optimismus bei sozialen Interventionen ist die Interpretation psychischer Störung nicht nur als altersbedingte und damit unabweisbare Reduktion, die zwangsläufig mit Defiziten verbunden ist. Sie ist auch als ein individueller Anpassungsprozess zu verstehen, dessen weiterer Verlauf sich positiv beeinflussen lässt.

² gr.: Lehre von den Ursachen

[illegible]

- Koordination der durch verschiedene Ärzte erfolgten Behandlung und der verschiedenen Versorgungsinstitutionen;
- geistige Aktivierung, z.B. bei Demenzkranken;
- psychische Aktivierung, z.B. gemeinsame Tages- und Wochenplanung;
- psychisches Training, z.B. Planung angstbesetzter Tätigkeiten;
- Hilfe bei Erkennen und Überwinden beeinträchtigender Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen oder beim Umgang mit ihnen;
- Förderung psychisch gesunder Anteile und der Identität der Betroffenen;
- Vermittlung psychischer Hilfen, z.B. Vermittlung einer Selbsthilfegruppe;
- Förderung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit;
- Aufklärung und Anleitung von Angehörigen;
- Training elementarer Altersfähigkeiten, z.B. Anleitung zur Körperpflege oder Hausarbeit;
- Hilfen bei der Orientierung im Alltag, z. B. Anbringen von Orientierungshilfen im Haus.

6.3.2. Psychische Störungen im Alter

Bei den psychischen Störungen im Alter lassen sich nach der Entstehungsgeschichte zwei Arten unterscheiden:

1. Zunächst gibt es psychische Störungen, die bereits während der Jugend oder im früheren Erwachsenenalter auftreten, mit denen die Menschen älter werden, ohne von der Störung geheilt worden zu sein.
2. Zudem gibt es psychische Störungen, die erst im Alter entstehen und von denen vorwiegend Hochbetagte betroffen sind. Hierzu gehören vor allem Funktionsstörungen in den unterschiedlichen akuten und chronischen Verlaufsformen der Demenz, aber auch reaktive Störungen, die im Alter auftreten können, wie Neurosen und Psychosen, hier insbesondere die Depression. Zu den typisch dementiellen Symptomen, die z.B. bei altersverwirrten Bewohnern der Pflegeheime beobachtet werden, gehören Orientierungsprobleme bis hin zur Unfähigkeit, sich an vertraute Menschen, Räume oder auch unmittelbar Vergangenes oder Funktionen alltäglicher Gegenstände zu erinnern. Der Orientierungs-, häufig auch Sprachverlust, wird von Ängsten, Bewegungsdrang, Unruhe und Störungen im Schlaf-/Wachrhythmus begleitet.

Die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, erhöht sich im Alter, weil einerseits die Risikofaktoren zunehmen, die die Störung auslösen können und andererseits das Verarbeitungs- und Bewältigungsvermögen von Krisen abnimmt.

Zu den Risikofaktoren gehören insbesondere:

- **Allgemeine Belastungen, die mit der Lebensphase „Alter“ verbunden sein können.** Z.B. Aufgabe der Erwerbstätigkeit, Statusverlust, Verschlechterung der ökonomischen Situation, Verringerung des sozialen Netzes, Zunahme von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Tod naher Angehöriger.

- **Körperliche Krankheiten und Behinderungen.**

Z.B. Seh- und Hörbehinderungen, vor allem aber Mobilitätsbeeinträchtigungen, falsche Ernährung, chronischer Verlauf von Krankheiten. Nicht selten werden komplexe Kausalketten zwischen körperlichen Krankheiten und seelischen Störungen beobachtet: So kann Überernährung und Bewegungsmangel zu Diabetes mellitus führen und bei chronischem Verlauf die Entwicklung einer Depression begünstigen. Die Vernachlässigung diätetischer Regeln kann den Hirninfarkt auslösen, dessen Folge dann die Demenz und Pflegebedürftigkeit ist.

- **Soziale Faktoren.**

Z.B. der Zusammenhang von Armut und Krankheit, soziale Isolierung in Verbindung mit dem Empfinden von Einsamkeit, abrupter Milieuwechsel, unmittelbare Verlusterlebnisse, der Tod des Partners.

6.3.3. Formen und Häufigkeit dementieller und psychischer Störungen im Alter:

In Deutschland haben epidemiologische Untersuchungen ergeben: Rund 25% der über 65jährigen leiden an einer psychischen Störung. Hierbei ist der Anteil der Demenz besonders hoch.

Die Zahl der Demenzkranken in der Stadt Bremen kann nur abgeleitet werden. Auf der Grundlage neuerer Meta-Analysen hat H. Bickel⁴ eine Schätzung der Zahl der Demenzkranken in Deutschland vorgenommen. Bezogen auf die 65-jährigen und Älteren sind in Deutschland 7,2% von der mittelschweren oder schweren Demenz betroffen. Die Prävalenz leichter Demenzen liegt etwa in gleicher Höhe.⁵ Hier schwanken die Schätzungen auf Grund unklarer Diagnosen.

Bezieht man die Schätzungen auf Bremen, ergibt sich folgende Verteilung der Anzahl Demenzkranker:

Prävalenz von mittelschwerer und schwerer Demenz in Bremen

(Stand 01.01.2004)

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate	Bevölkerung	Schätzung der Krankenzahl
65-69	1,2	34.075	409
70-74	2,8	22.703	636
75-79	6,0	20.240	1.214
80-84	13,3	15.727	2.092
85-89	23,9	6.473	1.547
90 und älter	34,6	4.908	1.698
65 und älter	7,2	104.126	7.496

Übereinstimmendes Ergebnis aller epidemiologischen Studien zur Demenz ist, dass die Prävalenz mit dem Alter deutlich zunimmt. Liegt sie bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1%, verdoppelt sie sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30% an.

Die Untersuchungen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen geben eine Orientierung über die Anzahl der erkrankten Personen. Demnach waren im Jahr 2004 in Bremen rund 7.500 Einwohner über 65 Jahre an einer mittelschweren oder schweren Demenz erkrankt.

⁴ Bickel, H.: Epidemiologie der Demenzen. In: H. Förstl, H. Bickel & A. Kurz (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie, 1999

⁵ Unter Prävalenz oder auch Grundanteil versteht man in der medizinischen Statistik den Anteil von Personen in einer bestimmten Bevölkerung, der ein bestimmtes Merkmal (z.B. eine Krankheit) aufweist.

Die Prävalenz leichter Demenzen liegt nach deutschen Untersuchungen in ähnlicher Höhe wie die der schweren Formen. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren wird in Bremen jährlich mit rund 1.670 Personen gerechnet, die erstmals an einer Demenz erkranken. (Bei dieser Personengruppe wird eine Inzidenzrate⁶ von 1,61% pro Jahr angenommen.)

Die Depression tritt nicht vornehmlich im Alter auf, entwickelt sich bei Älteren aber häufiger zu einer depressiv psychosomatischen Mischsymptomatik, die sich auch durch paranoide Zustände äußern kann. Die chronisch verlaufende Spätdepression erschwert durch das Hinzutreten anderer körperlicher Erkrankungen bis zur Pflegebedürftigkeit die Behandlung und verringert dann die Heilungsaussichten. Auch die Depression kann multifaktoriell bedingt sein. Hierzu gehören: Lebensereignisse, Umwelteinflüsse, Erbfaktoren oder biochemische Störungen.

Die zunehmende **Suizidgefährdung** im Alter ergibt sich meistens aus depressiven Störungen älterer Menschen. In der Stadtgemeinde beträgt die jährliche Anzahl von Selbsttötungen bei den über 60jährigen etwa 65. Besonders hoch ist die Suizidrate bei den über 80jährigen Männern.

Die wichtigsten behandlungsbedürftigen psychischen Störungen im Alter sind Demenz und die Depression. Darüber hinaus leiden etwa **10 bis 12% an Neurosen und Persönlichkeitsstörungen**. Hierbei ist der Übergang zu Personen, die Probleme kompensieren können und sich unauffällig verhalten, fließend. Weitere rund **2% sind alkohol- oder medikamentenabhängig**.

Nach epidemiologischen Studien sind rund 25% der über 65jährigen von mehr oder weniger ausgeprägten psychischen Störungen betroffen. Bezogen auf die Bevölkerung Bremens waren das im Jahr 2004 etwa **26.000 Personen**. Bei der gerontopsychiatrischen Gestaltung der Angebote muss diese Quantität mit ihren jeweils individuell unterschiedlichen Bedarfen berücksichtigt werden.

Hinter diesen allgemeinen Angaben stehen jeweils Einzelschicksale. Die Symptome der Erkrankung, wie Vergessen, Schwächung von Aufmerksamkeit und Konzentration, Nachlassende Steuerungsfähigkeit von Stimmungen und Affekten, Verlangsamungen oder Sprachstörungen führen zu Persönlichkeitsveränderungen, die Angehörige oder Betreuer oftmals durch unverständlich wirkendes Verhalten einer bisher vertrauten Person überfordern.

6.3.4. Ziele und Leitlinien der Versorgung Demenzkranker und gerontopsychiatrischer Patienten

Durch die präventive Ausrichtung aller Angebote für ältere Menschen sollen die Fähigkeiten zur Bewältigung seelischer Belastungen und lebensverändernder Ereignisse verbessert werden. Zudem ist durch gesundheitsfördernde oder stabilisierende Maßnahmen das Wohlbefinden Erkrankter zu erreichen.

Diese Ziele sollen möglichst durch integrative und nur vorübergehend bei nachgewiesenen individuellen Bedarfen durch segregative Versorgungsmodelle angestrebt werden.

- a) Der ambulanten und teilstationären Betreuung soll Vorrang vor der stationären (Heim und Krankenhaus) gegeben werden,

⁶ Die Inzidenzrate ergibt sich aus der Inzidenz (lat. für Eintritt eines Ereignisses) dividiert durch die Individuenzahl, was dem *relativen Risiko* entspricht. Diese Kennzahl hilft zu beschreiben, welche Krankheiten bei welcher Personengruppe häufig ausbrechen

- b) Durch regionale Vernetzung (Verbund) sollen Überschaubarkeit und Kooperation verbessert werden.
- c) Die stationäre Betreuung von psychisch kranken alten Menschen in Heimen soll primär in geeigneten Alten- und Pflegeheimen mit innerer Differenzierung und regionaler Zuordnung stattfinden. Je nach Bedarf und Region können auch spezialisierte gerontopsychiatrische Heime notwendig sein.
 - Um Ausgrenzungen zu vermeiden, sind Pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen so lange und so weit dies möglich ist, in den allgemeinen Tagesablauf und bei den üblichen Konditionen in die Alten- und Pflegeheime zu integrieren.
 - Stößt die Integration auf Grenzen, sind teilintegrative Betreuungsformen in den Einrichtungen - wie z. B. die Tagesbetreuung oder tagesstrukturierende Angebote - einzuführen.
 - Erreichen auch teilintegrative Hilfen Grenzen oder sind diese absehbar, z. B. bei chronisch, psychisch oder hirnganisch Erkrankten, soll die Betreuung und Behandlung in gerontopsychiatrischen Heimen/Stationen erfolgen.
- d) Die Betreuung von psychisch kranken alten Menschen soll nicht mehr vor der Alternative "ambulant oder stationär" stehen, sondern mehr individuell auswählbare Möglichkeiten anbieten, so dass einerseits Schritte zwischen diesen beiden Extremen eingefügt werden, wie Tagespflege, Betreutes Wohnen etc. und andererseits die Wege von einem Pol zum anderen in beiden Richtungen durchlaufbar sind.
- e) In besonderer Weise sind Maßnahmen zu unterstützen, die geeignet sind, ein frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen zu ermöglichen und vorbeugend das Auftreten gerontopsychiatrischer Erkrankungen zu verhindern.
- f) Für alle Berufsgruppen, die an den differenzierten Hilfeangeboten für psychisch kranke alte Menschen beteiligt sind, einschließlich der Laienhelfer/innen, sollen verstärkt Qualifikationsmaßnahmen angeboten werden. Dabei sind auch einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Programme zu nutzen.

6.3.5. Rahmenbedingungen für die gerontopsychiatrische Versorgung

Von den 7.500 mittelschwer bis schwer Demenzkranken lebt der überwiegende Teil Zuhause. In den stadtbremischen Pflegeheimen wohnen gegenwärtig rund 4.500 Personen. Angenommen wird, dass rund 2.500 Heimbewohner/innen demenziell erkrankt sind. Demnach leben von den mittelschwer bis schwer Demenzkranken rund 5.000 Personen zuhause und werden von den Angehörigen, sozialen oder pflegerischen Diensten versorgt.

Seit dem Altenplan von 1997 haben sich die **gesetzlichen Vorgaben** der Pflegeversicherung insbesondere für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf verbessert. Dies gilt für einzelne Personen, die Zuhause wohnen und zusätzliche Betreuungsleistungen geltend machen können. Durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz können im Kalenderjahr bis zu 460 Euro für die Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen durch die Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege zugelassene Pflegedienste oder anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote entstehen, in Anspruchgenommen werden.

Zudem haben die Pflegekassen und der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sich auf die Förderung von Modellprojekten nach dem SGB XI § 45c verständigt, die der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige dienen.

Eine weitere Fördermöglichkeit ergibt sich aus dem Bremer Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz, das durch die ambulante Projektförderung die Unterstützung innovativer Maßnahmen für die häusliche Pflege vorsieht. Ein wesentlicher Schwerpunkt dieses Förderinstruments des Landes diente der Finanzierung von neuen Projekten zur Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen. Für diesen Aufgabenbereich wurden zwischen 1997 und 2003 insgesamt 16 Projekte gefördert.

Wichtige Anliegen der Versorgung von Demenzkranken sind die allgemeine und einzelfallbezogene **trägerübergreifende Kooperation** sowie die breite **Aufklärungs- und Informationsarbeit** für die Öffentlichkeit.

Neben dem bestehenden Arbeitskreis Gerontopsychiatrie haben sich in den letzten Jahren für die Behandlung des Themas Demenz in Bremen drei Initiativen/Projekte herausgebildet, die mit unterschiedlicher Akzentsetzung trägerübergreifend die Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit fördern. Dies sind:

1. In dem „forum demenz“ wirken etwa 25 Organisationen mit, die Leistungen für demenzkranke Personen anbieten. Ziele des Forums sind: Die Mitwirkung bei der Planung und Weiterentwicklung eines integrierten Betreuungs- und Behandlungsangebotes für Demenztote und deren Angehörige. Die Zusammenarbeit der Träger durch gegenseitige Information über Konzepte und Hilfen für Demenzkranke sowie die Öffentlichkeitsarbeit. Konkrete Projekte waren z. B. die Erstellung und Herausgabe eines Wegweisers für Demenzkranke und Angehörige sowie die Organisation von trägerübergreifenden Fortbildungen und Fachtagungen für Dienste und Betroffene.
2. Das „Netzwerk Demenz“ ist ein Zusammenschluss von Praktikern, Ärzten, Wissenschaftlern, der Verwaltung und den Pflegekassen, der kritisch die bestehenden Versorgungsstrukturen reflektiert und Vorschläge zur Weiterentwicklung macht.
3. Im Rahmen der Modellprojekte, die der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dienen, wird durch die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege eine Demenz Informations- und Koordinierungsstelle „DIKS“ betrieben. Diese Stelle sichert die unabhängige und kostenlose Beratung für an Demenz erkrankte Menschen und deren Angehörige. Sie koordiniert regionale Angehörigengruppen und unterstützt die Aufklärungs- und Informationsarbeit sowie die Weiterentwicklung der Angebote.

Diese drei Initiativen haben sich inzwischen auf ein gemeinsames Vorgehen bei der Aufklärungs- und Informationsarbeit verständigt. Dies gilt z. B. für die Aktualisierung des Bremer Handbuches Demenz sowie für die Organisation und Durchführung von Fachtagungen, die sich auch an die Öffentlichkeit wenden.

Die angemessene Behandlung von Demenzkranken fordert auch die **Spezialisierung von Einrichtungen** für besonders betreuungsaufwendige Personen dieser Zielgruppe. Die Spezialisierung ist inzwischen für die Informations- und Koordinationsstelle sowie für eine Tagespflegeeinrichtung realisiert worden. Diese Projekte werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert, um geeignete Verfahren und Arbeitsweisen herauszufinden.

Zu einer Differenzierung und Spezialisierung des Hilfesystems tragen auch die inzwischen eingerichteten Wohngemeinschaften für Demenzkranke bei, die sich als ambulante Angebote bewusst von den stationären Versorgungsformen abgrenzen.

Auch bei den stationären Pflegeheimen werden gegenwärtig kleinere überschaubare Heime geplant, die sich unter Beachtung bestimmter Aufnahmekriterien, auf die Pflege und Betreuung von Personen mit schwerer Demenz spezialisieren.

6.3.6. Die gerontopsychiatrischen Angebote in Bremen:

In der Anlage werden die unterschiedlichen Angebote auf einer Seite zusammengefasst. Im Einzelnen handelt es sich um:

6.3.6.1. Koordination, Information und Beratung

Gesamtstädtisch setzen sich das "Netzwerk Demenz", das "forum demenz" und die "Demenz Informations- und Koordinierungsstelle" mit unterschiedlichen Akzenten für den Austausch der Träger, die Information und Beratung der Bürger/innen sowie die Weiterentwicklung der Programme ein.

Pflegende Angehörige insbesondere von Demenzkranken sind starken physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Deshalb war ein Ziel der Bremer Altenpolitik die Einrichtung einer **unabhängigen, zentralen Beratungsstelle**.

Bei Beratungs- und Informationsbedarf haben Angehörige und Betroffene die Möglichkeit, sich an die "Demenz Informations- und Koordinierungsstelle" (DIKS) zu wenden, die gesamtstädtisch zuständig ist. Zu den Aufgaben der DIKS gehören:

- Entlastung der Angehörigen,
- Vernetzung aller Bremer Angebote,
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebotspalette gemeinsam mit den Anbietern.

Die Unterstützung der Angehörigen wird regional durch Angehörigengruppen in fünf Dienstleistungszentren und zentral durch die angebundene Help-Line in Form telefonischer Beratung betrieben.

Allgemeine Informationen zur Erkrankung und Behandlungsformen können Betroffene, Angehörige und Berater auch dem "**Bremer Handbuch Demenz**" entnehmen, das 2005 in aktualisierter Auflage vom "forum demenz" und der Beratungsstelle "DIKS" herausgegeben wurde.

Trägerübergreifende **Informations- und Fachveranstaltungen** zu dem Thema Demenz werden gesondert und gemeinsam von den genannten drei Organisationen durchgeführt.

Eine Koordination der Angebote findet auch in den regionalen **sozialen Arbeitskreisen** statt. Diese sozialen Arbeitskreise gibt es gegenwärtig nicht flächendeckend für die gesamte Stadt (siehe dazu Maßnahmevorschläge).

6.3.6.2. Offene und niedrigschwellige Angebote

Da die meisten Demenzkranken weiterhin Zuhause wohnen, ist ein niedrigschwelliges, präventiv ausgerichtetes Betreuungsangebot wichtig, um die Angehörigen zu entlasten. Durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz können zusätzlich ambulante und teilstationäre Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen bis zu einer Höhe von 460 € pro Jahr bei der Pflegekassen geltend gemacht werden. Hierzu gehören auch Leistungen niedrigschwelliger Betreuungsangebote, wenn sie durch Landesrecht anerkannt wurden. Das Verfahren der Anerkennung ist in einer entsprechenden Verordnung vom 22. 04. 2003 (s. Anlage) geregelt. Inzwischen wurden vor allem die Dienstleistungszentren als Träger niedrigschwelliger Angebote anerkannt. Im einzelnen handelt es sich um folgende Angebote:

- Einzelbetreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch Helferinnen und Helfer
- Unterstützung von Angehörigen durch aufsuchende Beratung
- Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige einschließlich der notwendigen Beratung.

Einige Träger bieten die Leistungen in Form von Gruppenbetreuungen an (Tagesbetreuung).

Darüber hinaus wurden durch die landeseigene **ambulante Projektförderung** nach dem Bremischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz innovative Vorhaben unterstützt, die der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz dienen. Hierbei handelt es sich um strukturelle Verbesserungen der Angebote, die der häuslichen Pflege dienen. Zu den geförderten Projekten gehören z. B.: Angehörigengruppen von Demenzerkrankten, Selbsthilfegruppen für Angehörige, der Ausbau der Tagesbetreuung für psychisch veränderte ältere Menschen, die Wochenendversorgung Demenzkranker, die Fortbildung im Bereich der Validation bis zu Kriseninterventions- und Beratungsangeboten.

Allgemein präventive Funktionen im Sinne der Vorbeugung von Krankheit und Behinderung im Alter, der Unterstützung bei der Bewältigung von Verlusten und Einschränkungen sowie der Bemühung um Kompensationen von Beeinträchtigungen übernehmen in der offenen Altenhilfe vor allem die **Begegnungsstätten**. Die Begegnungsstätten sind nicht originär auf die Zielgruppe der Demenzkranken und psychisch gestörten Menschen ausgerichtet, dennoch können sie die soziale Teilhabe unterstützen und damit einen prophylaktischen Beitrag für erkrankte Menschen leisten. Die Begegnungsstätten verfolgen u. a. folgende Intentionen:

- Förderung der zwischenmenschlichen Begegnung und Geselligkeit;
- Informationen zu lebenspraktischen und allgemein gesellschaftlichen Fragen;
- Förderung von Bildungs- und Kulturangeboten;
- Orientierungshilfen für die Lebensphase "Alter";
- Entdeckung, Weiterentwicklung und Verwirklichung von Fähigkeiten, Neigungen und Interessen - zur Stärkung und Erhaltung von Selbstgefühl und Selbständigkeit, Übernahme neuer Aufgaben und Rollen;
- Förderung von nachbarschaftlicher Begegnung und Hilfe zur Selbsthilfe.

Zudem bestehen **Selbsthilfegruppen** für Angehörige von Demenzerkrankten, die meist aus eigener Betroffenheit von Pflegenden initiiert wurden und von beratenden, ambulanten oder stationären Trägern organisatorisch und fachlich begleitet werden. Einen analogen Auftrag verfolgt z.B. die durch das Seniorenbüro initiierte Gruppe von ehemaligen Patienten stationärer psychiatrischer Behandlungen.

Neben der Weitergabe von Informationen und Erfahrungen ist ein wichtiges Anliegen dieser Gruppen der Gefahr der Vereinzelung entgegenzuwirken, die mit der Übernahme kontinuierlicher Pflege verbundenen ist.

Sozialdiagnostische, beratende und vermittelnde Funktionen für diese Zielgruppe übernehmen der **Sozialpsychiatrische Dienst der psychiatrischen Behandlungszentren** und der **Sozialdienst Erwachsene** des Amtes für Soziale Dienste.

Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet auf der Grundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych KG) und dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), wobei er einerseits Hoheitsrechte ausübt und andererseits durch seine fünf Beratungsstellen für von Klienten gewünschte Kontakte (Beratung, Vermittlung und Behandlung) zur Verfügung steht.

Da die Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht auf die Zielgruppe älterer Menschen begrenzt ist, macht diese Gruppe etwa 14% der rund 4.000 Klienten aus.

Für die Hälfte der Klienten wurden eine Demenz oder andere körperlich bedingte psychische Störungen diagnostiziert. Bei der anderen Hälfte handelt es sich um alt gewordene psychisch kranke Menschen mit funktionellen Störungen.

Der Sozialdienst Erwachsene hilft einzelfallbezogen. Zum überwiegenden Teil handelt es sich um Beratungen, die Organisation und Absicherung von Hilfen für dementiell erkrankte Personen. Neben der Unterstützung des häuslichen Umfeldes berät der Sozialdienst auch

Pflegebedürftige und deren Angehörige vor und nach der Aufnahme in Alten- und Pflegeheime.

6.3.6.3. Ambulante Angebote

Wesentliche Beiträge zur ambulanten Versorgung älterer Menschen übernehmen die **Dienstleistungszentren**. Die DLZ sind in den Stadtteilen für ältere und chronisch kranke Menschen eine erste Anlauf- und Beratungsstelle. Sie sichern betreuende und hauswirtschaftliche Hilfen und vermitteln bei Bedarf pflegerische oder ergänzende Unterstützungen durch andere Anbieter. Nach Angaben der Träger sind etwa 1/3 der durch die Organisierte Nachbarschaftshilfe übernommenen Betreuungen aufgrund Demenzerkrankungen, psychischer Veränderungen oder Suchtproblematiken der Klienten besonders aufwendig. Dies sind über 1.000 Personen.

Als problematisch hat sich erwiesen, dass bei dieser Zielgruppe unzureichend ausgebildete Nachbarschaftshelferinnen mit schwierigsten Situationen konfrontiert werden. Um dem entgegenzuwirken, wurden für die Multiplikatoren in den Dienstleistungszentren gesonderte Fortbildungsveranstaltungen für die Optimierung der Versorgung Demenzkranker durchgeführt. Zur Qualifizierung und Verzahnung der Angebote wird auch der Einsatz einer „gerontopsychiatrischen Fachkraft“ genutzt, die an ein DLZ angebunden arbeitet. Zu den Aufgaben gehören u. a.: Die Systematisierung des Arbeitsfeldes durch Erschließen von und Einwirken auf Betreuungs- und Versorgungsstrukturen sowie die Begleitung problematischer Einzelfälle.

Neben den Dienstleistungszentren sichern die **ambulanten Pflegedienste** die Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen, die Zuhause wohnen. Die Tätigkeiten der Mitarbeiter sind vorwiegend auf die Übernahme medizinisch-pflegerischer Leistungen ausgerichtet. Psychosoziale Betreuungsanteile können nur begrenzt im Rahmen ausgewiesener Grund- und Behandlungspflegen sowie hauswirtschaftlicher Hilfen wahrgenommen werden. Insbesondere seit Einführung einzelfallbezogener Leistungsberechnungen können Anbieter der Hauskrankenpflege kaum allgemeine Betreuungsangebote für Personen mit psychischen Störungen machen. Dies gilt sowohl für Abrechnungen mit den Kranken- als auch mit den Pflegekassen. Bei den Pflegediensten arbeiten 11 Sozialarbeiter/innen, die u. a. für den Beratungsbedarf der Patienten zuständig sind.

In der Stadtgemeinde können gegenwärtig 23 Pflegedienste zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI mit den Pflegekassen abrechnen.

Einige ambulante Pflegedienste organisieren und betreiben Angehörigengruppen, für Personen, die wegen der Pflege stark belastet sind.

Den genannten Angeboten der ambulanten Altenhilfe geht in der Regel eine medizinische Diagnose und Behandlung voraus. Die meisten älteren Menschen suchen hierfür ihren **Hausarzt** auf, der i.d.R. eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder Facharzt für Innere Medizin hat. Diese Ärzte sind geeignete Ansprechpartner für ältere Menschen, wenn es z. B. darum geht, Multimorbidität anzugehen. Fraglich ist, inwieweit sie mit der speziellen Diagnostik und Therapie psychischer Störungen vertraut sind.

Daher ist es wünschenswert, die Fachkompetenz niedergelassener Nervenärzte und Psychiater in die Primärversorgung einzubinden und Überweisungen an psychiatrisch-fachärztliche Dienste nur vorzunehmen, wenn sie wirklich nötig sind.

6.3.6.4. Teilstationäre Angebote

Der postulierte Vorrang ambulanter Betreuung lässt sich nicht umsetzen, sofern ambulante nicht um teilstationäre Angebote ergänzt werden. Intermediäre Angebote wie Tagespflege, Tagesbetreuung und Tagesstätten für psychisch Kranke, Wohnangebote mit Service differenzieren das Hilfesystem unter dem Aspekt der Nutzer- und Angehörigeninteressen.

Bei der zeitlich befristeten Versorgung von Demenzkranken während des Tages sind zwei Angebotsformen zu unterscheiden: die Tagesbetreuung und die Tagespflege.

Die **Tagesbetreuung** ist ein niedrigschwelliges Angebot, das die ambulante Versorgung Dementer und z. T. auch pflegebedürftiger Menschen unterstützt. Es dient vorrangig der Entlastung der häuslichen Pflege und ermöglicht den Besuchern die Teilhabe am kommunikativen Austausch außerhalb des eigenen Wohnbereiches. Durchschnittlich wird das Angebot von den Besuchern zwei mal wöchentlich genutzt.

Gegenwärtig bestehen in Bremen konkrete Planungen die bestehenden drei Gruppen der Tagesbetreuung auszubauen. In einer Gruppe sind in der Regel acht Teilnehmer/innen. Diese Angebotsform wird unterschiedlich in Anspruch genommen und kann für Pflegebedürftige auch durch die Pflegeversicherung mitfinanziert werden, wenn die Tagesbetreuung als niedrigschwelliges Angebot im Sinne § 45b SGB XI anerkannt ist.

Die **Tagespflege** unterstützt, sichert und stabilisiert die häusliche Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen durch ein ergänzendes teilstationäres Angebot. In der Stadtgemeinde gibt es 11 Tagespflegen, die zwischen 12 und 25 Plätze anbieten. Die Einrichtungen sind so placiert, dass sie günstig zu erreichen sind und die tägliche Fahrzeit begrenzt ist. Diese Einrichtungen decken den Betreuungs- und Pflegebedarf während einer festgelegten Zeit des Tages (i. R. 8.00 bis 16.00 Uhr). Sie soll durch ermutigende und mobilisierende Impulse die Lebensqualität der Besucher verbessern sowie die Überforderung der pflegenden Angehörigen abwenden. In der Regel wird der Aufenthalt in einer Tagespflegeeinrichtung durch die Pflegeversicherung finanziert.

Der Anteil demenzerkrankter Besucher nimmt stetig zu und beträgt gegenwärtig etwa 70%.

Eine Tagespflegeeinrichtung im Bremer Westen wurde als Modelleinrichtung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI anerkannt. Dieses Angebot ist ausschließlich für Demenzkranke konzipiert und nimmt Personen auf, die in den nicht spezialisierten Einrichtungen nicht angemessen versorgt werden können. Durch eine vergleichende Untersuchung sollen die Auswirkungen und Effekte der Einrichtung ermittelt werden.

Die **Tagesstätten für psychisch Kranke** gehören zum Verbundsystem außerklinischer niedrigschwelliger Hilfen mit Kontaktfunktion, die zur Rehabilitation und Eingliederung psychisch kranker Menschen beitragen.

In der Regel arbeiten die Tagesstätten mit zwei Schwerpunkten. Zum einen handelt es sich um offene kommunikative bis beratende Anteile, z.B. durch einen Cafebetrieb, regelmäßigen Mittagstisch, Freizeit-, Bildungs- und andere Gruppenaktivitäten, die zum anderen um Beschäftigungshilfen ergänzt werden können. Hierbei geht es auch um die Einübung von Formen regelmäßiger Arbeit, z.B. in hauswirtschaftliche Tätigkeiten, oder um die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen.

Gegenwärtig gibt es in der Stadtgemeinde fünf jeweils regional zugeordnete Tagesstätten für psychisch Kranke.

Für die Teilnahme an diesem Angebot besteht keine Altersbegrenzung. In der Regel sind die Konzepte auf jüngere psychisch Kranke zugeschnitten.

Die Leistungen der Tagesstätten für psychisch Kranke, die grundsätzlich auch altgewordenen psychisch Kranken bzw. Menschen, die im Alter psychisch krank geworden sind, zur Verfügung stehen, werden von diesen jedoch kaum in Anspruch genommen. Die "offenen Angebote" der Tagesstätten, die gerade aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und Unverbindlichkeit für jüngere psychisch Kranke attraktiv sind, erleben Ältere des öfteren als Überforderung. Ansätze einer regelmäßigen Versorgung (wie das tägliche Mittagessen) und Angebote interessanter Beschäftigung werden von älteren psychisch Kranken eher wahrgenommen. Insbesondere sollten in den fünf regionalen Tagesstätten für psychisch Kranke Strukturen

entwickelt werden, die die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker älterer Menschen berücksichtigen.

6.3.6.5. Wohnen

Es gibt Angehörige von pflegebedürftigen Demenzkranken, die sich bewusst gegen die Aufnahme in ein Pflegeheim aussprechen und die Versorgung in einer Haus- oder Wohngemeinschaft anstreben. Zielvorstellungen sind kleinräumige Betreuungsformen, die sich bei der Organisation des Tagesablaufs an der "Normalität des Alltags" orientieren. Die Konzeption sieht weitgehend den Erhalt der Autonomie der Bewohner vor. In Bremen wurde durch Betroffene ein Verein gegründet (Die Woge), der eine Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte vorbereitet hat. Der Verein tritt inzwischen als Mieter der Räume auf. Die Pflege und Betreuung der bis zu acht Bewohner wird durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt. Bei der Wohngemeinschaft handelt es sich nicht um ein Heim. Aufgenommen werden Personen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind, aber nicht in einem Heim leben möchten. Zu der Konzeption gehört auch die Einbindung Angehöriger und Freiwilliger.

Gegenwärtig werden zwei weitere Hausgemeinschaftsgruppen für leicht demenziell Erkrankte im Rahmen des Stiftungsdorfes Gröpelingen vorbereitet. Die Hausgemeinschaft bietet 12 Wohnplätze an und verbindet das Servicewohnen (verbindlicher Grundservice) mit dem Angebot der Tagesbetreuung in unmittelbarer örtlicher Nähe.

Ein wichtiger ergänzender Aufgabenbereich wird die Begleitung und Evaluation der Wohngemeinschaften sein, um aus den Erkenntnissen Rückschlüsse für weitere Planungen ziehen zu können.

Der Aufbau von Wohngruppen für Demenzkranke wurde bisher durch konzeptionelle Beratung sowie bei der Einwerbung von Drittmitteln unterstützt. Darüber hinaus besteht durch die Ergänzung des Pflegeversicherungsgesetzes eine Fördermöglichkeit für die Dauer von fünf Jahren beim Aufbau und der Umsetzung innovativer Ansätze in der Pflege. Dieses Programm zielt auf die Erprobung neuer Wohnkonzepte für Pflegebedürftige (§ 8 Abs. 3 SGB XI) und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere für die Demenzerkrankten (§45 c SGB XI). Hierbei geht es z. B. um die Entwicklung neuer Wohnformen außerhalb der stationären Pflege. Die Pflegeversicherung beteiligt sich bundesweit mit jährlich 25 Mio. €, sofern die Länder entsprechende Komplementärmittel bereitstellen.

6.3.6.6. Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen

Zunächst ist die etwas verwirrende Nomenklatur zwischen dem Betreuten Wohnen für psychisch Kranke und dem Service-Wohnen oder dem Betreuten Wohnen der Altenhilfe zu beachten, in dem selbständiges Wohnen älterer Menschen mit individuell wählbaren Unterstützungs- und Betreuungsform verknüpft wird.

Das Betreute Wohnen für psychisch Kranke ist vor allem als Alternative zur stationären Versorgung entwickelt worden. Dieser Personenkreis lebt in Wohngemeinschaften oder betreuten Einzelwohnungen. Im Betreuten Wohnen besteht generell eine geringe Fluktuation, sodass der Anteil älterer psychisch kranker Menschen mit einem spezifischen Hilfebedarf zunehmen dürfte.

Die Integration von älteren Menschen aus dem häuslichen Milieu in das Betreute Wohnen gestaltet sich nach Erfahrungen der Träger erheblich problematischer als bei jüngeren psychisch Erkrankten. Jüngere Klienten sehen in dieser Hilfeform eine die Selbständigkeit fördernde Alternative zur stationären Unterbringung. Damit ist eine persönliche Aufwertung und öffentliche Anerkennung und Unterstützung bei der Suche nach einem neuen Lebens-Mittelpunkt verbunden.

Nach Auffassung des Fachausschusses "Gerontopsychiatrie" der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen kann das Betreute Wohnen auch für im Alter psychisch erkrankte Menschen eine geeignete Wohnform sein. Die regionalen Träger tragen dafür Sorge, dass eine solche Betreuung möglich ist. Ein besonderes Kontingent für diese Kleingruppe wird nicht für erforderlich gehalten.

6.3.6.7. Stationäre Angebote

Im Jahr 2004 wurden in der Stadtgemeinde 4.531 vollstationäre Pflegeheimplätze angeboten, die zu 98% belegt waren. Bezogen auf die über 80-jährigen Senioren/innen wohnten damit 17% in einem Pflegeheim. Da mit zunehmendem Alter die Prävalenz der Demenz und deren Neuerkrankungsrisiko steigt und in den schweren Krankheitsstadien zu umfassender Pflege- und Behandlungsbedürftigkeit führt, ist mehr als die Hälfte der Heimbewohner an Demenz erkrankt. Das ergibt sich auch aus der Zunahme des Aufnahmealters beim Wechsel in ein Pflegeheim.

Wegen dieser Entwicklung haben sich viele Heimträger gezielt auf diese Zielgruppe eingestellt. Diese Ausrichtung bedingt konzeptionelle und bauliche Änderungen, die die gesamte Struktur des Angebotes betreffen.

So sind Pflegeheime dazu übergegangen, Demente, die in den Heimalltag nicht integriert werden können, in sogenannten tagesstrukturierenden Gruppenaktivitäten zu betreuen. Mit dieser Versorgungsform wird eine Entlastung und damit Verbesserung des psychosozialen Milieus des gesamten Heims intendiert.

Eine andere Variante ist die Organisation der Binnenstruktur des Pflegeheims nach dem sogenannten Wohnküchenprinzip. Hier wird – in kleinen überschaubaren Gruppen - unter Verzicht auf eine zentrale Küche die aktive Mitwirkung der Heimbewohner an Teilen der Versorgungsleistungen angestrebt. Diese Ausrichtung fordert die Einbindung des hauswirtschaftlichen Personals in die Betreuungsleistungen und damit eine entsprechende Qualifizierung.

Andere Träger streben durch Schulungs- und Fortbildungsprogramme der Mitarbeiter in der akzeptierenden und emotional stützenden Gesprächsführung (Validation) ein soziales Milieu an, das günstige Bedingungen für die Integration und Pflege Dementer schafft.

Die neuen Konzeptionen führten zu baulichen Veränderungen, die in den Heimen, die nach dem Wohnküchenprinzip organisiert sind, am deutlichsten zum Ausdruck kommen. Aber auch die Einrichtung von Snoezel-Räumen, von Sinnesgärten oder die Gestaltung des Eingangsbereichs, um Weglaufen zu erschweren, gehören dazu.

Neben den unterschiedlichen Bemühungen der Pflegeheime um eine angemessene Versorgung Dementer werden gegenwärtig Pläne für kleine Pflegeheime vorbereitet, die sich auf die Behandlung besonders betreuungsintensiver Demenzkranker spezialisieren.

Die Leitlinien fordern die Differenzierung und Spezialisierung der stationären Angebote, wenn teiltintegrative Hilfen die erforderliche gerontopsychiatrische Betreuung nicht sicherstellen. Dieser Zielsetzung folgend, komplettieren in der Stadt fünf für den Kreis derjenigen alten Menschen, die einen gerontopsychiatrischen Hilfebedarf haben, besonders ausgestattete Heime/Stationen die Angebote für psychisch gestörte ältere Menschen mit insgesamt ca. 180 Plätzen. Hierzu gehören folgende Einrichtungen:

- Sozialwerk der Freien Christengemeinde in Grambke
- „Haus Hohenkamp" des Deutschen Roten Kreuzes,
- eine Station des "Fichtenhofes" der Bremer Heimstiftung,

- "Meybohmshof" der Arbeiterwohlfahrt
- Egestorff-Stiftung

Der Kerngedanke zur Einrichtung gerontopsychiatrischer Stationen/Heime besteht in der Überlegung, dass schwere und vor allem chronisch/psychisch sowie hirnorganische Erkrankungen besondere Interventionsstrategien bedürfen. Bei den Bewohnern dieser Einrichtungen handelt es sich überwiegend um altgewordene psychisch Kranke - also Personen mit funktionellen Störungen - der Anteil dementiell erkrankter älterer Menschen ist gering.

Das Betreuungsprogramm in den fünf gerontopsychiatrischen Heimen/Stationen ist milieu-therapeutisch ausgerichtet und systematisch mit rehabilitativ/aktivierenden Anteilen verbunden. Dieser Anspruch kann nur durch besonders ausgestattete Einrichtungen/Stationen eingelöst werden. In diesem Arbeitsbereich sind vorrangig Fachpersonal wie examinierte Altenpfleger/innen mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung, Sozialarbeiter/innen sowie ein Heimpsychologe tätig.

Diese Stationen sind nach dem Wohngruppenprinzip untergliedert.

Alle Einrichtungen kooperieren mit den Sozialen Diensten. Eine Kooperationsvereinbarung sichert die fachliche Zuordnung von Klienten in Zusammenarbeit zwischen den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Sozialdienst Erwachsene und dem Heim im Rahmen der regionalen Zuständigkeit und gewährleistet die Wiederaufnahme von Bewohner/innen, z.B. nach Klinikaufenthalt. Darüber hinaus regelt sie die fachgerechte psychiatrische Betreuung der Bewohner, kontinuierliche Fallbesprechungen und die Supervision der Mitarbeiter.

6.3.6.8. Psychiatrische Versorgung in Krankenhäusern

Die stationäre psychiatrische Behandlung psychisch kranker älterer Menschen erfolgt in den fünf regionalen psychiatrischen Behandlungszentren der Klinika Bremen-Ost und Bremen-Nord. Das Klinikum Bremen-Ost ist für die Sektoren Mitte, West, Süd und Ost sowie für die zugehörigen Tageskliniken in West und Süd zuständig. Das Klinikum Bremen-Nord ist für die Region Nord einschließlich der zugehörigen Tagesklinik zuständig.

Der Fachausschuss "Gerontopsychiatrie" koordiniert die gesamtstädtischen Angebote, gibt Empfehlung für den weiteren Ausbau an die Zentrale Arbeitsgruppe und begleitet neue Maßnahmen.

Nach dem PsychKG wurde ein Psychiatrieausschuss für das Land Bremen eingerichtet, der in Fragen von zentraler Bedeutung den Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales berät und sich an der Aufstellung des Psychiatrieplan des Landes Bremen beteiligt. Im Psychiatrieausschuss werden auch grundsätzliche Fragen zur Versorgung älterer psychisch kranker Menschen erörtert.

B - Bewertung und Maßnahmenvorschläge

Seit der Erstellung des letzten Altenplans für die Stadtgemeinde Bremen im Jahr 1997 haben sich insbesondere die Bedingungen der Versorgung dementiell erkrankter Menschen nachhaltig verbessert. Dazu hat nicht unerheblich die öffentliche Aufmerksamkeit beigetragen, die dieser Bereich erfahren hat und durch allgemeine Informationsveranstaltungen und Fachtagungen zum Ausdruck kam. Überregional hat die von der Bundesregierung eingesetzte Sachverständigenkommission in

dem Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation die Demenz als Schwerpunkt behandelt und damit wichtige Hinweise für den Entwicklungsbedarf gegeben. Die erhöhte Aufmerksamkeit drückte sich auch in den politischen Anfragen der Bürgerschaft aus.

Bei den gesetzlichen Änderungen der Pflegeversicherung wurden vor allem die Leistungsansprüche dementiell Erkrankter ausgebaut, die ambulant betreut und gepflegt werden. Damit wurde für den hohen Anteil häuslich versorgter Demenzkranker ein erster Schritt zur Beseitigung von Defiziten und zur Verbesserung der Lebenssituation von Angehörigen getan.

Im Rahmen der Modellförderung kann für Maßnahmen, die der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen oder für neue Konzepte der Betreuung und Pflege Demenzkranker Unterstützung eingeworben werden.

Die im Kontext der Pflegeversicherung eingeführte landeseigene ambulante Projektförderung wurde gezielt dazu genutzt, innovative Vorhaben der häuslichen Pflege finanziell zu unterstützen. Durch dieses Instrument wurden bisher 16 Projekte mit dem Ziel der Verbesserung der ambulanten Pflegesituation gefördert.

Da viele ambulante, teilstationäre und stationäre Träger sich in der Findungs- und Erprobungsphase geeigneter Betreuungs- und Versorgungskonzepte befanden, entstanden einrichtungs- und trägerübergreifende Zusammenschlüsse mit dem Ziel des Informationsaustausches und gegenseitiger Abstimmung. Hierzu gehören das „Forum Demenz“ sowie das „Netzwerk Demenz“, die die Kooperation zwischen Theorie und Praxis sowie zwischen Altenhilfe und Gesundheit sucht.

Eine informierende, koordinierende und beratende Funktion wird auch die Beratungsstelle für Demenzerkrankte und der pflegenden Angehörigen übernehmen, die Ende 2003 die Arbeit aufnahm. Erwartet wird, dass die von der Beratungsstelle organisierten und regional angebundenen Angehörigengruppen zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen.

Integrative oder segregative Versorgungsformen sind kein Widerspruch, sondern notwendige Ergänzungen, die zu einer Qualifizierung der Versorgungsstrukturen beitragen. So wurde als Modellprojekt eine erste Tagespflegeeinrichtung eröffnet, die sich auf die Betreuung und Pflege von Demenzkranken spezialisiert.

Die Gründung von ersten ambulanten Wohngruppen für Demenzkranke erweitert das Spektrum selbstbestimmter Lebensformen bei hohem Pflege- und Betreuungsbedarf.

Auch im stationären Bereich werden neben den bestehenden gerontopsychiatrischen Stationen nunmehr spezielle Pflegeheime für die Aufnahme betreuungsintensiver Demenzkranker vorbereitet. Darüber hinaus haben sich viele Heime durch binnensstrukturelle Änderungen z. B. der Organisation nach dem Wohnküchenprinzip oder der Einbindung tagesstrukturierender Angebote auf die Anforderungen dieser Zielgruppe eingestellt.

In den letzten Jahren konnten deutliche Fortschritte erreicht werden. Dennoch sind die Maßnahmevorschläge des Altenplans von 1997 nicht vollständig umgesetzt worden. Hierzu gehört vor allem die Einbindung gerontopsychiatrischer Fachkräfte in den Dienstleistungszentren. Angesichts der degressiven Haushaltsmittel für die DLZ konnte diese Zielvorgabe trotz vieler Bemühungen auch um alternative Finanzierungen nicht eingelöst werden.

Auch heute hat das Sozial- und Gesundheitswesen für diese Zielgruppe noch keine aufeinanderbezogene flächendeckende Unterstützungs- und Versorgungsstruktur herausbilden können. Noch bleibt das durchlässige wohnortnahe Verbundsystem zwischen der ambulant beratenden bis stationären Altenhilfe mit der diagnostisch-therapeutischen Kompetenz der Medizin durch niedergelassene Ärzte oder Kliniken ein kaum erreichtes Ideal.

Über ein immer noch wenig beachtetes und damit unausgeschöpftes Potential für die präventive Versorgung psychisch gefährdeter und dementer Menschen verfügt die offene Altenhilfe in den Begegnungsstätten und mit den Selbsthilfegruppen. Sie ermöglichen einen niedrigschwelligen Zugang und könnten neue Perspektiven für modifizierte Nutzungskonzepte eröffnen. Hilfreich ist, Projekte mit prophylaktisch ausgerichteten therapeutisch-sozialen Inhalten für Besucher aus dem Stadtteil zu verbinden. Dies gilt z. B. für die Kombination von Ressourcen der Begegnungsstätten mit dem Angebot der Tagesbetreuung oder der Tagesbetreuung mit dem Betreuten Wohnen.

Lange Zeit blieben die intermediären Angebote wie Tagesbetreuung/Tagespflege und Service-Wohnen eine ungenügende Alternative zur stationären Versorgung, weil die zur Verfügung stehenden Angebote für den Bedarf nicht ausreichten. In

den letzten Jahren wurde vor allem die Tagespflege erheblich ausgeweitet und zu einem hohen Anteil von Demenzkranken genutzt. Dies Angebot behauptet sich zunehmend als realistische Alternative zur frühzeitigen stationären Versorgung.

Im Einzelnen werden folgende Vorschläge gemacht:

In Bremen gibt es eine Reihe hoffnungsvoller Ansätze für die Arbeit mit Demenzkranken und gerontopsychiatrischen Patienten. Die Gründung des Forums Demenz und des Netzwerkes Demenz war Ausdruck des Bedarfs nach Austausch und trägerübergreifender Kooperation. Auch die Einrichtung einer Informations- und Koordinierungsstelle für Demenzkranke und deren Angehörige mit dem Auftrag der Überprüfung und Ergänzung der bestehenden Angebotsstruktur ergab sich aus entsprechenden Defiziten.

Die Beratungsstelle Demenz (DIKS) soll vor allem auf praktischer Ebene für die Nutzer zur Vernetzung bestehender Angebote beitragen.

Das „Forum Demenz“ und „Netzwerk Demenz“ dienen dem Austausch und der Reflexion der Fachleute. Diese Zusammenschlüsse können Impulsgeber für weitere Entwicklungen sein. Zudem sollten sie auch zukünftig fachliche Foren und die Öffentlichkeitsarbeit vorantreiben.

In dem Kapitel Beratung und Versorgung zu Hause wurde die Reaktivierung der regionalen Sozialen Arbeitskreise beschrieben. Diese Arbeitskreise haben auch die Aufgabe des Informationsaustausches über die Versorgung psychisch veränderter und dementiell Erkrankter in den verschiedenen Regionen. Sie dienen der Abstimmung über Arbeitsweisen und Kooperationsbeziehungen sowie der Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Angebotsstruktur bis zur Erörterung exemplarischer Einzelfälle.

Die Sozialbehörde und die Pflegekassen in Bremen haben sich auf die gemeinsame Förderung von Modellprojekten verständigt, die der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Personen dienen (§ 45c SGB XI).

In Bremen handelt es sich um die „DIKS“ Demenz Informations- und Koordinationsstelle, die unabhängige und kostenlose Beratung über alle Angebote und Einrichtungen für an Demenz erkrankte Personen und deren Angehörige leistet.

**Optimierung der Vernetzung
von Angeboten;
Öffentlichkeitsarbeit**

Reaktivierung und Vervollständigung der regionalen Sozialen Arbeitskreise

Ein zweites Projekt ist eine dementenspezielle Tagespflegeeinrichtung, in der besondere Pflege- und Betreuungsformen angewandt und erprobt werden.

Beide Projekte werden wissenschaftlich begleitet. Vorerst wurde eine Dauer von drei Jahren vereinbart. Es besteht die Möglichkeit der Verlängerung auf insgesamt fünf Jahre.

Nach Ablauf der Modellförderung ist die Fortführung und Übertragung der Erkenntnisse auf andere Maßnahmen zu prüfen.

Seit Einführung der ambulanten Projektförderung war die Unterstützung der Betreuung und Beratung von Demenzkranken und deren Angehörige ein deutlicher Schwerpunkt dieses Landesförderinstruments. Finanzielle Mittel erhielten vor allem innovative Projekte, die nachhaltig zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur beitrugen. Zukünftig werden aus diesen Mitteln vor allem niedrigschwellige Ansätze gefördert, die einen Verbleib in der Häuslichkeit möglichst lange sichern.

Durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz bestehen inzwischen die Voraussetzungen, dass u. a. Leistungen der Organisierten Nachbarschaftshilfe mit den Pflegekassen abgerechnet werden können. Die Dienstleistungszentren können damit zusätzliche Aufwendungen für Einzelbetreuungen erbringen. Perspektivisch können auch die Begegnungsstätten entsprechende Gruppenangebote in ihr Programmspektrum integrieren.

Empfohlen wird der bedarfsgerechte Ausbau regional organisierter Tagesbetreuungsangebote auch in abgestufter Form, z. B. in Verbindung mit dem stationären Mittagstisch oder tagesstrukturierenden Hilfen im Rahmen der offenen Altenhilfe.

Wohngemeinschaften suchen und nutzen neue Wege der Versorgung und Pflege von dementiell Erkrankten. Die Bewohner und die Angehörigen wollen diese Chance des Erhalts eines hohen Maßes an Autonomie nutzen und streben zugleich die erforderliche Verlässlichkeit der Pflege an.

Ende 2003 wurde in Bremen die erste Wohngemeinschaft für dementiell Erkrankte eröffnet. Zwei weitere Wohngruppen werden geplant, die die Tagesbetreuung mit einem Wohnangebot verbinden.

Vor dem Ausbau dieser Betreuungsformen, die

Auswertung von Modellmaßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur und von Versorgungskonzepten für demenzkranke Pflegebedürftige

Die ambulante Projektförderung für die strukturelle Verbesserung der ambulanten Pflege und Betreuung Demenzkranker nutzen

Kontinuierlicher Ausbau niedrigschwelliger und teilstationärer Angebote

Auswertung der Hausgemeinschaften für Demente; Sicherung der Finanzierung und bedarfsgerechter Ausbau

außerhalb des Geltungsbereichs des Heimgesetzes als ambulante Versorgung konzipiert wurden, sind die finanziellen und betreuenden Rahmenbedingungen zu überprüfen.

Die stationären gerontopsychiatrischen Stationen/Heime wurden so ausgebaut, dass in jeder Region die Versorgung gesichert ist. Die Entgelte werden i. R. durch eine Kombination von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe aufgebracht.

Alle stationären Pflegeeinrichtungen nehmen zu einem hohen Anteil Demenzkranke auf. Besondere Aufwendungen sind einrichtungsbezogen in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen darzustellen. Dies gilt auch für den geplanten Ausbau von spezialisierten Pflegeeinrichtungen für besonders pflege- und betreuungsaufwendige Demenzkranke.

Hierbei ist zu prüfen, in welcher Form zusätzliche Investitionen bei der Investitionsförderung des Landes Berücksichtigung finden können.

Für die Jahre bis 2010 wird ein Bedarf an spezialisierten stationären Einrichtungen für die Betreuung von Demenzkranken von jeweils einem Heim mit 40 Plätzen pro Region gesehen. Da noch keine Erfahrungen mit dieser Angebotsform vorliegen, wird eine begleitende und vergleichende Evaluation der Modelle vorgeschlagen.

Fort- und Weiterbildung sowie Supervision schaffen wichtige Voraussetzungen für die Weiterentwicklung eines Arbeitsbereichs. Für pflegerische Fachkräfte ist die Grundlage eine dreijährige Altenpflegeausbildung, in der Gerontopsychiatrie ein integrierter Bestandteil des theoretischen und praktischen Unterrichts ist.

Empfohlen wird, dass auch der Fachkräfteanteil der Mitarbeiter/innen spezialisierter Einrichtungen der Betreuung Demenzkranker gesondert festgelegt wird.

In den letzten Jahren wurden für die Sozialberaterinnen der Dienstleistungszentren eine Fortbildung für die Dauer von zwei Jahren zur „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz“ angeboten und erfolgreich durchgeführt. Die Teilnehmerinnen erhielten entsprechende Zertifikate.

Empfohlen wird, auf Grundlage der Erfahrungen weitere Maßnahmen zu entwickeln und zu fördern.

Die Qualifikation der Mitarbeiter spezialisierter Einrichtungen festlegen; Fortbildungen

Gesetzblatt

der

Freien Hansestadt Bremen

2003	Ausgegeben am 22. April 2003	Nr. 21
------	------------------------------	--------

Inhalt

Gesetz zur Änderung der Verfassung der Freien Hansestadt Bremen	S. 167
Gesetz zur Änderung des Bremischen Schulgesetzes und des Bremischen Schulverwaltungsgesetzes. . .	S. 167
Gesetz zur Änderung des Sparkassengesetzes für öffentlich-rechtliche Sparkassen im Lande Bremen und zur Errichtung der Sparkassenstiftung Bremerhaven.	S. 168
Bremisches Ausführungsgesetz zum Tierseuchengesetz (BremAGTierSG)	S. 171
Gesetz zu dem Staatsvertrag zwischen dem Land Niedersachsen und der Freien Hansestadt Bremen über das Benutzungsverhältnis der Tierhalterinnen und Tierhalter im Lande Bremen mit der Niedersächsischen Tierseuchenkasse.	S. 174
Gesetz zur Änderung des Bremischen Ausführungsgesetzes zum Tierkörperbeseitigungsgesetz (BremAGTierKBG)	S. 175
Ortsgesetz zur Umwandlung der Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen in privatrechtliche Unternehmen und zur Errichtung einer Holding- und einer Grundstücksgesellschaft (Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz - KHUG -).	S. 175
X Verordnung zur Umsetzung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes.	S. 177

**Verordnung zur Umsetzung
des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes**

Vom 8. April 2003

Auf Grund des § 45 b Abs. 3 Satz 2 und des § 45 c des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) geändert worden ist, verordnet der Senat:

Teil 1**Verfahren zur Anerkennung von
niedrigschwelligen Betreuungsangeboten****§ 1****Zuständigkeit****§ 3****Voraussetzung für die Anerkennung**

(1) Die Anerkennung als niedrigschwelliges Betreuungsangebot setzt insbesondere voraus, dass

1. ein fachlich ausgewiesenes niedrigschwelliges, regelmäßiges Angebot im Sinne des § 2 erbracht wird und die Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45 c Abs. 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt werden;

2. bei der Antragstellung ein K...

(3) Wenn die Voraussetzungen der Anerkennung nicht mehr vorliegen, wird diese widerrufen.

Teil 2

Verfahren zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

§ 5

Zuständigkeit für die Förderung

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales entscheidet im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. über die Vergabe der Fördermittel nach § 45 c des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Er kann in Abstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen Richtlinien zur Gestaltung und Durchführung der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erlassen.

§ 6

Ziele der Förderung

Mit den Fördermitteln nach § 45 c Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden sowohl der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, als auch der Erhalt bestehender Angebote dieser Art mit dem Ziel gefördert, eine möglichst wohnortnahe und flächendeckende Versorgung von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf - unabhängig von dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch - zu erreichen. Dabei soll eine regional gleichmäßige Verteilung der Betreuungsangebote sichergestellt werden. Die unterschiedlichen Zielgruppen und der jeweilige Bedarf an Betreuung nach § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen. Durch die Schaffung und den Ausbau von Kontakt- und Beratungsstellen wird ferner eine Entlastung der Pflegepersonen angestrebt.

§ 7

Modellvorhaben

Gefördert werden zeitlich längstens auf 5 Jahre befristete Modellvorhaben zur Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für demenzkranke Pflegebedürftige. Als Modellvorhaben sollen insbesondere Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Während der Erprobungsphase kann im Einzelfall von

(2) Förderfähig sind

1. niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des § 2, die unter Voraussetzungen des § 3 anerkannt sind, sowie
2. Modellvorhaben im Sinne des § 7, wenn
 - a.) ein Konzept über die Ziele, Inhalte, Dauer und Durchführung des Modellvorhabens und dessen Qualitätssicherung vorgelegt wird, aus dem neben den Anforderungen des § 3 Abs. 2 der innovative Charakter des Projekts und seine Abgrenzbarkeit zu vergleichbaren Projekten erkennbar wird;
 - b.) eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards unter Mitwirkung des Projektträgers vorgesehen ist;
 - c.) ein ausreichender Versicherungsschutz (Haftpflichtversicherung) für Schäden, die (ehrenamtlichen) Helferinnen und Helfer bei ihrer Arbeit verursachen oder erleiden, nachgewiesen wird.

(3) In den Anträgen muss die Prüfung der Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung nachgewiesen werden.

(4) Der Antragsteller muss eine juristische Person sein.

(5) Der Antragsteller hat zunächst ein Jahr nach Ablauf der Förderung und danach jährlich einen Bericht über die Arbeit und deren Ergebnisse zu erstellen.

(6) Der Antragsteller verpflichtet sich zu einer engen Zusammenarbeit mit den Zuschussgebern.

(7) Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten.

(8) Der Anspruch auf Aufnahme in die Förderung entsteht erst durch die schriftliche Einwilligung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

§ 9

Gegenstand der Förderung

Die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung für einen begrenzten Zeitraum und dient damit insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren. Darin enthalten sind auch die notwendigen Personal- und Sachkosten

den Nachweis und die Prüfung der Landesförderung (Zuwendung) gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 Landeshaushaltsordnung, die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung.

(2) Voraussetzung für die Landesförderung ist die verbindliche Finanzierungszusage der Pflegekassen. Die Landesförderung beschränkt sich nur auf den in § 45 c Abs. 2 und Abs. 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Umfang. Die Förderungsdauer ist zeitlich begrenzt.

(3) Die Landesförderung endet mit dem Widerruf der Anerkennung.

(4) Bei Verstößen gegen zuwendungsrechtliche Vorschriften kann die Landesförderung verringert oder eingestellt werden.

(5) Ein Rechtsanspruch auf die Vergabe von Landesmitteln besteht nicht.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft.

Beschlossen, Bremen den 8. April 2003

Der Senat

6.4. Begleitung sterbender Menschen

A – IST Beschreibung

Die Begleitung sterbender Menschen ist Teil der Altenhilfe. Durch die gestiegene Lebenserwartung fällt Sterben vor allem in die Phase des Alters.

In früherer Zeit waren die Infektionskrankheiten eine der Hauptursachen für das Sterben. An ihnen starben auch viele jüngere Menschen; der Tod trat meist schnell ein. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug Ende des 19. Jahrhunderts zwischen 30 und 40 Jahren.

Heute sterben die meisten Menschen im hohen Alter an chronischen Krankheiten. Als häufigste Todesursachen werden Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen genannt. Charakteristisch ist, dass im Alter die Zahl langwieriger und sich verbindender Gesundheitsstörungen zunimmt. Dadurch verlängern sich Sterbeprozesse.

Früher übernahmen die Angehörigen in der Regel die Begleitung Sterbender in der Familie. Auch heute wünschen die meisten Menschen, zu Hause zu sterben und von Familienangehörigen betreut zu werden. Die wachsende Zahl alleinlebender älterer Menschen, die geringere Kinderzahl und das dünner werdende Familiennetz setzt diesem Wunsch Grenzen. Auch wenn Familienangehörige oder Freunde in der Nähe wohnen, sind sie oftmals erwerbstätig, daher können sie pflegebedürftige und schwerkranke Verwandte nur zeitlich begrenzt unterstützen. Vor allem aber müssen sie bereit und fähig sein, die Sterbebegleitung zu übernehmen. Angesichts der immer noch vorherrschenden Fremdheit gegenüber Tod und Sterben ist bei vielen "natürlichen" Sterbebegleitern/innen mit Angst und Abwehr zu rechnen. Daher benötigen sie der Unterstützung durch ambulante Helfer/innen und eine enge Kooperation mit sozialen Diensten, dem Hausarzt oder teilstationären Hilfen.

Ausgangspunkt dieses Teils des Altenplans sind Annahmen über die Bedürfnisse Sterbender. Danach wird dargestellt, wo Menschen in Bremen sterben, anschließend werden Hilfenformen und deren Rechtsgrundlagen aufgezeigt.

Um die Problematik Sterbender differenziert kennen zu lernen und Bedarfe aus unterschiedlichen Erfahrungszusammenhängen zu verdeutlichen, richtete der Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales im Jahr 1994 eine Arbeitsgruppe ein. Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, sich wechselseitig über bestehende Angebote und Hilfen, aber auch über offenkundige Defizite auszutauschen und auf dieser Grundlage Vorschläge für zukünftige Orientierungen, Zuständigkeiten und Arbeitsweisen vorzuschlagen. Die hier dargestellte Bestandsaufnahme und die anschließende Bewertung der Maßnahmen basiert u.a. auf den Ergebnissen der Arbeitsgruppe.

6.4.1 Bedürfnisse Sterbender

Ausgangspunkt für die Gestaltung von Hilfen für sterbende Menschen sind deren Bedürfnisse. Hierüber verlässliche Informationen zu erhalten ist sehr schwierig, denn die phasenartigen Verläufe des Sterbevorgangs machen deutlich, dass Sterbende mit Annäherung an den Tod erheblichen Stimmungsschwankungen unterliegen.

Häufig werden in der Fachliteratur folgende Bedürfnisse Sterbender hervorgehoben:

- Die Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse. Hierzu gehören u.a.: gute Lagerung und Pflege, Krankenkost sowie weitest mögliche Freiheit von Schmerzen und anderen Symptomen, die eine zusätzliche Belastung darstellen.
- Akzeptanz bei den begleitenden Personen gegenüber häufig schnell wechselnden Grundstimmungen.

- Angemessene Informationen über Zustand und Prognose des Krankheitsverlaufs.
- Der Anspruch, ein sinnvolles Leben zu führen, auch in der Sterbephase.
- Nicht allein gelassen zu werden. Zuwendung und Interaktion mit nahestehenden oder begleitenden Bezugspersonen aufrecht zu erhalten.
Die Bewahrung von Würde und das Gefühl der Wertschätzung.
- Das Bedürfnis einer möglichst selbständigen, eigenverantwortlichen Lebensgestaltung schließt die Einbeziehung des Sterbenden in den Betreuungsprozess als aktiven Partner ein.
- Wunsch nach äußerer Ruhe und Harmonie, um die Bilanz des Lebens ziehen, von den Angehörigen Abschied nehmen sowie letzte Sorgen angehen und Dinge regeln zu können.

die Zahl der Todesfälle pro Jahr zugenommen hat. Obwohl sowohl die Krankenhäuser als auch die Pflegeheime nicht für Sterbende konzipiert wurden, sterben dennoch dort die meisten Menschen.

In unserer Stadt sterben im Jahr etwa 6.000 Menschen. Weniger als die Hälfte davon stirbt zu Hause (ca. 44 %). Die zu Hause Sterbenden werden in der Regel von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten versorgt. Oft nehmen auch ambulante Dienste Versorgungsanteile wahr. Betreuungen im häuslichen Umfeld übernehmen z.B. die Organisierte Nachbarschaftshilfe der Dienstleistungszentren und/oder Hauskrankenpflege. Um die Hilfen möglichst individuell zu gestalten, können Sterbende sowohl in den Einrichtungen als auch zu Hause Unterstützung durch Mitarbeiter der ambulanten Hospizarbeit vereinbaren.

In der Darstellung des Hilfe- und Pflegebedarfs wird hervorgehoben, wie stark sich viele Angehörige belastet fühlen, die Familienmitglieder kontinuierlich und in einem erheblichen Umfang pflegen. Neben zeitlichen, körperlichen oder finanziellen Belastungen können in der Betreuung Sterbender auch psychosoziale Konflikte aktualisiert werden. Eine partielle Entlastung können Betroffene erfahren, wenn ambulante Hospizarbeit in Anspruch genommen wird.

Krankenhäuser verfügen heute über wirkungsvolle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Daher begeben sich gerade Schwerkranke mit fraglicher oder ungünstiger Prognose und voraussichtlich längerer Verweildauer ins Krankenhaus. Hier erhoffen sie auch am ehesten Heilung oder Linderung ihrer Beschwerden. Vom Pflegepersonal wird Sensibilität aber auch psychosoziale Stabilität im Umgang mit unheilbar Erkrankten erwartet, auch wenn ungünstige Prognosen vorliegen und die länger dauernde Behandlung zur Belastung wird.

In den Krankenhäusern der Stadt sind die Bedingungen für Sterbende unterschiedlich. Die übliche Unterbringungsrealität ist das Mehrbettzimmer. Einige Krankenhäuser verfügen über gesondert ausgestattete Sterbezimmer. Die vorübergehende Aufnahme Angehöriger ist nur bedingt in einzelnen Krankenhäusern möglich.

Für alle Krankenhäuser wurden in den letzten Jahren wiederholt **Fortbildungsprogramme und Fachtagungen** zum Thema "Tod und Sterben" angeboten. Hieraus entwickelten sich in einigen Krankenhäusern besondere Arbeitskreise, die "Sterben im Krankenhaus" regelmäßig thematisieren. Dies schließt dann auch das Angebot der Supervision der Mitarbeiter ein.

Für die soziale Beratung und Vermittlung weiterer Hilfen ist der **Sozialdienst im Krankenhaus** zuständig. Der Dienst berät auch Sterbenskranke und deren Angehörige, übernimmt aber keine Sterbebegleitungen.

Um die Versorgung Sterbender in den Krankenhäusern zu verbessern, gab es in den letzten Jahren verschiedene Bemühungen.

Hierzu gehören u.a.:

- Die Optimierung der Information der Patienten und ihrer Angehörigen über den Krankheitsstand.
- Die Beendigung kurativer Maßnahmen bei infauster Prognose zugunsten einer Schmerzbehandlung und intensiver Pflege.
- Eine Vereinbarung über eine Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn der Patient und seine Angehörigen das für richtig halten.
- Die Verbesserung von räumlichen Bedingungen für Sterbende.

- Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegepersonal.
- Die Pflegesatzrelevanz der Behandlung, Pflege und Begleitung Sterbender.

6.4.3. Allgemeine Bedingungen und Voraussetzungen der ambulanten Hospizarbeit

Die Förderung der ambulanten Hospizarbeit hat zum Ziel, die Begleitung Schwerkranker und Sterbender in Bremen zu unterstützen und zu stärken. Die Situation Schwerkranker und Sterbender ist oft gekennzeichnet durch Isolation der Betroffenen im häuslichen Bereich sowie auch häufig durch Hilflosigkeit bei den Angehörigen. Die Begleitung Schwerkranker und Sterbender im Krankenhaus hilft ihnen auch, die unvermeidbaren Bedingungen der Institution Krankenhaus zu akzeptieren.

Die Hospizvereine begleiten Sterbende und ihre Angehörigen vorwiegend zu Hause, zu einem beträchtlichen Teil aber auch im Krankenhaus sowie in Altenpflegeeinrichtungen. Die Vereine bieten verlässliche Begleitung und Unterstützung für die Betroffenen und für die Angehörigen in einer extremen persönlichen und sozialen Problemsituation an.

Die Hospizvereine pflegen und erweitern, einzeln sowie gemeinsam über die Landesarbeitsgemeinschaft, die fachöffentliche Diskussion der Hospizarbeit. Dazu gehören Einzelveranstaltungen, Veranstaltungsreihen mit Vorträgen und Filmvorführungen sowie Teilnahme an Rahmenveranstaltungen (z.B. Selbsthilfe-Tag, HaFa, „Maak wat“ / Freiwilligenagentur).

Wesentliche Impulse für die Formulierung der Bedingungen bei der Begleitung und Unterstützung Sterbender sowie ihrer Angehörigen gingen von der Hospizbewegung aus. Dies gilt sowohl für die ambulante als auch stationäre Versorgung Sterbender. Die Hospizbewegung wird vor allem von der Idee getragen, Bedingungen herzustellen, die einen selbstbestimmten friedvollen Tod ermöglichen.

Ziele der Bemühungen der Sterbebegleitung sind:

- Sterben nicht auszugrenzen, sondern Sterben als eine Lebensphase zu begreifen und auszugestalten;
- die vielfältigen Bedürfnisse Sterbender wahrzunehmen und bei Bedarf die medizinisch pflegerische Versorgung zu ergänzen;
- eine Schmerz- und Symptomkontrolle einzubinden, damit die letzte Lebensphase möglichst schmerzfrei und bewusstseinsklar erlebt werden kann;
- nicht nur den Patienten, sondern auch seiner Familie bzw. das nähere persönliche Umfeld zu unterstützen und bei Pflege und Abschiednahme beizustehen.

Den Vereinen geht es primär um den Kranken oder Sterbenden, weniger um die Krankheit, insofern hat die Betreuung durch eine Hospizinitiative zu anderen medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten oder gegenüber den Angehörigen einen komplementären Auftrag. Für die Arbeitsweise der Hospizvereine bestehen folgende Absprachen:

- **Aufgaben / Funktionen**
Die Hospizvereine übernehmen die Sterbebegleitung von Menschen, deren Lebenserwartung begrenzt ist. Betroffene und deren Angehörige sind über den voraussichtlichen Tod aufgeklärt und mit der Begleitung einverstanden. Der Einsatz der Hospizhilfe ergänzt vorhandene Hilfen im gewohnten häuslichen Umfeld oder in stationären Einrichtungen.

- **Organisationsform / Freiwilligkeit**
Der Einsatz der Hospizmitarbeiter/innen erfolgt über die Hospizvereine. Bedarfe werden bei der Koordinationsstelle des Vereins angemeldet, die die Betreuung in einem Gespräch mit dem Sterbenden/den Angehörigen oder Einrichtungen vereinbart. Die Unterstützung durch Hospizhelfer erfolgt grundsätzlich auf freiwilliger Basis.
- **Ehrenamtlichkeit / Finanzierung**
Die Beteiligung der Mitarbeiter/innen erfolgt aus mitmenschlichem Engagement. Stundenvergütungen für Einsätze werden nicht geleistet. Die Kosten der Initiativen für die Gewinnung, Schulung und Supervision der Helfer sowie Fahrtkosten und der Aufwand für die Koordinationsstelle wurden bis 2002 durch Zuschüsse der Sozialbehörde und durch Spenden finanziert. Mit dem Inkrafttreten einer gesetzlichen Änderung im SGB V können Teile der Aktivitäten der ambulanten Hospizarbeit (Gewinnung, Schulung und Einsatzkoordination der Ehrenamtlichen) über Leistungen der Krankenkassen finanziert werden.
- **Ausbildung / Schulung / Begleitung**
Die Arbeit der ehrenamtlichen Hospizhelfer setzt umfangreiche Kenntnisse, aber vor allem Fähigkeiten in der Handhabung menschlicher Grenzsituationen voraus. Daher bieten die Hospizinitiativen systematische Einführungskurse und mehrmonatige Aufbaukurse an. Neben der Vermittlung von Wissen, z.B. um Pflege, Schmerzbehandlung oder rechtlicher Probleme, ist die Einübung in Gesprächstechniken auf der Grundlage von Introspektion und Reflexion eigener Motivation Voraussetzung, um die schwierige Aufgabe anzugehen. Für die Aufarbeitung offener Fragen und den Erhalt von Belastbarkeit werden Supervision und Gruppenbesprechungen angeboten.
- **Ergänzende Hilfen**
Ein wichtiges Instrument individueller Einflussnahme, schon im Vorfeld von Krankheit oder verletzungsbedingter Schädigung ist die Patientenverfügung. Hierbei handelt es sich um eine persönliche Erklärung, in der man zum Ausdruck bringt, dass im Fall einer unheilbaren Erkrankung ärztliche Bemühungen zum Erhalt des Lebens unterbleiben sollten.
- Viele Hospizinitiativen - so auch die in Bremen - bemühen sich darum, diese individuellen Gestaltungsmöglichkeiten zu unterstützen. Sie informieren, beraten und machen Vorschläge für die Formulierung von Patientenverfügungen. Damit die Patientenverfügungen als Entscheidungshilfe dienen, ist es wichtig, dass sie präzise formuliert sind und ihnen eine ernsthafte Willensbekundung zugrunde liegt.

Die Begleitung Sterbender soll vorrangig durch einen ambulanten Hospizdienst erfolgen, der Betreuungen in Privatwohnungen, Krankenhäusern oder Pflegeheimen übernimmt.

Ambulante Hospizarbeit beruht im wesentlichen auf Ehrenamtlichkeit. Während die Begleitung eine rein ehrenamtliche Aufgabe ist, wird in der Koordination sowie Aus- und Fortbildung zum Teil, in der Supervision weitgehend, finanziell honorierte Tätigkeit geleistet. Diese Anteile sind strukturelle und qualitative Voraussetzungen für eine wirksame Begleitung, die von hoher persönlicher Belastung geprägt ist.

6.4.4. Hilfen für Sterbende in Bremen

In der Stadtgemeinde Bremen waren 2004 in der ambulanten Hospizarbeit folgende Vereine tätig:

- Hospizverein Bremen e. V.
- Hospizhilfe Bremen e. V.
- Hospiz Bremen Nord e. V.
- Hospiz Horn e. V.
- Hospizdienst der Bremischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz e. V.

Darüber hinaus sind im ambulanten Bereich aktiv:

- die Hospizgruppe YSOP aus der katholischen Gemeindearbeit
- das stationäre Hospiz der Zentrale für Private Fürsorge mit einer Ehrenamtlichengruppe
- der Förderverein Palliativstation e. V. am Klinikum Bremen - Links der Weser.

Die in der ambulanten Begleitung aktiven Vereine wurden von 502 Mitgliedern (2001: 365) getragen. 198 Begleitpersonen haben in 266 Begleitungen insgesamt 5.800 Begleitstunden geleistet. Die Hospizvereine führen jährlich etwa 1.600 Beratungen durch (durchschnittlich 45 min).

Die deutliche Zunahme der Mitglieder der ambulanten Hospizvereine widerspiegelt die zunehmende gesellschaftliche Verwurzelung des Themas Sterbebegleitung.

Eine Auszählung ergab, dass sich die begleiteten Personen zu mehr als 50 % in der Altersgruppe 70 – 90 Jahre befanden, insgesamt wurden Menschen im Altersspektrum vom vierten Lebensjahrzehnt bis über 100 Jahre begleitet. Die vorwiegenden Krankheitsdiagnosen waren Krebs, Schlaganfall und Demenz.

Trauerarbeit erfolgt in Gruppen und Einzelgesprächen. Die Hospizvereine kooperieren mit Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, Ärzten, Dienstleistungszentren, mit der Patientenberatungsstelle und Apotheken. Die Öffentlichkeitsarbeit der Hospizvereine widerspiegelt sich in zahlreichen Veranstaltungen und Vorträgen, Infoständen und Seminaren.

Außerhalb der LAG erprobte ein Hauskrankenpflegedienst die Verbindung von Pflege und ambulanter Hospizarbeit unter besonderem Schwerpunkt Palliativmedizin. Die Pflegefachkräfte erhielten eine Schulung zur Hospizarbeit, um die Inhalte in die Pflege integrieren zu können. Diese Ausbildung wurde nach dem BremAGPfleVG gefördert (s. unter Abschnitt 3.4 Strukturverbesserung in der ambulanten Pflege). Durch diese Ausbildung wurde die Vernetzung zwischen ambulanter Pflege und ambulanter Hospizarbeit verstärkt.

Die **Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Bremen e. V.** hat im Oktober 2000 ihren formalen Status erhalten. Die Zusammenarbeit der Mitgliedsorganisationen erfolgte vorher schon weitgehend im Sinne der zukünftigen Satzung.

Bis 2003 hatten die Hospizvereine einen jährlichen Förderbedarf von ca. € 75.000,--, der sich bis dahin aus Wettmitteln und aus ergänzenden Mitteln der Projektförderung nach dem BremAGPfleVG zusammensetzte.

Mit der Gründung der LAG Hospiz Bremen e.V. wurde das Förderverfahren über die LAG gebündelt. Der Vorstand der LAG Hospiz Bremen e.V. nimmt von den Mitgliedern die jährliche Meldung des Mittelbedarfes entgegen und beantragt diese global. Die Verteilung unter den Mitgliedern erfolgt eigenverantwortlich nach interner Vereinbarung; die fördernde Behörde wird darüber nachrichtlich in Kenntnis gesetzt. Die Verwendungsnachweise werden vom Vorstand bei den Mitgliedsvereinen eingeholt und an die senatorische Behörde zur Prüfung weitergeleitet.

Mit Wirksamkeit des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes PfLEG (2002) haben Hospizvereine unter bestimmten Bedingungen einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V (§ 39a Abs. 2). Die Krankenversicherung fördert qualifizierte Leistungen im palliativ-pflegerischen Bereich. Dieses hat zur Teilspezialisierung in der ambulanten Hospizarbeit und zur Ausweitung der Aufwendungen beigetragen. Andererseits führte diese SGB V-Förderung zur Teilentlastung der Mittel der Altenhilfe, da ein Teil der Qualifizierungs- und Koordinationsaufwendungen aus diesen bestritten wurde. Die Altenhilfe wendete in 2004 ca. € 40.000,-- für ambulante Hospizarbeit auf, die für Sach-, Büro- und Fahrtkosten eingesetzt werden; diese Ausgabenseite der ambulanten Hospizarbeit, die als großen Faktor die Mietaufwendungen

einschließt, wird nach dem PflEG nicht gefördert. Die Verteilung der Mittel erfolgt unter den LAG-Mitgliedern nach einer Richtlinie, die zwischen der LAG Hospiz Bremen e.V. und der senatorischen Behörde vereinbart worden ist.

Es besteht ein Leistungsanspruch nach dem PflEG, wenn bis zum 31. 3. des laufenden Jahres ein Antrag bei den Krankenkassen gestellt wird; Mittel sind bis zum 30. 6. des laufenden Jahres auszuzahlen. Eine Übergangsregelung bis 2005 erlaubt den Hospizvereinen eine Frist zur Angleichung an die fachlichen Qualitätsanforderungen.

Gefördert wird eine Fachkraft für die palliativ-pflegerische Beratung und für die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen. Die Ausstattung mit Mitteln richtet sich nach der Zahl der krankenversicherten Personen im Bundesland.

Der zur Verfügung stehende Betrag wird geteilt durch die summierten Leistungseinheiten, die bei den einzelnen, förderungsfähigen Hospizvereinen ermittelt wurden. Für den einzelnen Hospizverein ergibt sich ein Förderbetrag aus dem Produkt von Förderbetrag pro Leistungseinheit und der Summe der Leistungseinheiten des betreffenden Hospizvereins. In Bremen erfolgt die Antragsstellung nach dem PflEG durch die einzelnen Hospizvereine bei einer für diesen Bereich aufgabenteilig zuständigen Krankenkasse; eine Bündelung der Mittel steht den Vereinen offen.

In 2004 wurde ein Betrag von € 0,25 pro Versicherten zu Grunde gelegt (jährliche Steigerung € 0,05 bis zum Erreichen der Höchstförderung mit € 0,40 in 2007). In 2003 (1. 7.) waren laut Bundesstatistik 559.309 Personen im Land Bremen gesetzlich krankenversichert. Daraus ergab sich eine maximale Fördersumme für 2004 in Höhe von € 139.827,25. Davon kamen € 113.282,-- zur Auszahlung. Unter Verwendung der Bevölkerungsprognose für das Land Bremen und der derzeitigen Quote der gesetzlich Versicherten ergibt sich für das Jahr 2007 ein Betrag von € 218.385,--.

Weiterhin wird ein Teil der notwendigen Aufwendungen aus Spenden und aus Mitgliedsbeiträgen bestritten.

Ende 2001 ist ein stationäres Hospiz mit Platz für bis zu 8 ‚Gäste‘ (Terminus der Hospizarbeit) in Bremen Walle eröffnet worden. Das stationäre Hospiz wirkt auch in den ambulanten Bereich hinein, indem bei Aufnahmeanfragen zunächst geprüft wird, ob möglicherweise nicht doch eine ambulante Versorgung sichergestellt werden kann. Wenn schwerstkranke oder sterbende Menschen, die bislang zu Hause eht 5ofij i011bauch indBerem2001 is. Da4 Tw (h a8 Tw T*Tw e

gen, die der Absicherung der Hospizarbeit dienen sollen. Nach einer Tagesatzregelung nach SGB V für stationäre Einrichtungen kann seit 2002 auch die ambulante Sterbebegleitung unter definierten Voraussetzungen nach SGB V gefördert werden.

Andererseits darf dieser Bereich nicht überinstitutionalisiert werden. Sterben - als Teil des Lebens - ebenso die Sterbebegleitung ist in erster Linie individuell auszufüllen und darf nicht "veranstaltet" werden. Jedem Organisieren sind hier Grenzen gesetzt.

Die Hospizarbeit hat sich auf die Fortdauer der Entwicklung einzustellen, dass die meisten Menschen in Institutionen sterben. Dennoch hat das Bemühen, Sterben zuhause zu ermöglichen, weiterhin Vorrang. Dies setzt eine enge Kooperation aller Versorgungs- und Betreuungsinstanzen voraus. Insbesondere Angehörige und ggfs. das soziale Umfeld wie Nachbarn und Freunde, bedürfen im Umgang mit dem Sterbenden der Unterstützung. Hierbei ist der ergänzende Einsatz qualifizierter freiwilliger Helfer von großer Bedeutung.

Auch die stationären Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime müssen die Bedingungen im Umgang mit Sterbenden weiter verbessern. Neben räumlichen und organisatorischen Maßnahmen sind die Mitarbeiter für den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen gut vorzubereiten. Im stationären Bereich ist ebenfalls die intensivere Einbindung der Angehörigen und des Systems freiwilliger Helfer für die individuelle Begleitung Sterbender notwendig. Die Tätigkeit der Hospizvereine zeigt hierzu ermutigende Ansätze, die weiterverfolgt und ausgebaut werden sollten.

Sterben und Tod müssen auch nach Ausbau und Stabilisierung des bestehenden Netzes stetig und behutsam thematisiert werden. Die Bereitschaft der Bevölkerung, sich für Sterbebegleitung zu engagieren, kann nur wachsen, wenn aktuelle Diskussionen und Entwicklungen zur Verbesserung der Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen so angelegt sind, dass sie die Öffentlichkeit einbeziehen. Das stationäre Hospiz stellt eine wichtige Ergänzung der Versorgung

Kooperation und Vernetzung der Einrichtungen im Umfeld von Sterbenden und Schwerstkranken sind zu vertiefen.

Fortführung und Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit der ambulanten Hospizvereine

Strebender dar. Ambulante Versorgung ist manchmal auch mit umfassender Hilfe nicht realisierbar. Eine würdige, letzte Lebensphase kann Sterbenden und Schwerstkranken in dieser Einrichtung ermöglicht werden.

Altenplan der
Stadtgemeinde
Bremen

Teil E

**Themenschwerpunkt
Gesundheit**

Impressum

Der "Altenplan 2005 / 2006" wird herausgegeben vom

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
der Freien Hansestadt Bremen

Redaktion:

Referat Ältere Menschen
Bahnhofsplatz 29
28195 Bremen

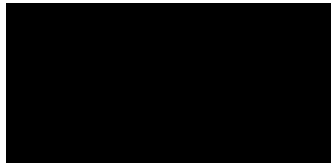
Besuchen Sie uns im Internet: www.bremen.de/sozialsenator/altenplan

Altenplan

für die
Stadtgemeinde Bremen

Senator für Arbeit,
Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

2005 / 2006

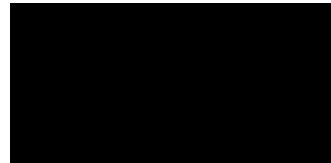


Altenplan

für die
Stadtgemeinde Bremen

Senator für Arbeit,
Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

2005 / 2006

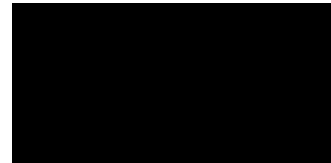


Altenplan

für die
Stadtgemeinde Bremen

Senator für Arbeit,
Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

2005 / 2006

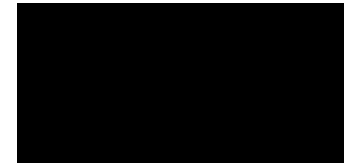


Altenplan

für die
Stadtgemeinde Bremen

Senator für Arbeit,
Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

2005 / 2006



Mitteilung des Senats vom 14. Februar 2006

„Handlungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels“

(Große Anfrage der Fraktionen der SPD und der CDU vom 08.09.2005)

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben folgende Große Anfrage an den Senat gerichtet:

„Demographischer Wandel ist eine große Herausforderung an Politik und Gesellschaft. Bevölkerungsrückgang, weniger Geburten, zunehmende Lebenserwartung und Zuwanderung haben nicht nur Auswirkungen auf die Bevölkerungsstruktur, sondern auf alle Bereiche des Gemeinwesens.

Für die Stadt Bremen wird im Zeitraum von 2003 bis 2020 laut aktueller GEWOS-Studie zwar ein leichter Bevölkerungsanstieg erwartet, allerdings wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung die Zahl der Erwerbfähigen im gleichen Zeitraum um 3,5 % abnehmen. In Bremerhaven ist im selben Zeitraum ein Bevölkerungsrückgang von mehr als 10 % laut GEWOS Prognose wahrscheinlich, wobei sich die Zahl der Erwerbsfähigen noch stärker verringern würde, sofern diese Entwicklung nicht verändert werden kann.

Der demographische Wandel wird sich in den Stadtteilen Bremens und in Bremerhaven unterschiedlich auswirken. Deshalb müssen die Strukturen in beiden Städten stadtteilbezogen an die Anforderungen des demographischen Wandels angepasst werden. Dazu bedarf es integrierter Handlungskonzepte, die vorhandene Ressourcen zusammenführen, Förder- bzw. Entwicklungsprogramme neu ausrichten und Maßnahmen miteinander vernetzen.

Vor diesem Hintergrund fragen wir den Senat:

1. Wie wird sich die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsstruktur in Bremen und Bremerhaven bis zum Jahr 2030 entwickeln?
2. Durch welche Faktoren sind Einwohnerzahl und Bevölkerungsstruktur in Bremen und Bremerhaven positiv wie negativ zu beeinflussen?
3. Wie wirken sich die Anforderungen der Unternehmen an hochqualifizierte Arbeitskräfte hinsichtlich Zeitbudget und Mobilität auf Familiengründung, aus?
4. Welche Konsequenzen sind aus dem demographischen Wandel für die Bereiche
 - Kinder-, Jugend- und Familienpolitik
 - Bildungs-, Wissenschafts- und Forschungspolitik
 - Finanz-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik
 - Sozial-, Senioren- und Gesundheitspolitik
 - Innere Sicherheit und Justiz
 - bürgerschaftliches Engagement

- Stadtentwicklungs- bzw. Stadtumbaupolitik zu ziehen?
5. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um bereichsspezifische Handlungskonzepte zu entwickeln, diese miteinander zu vernetzen und zu einem Gesamtkonzept zusammenzuführen?
 6. Welche Folgen hat die Veränderung der Bevölkerungsstruktur auf inhaltliche Angebote und Standorte öffentlicher Einrichtungen, wie zum Beispiel Kindergärten, Treffpunkte für Jugendliche, Familien und Senioren sowie Bürgerserviceangebote?
 7. Wie wird der Senat bei Sanierungen und Neubauten öffentlicher Gebäude berücksichtigen, dass diese Gebäude im Laufe der Zeit von unterschiedlichen Alters- und Zielgruppen genutzt werden können?
 8. Welche Prämissen werden Grundlage für die Standortentwicklungskonzepte der jeweiligen Ressorts sein und wann wird diese jeweils vorliegen?
 9. Welche Konsequenzen ergeben sich aus der demographischen Entwicklung für Universitäten und Hochschulen des Landes Bremen und deren Studienangebote?
 10. Welche Bedeutung hat „lebenslanges Lernen“ vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung?
 11. Welchen Beitrag können Wissenschaft und Forschung zur Erhöhung der Lebensqualität für die einzelnen Altersgruppen leisten?
 12. Wie können Berufs- und Lebenserfahrung älterer Menschen dem Arbeitsmarkt und der Gesellschaft möglichst lange erhalten bleiben?
 13. Welche gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Strukturen sind als Anreiz für mehr Familiengründungen sowie für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf zu Familien notwendig?
 14. Welche Möglichkeiten sieht der Senat, um – auch bei rückläufigem Einkommen incl. Renten - den Wohnbedürfnissen differenzierter Bevölkerungs- und Einkommensgruppen Rechnung zu tragen?
 15. Wie bewertet der Senat das „Bielefelder Modell“ – eine Kooperation von Wohnungsunternehmen und Dienstleistern zur Vernetzung von Wohnungsangeboten und wohnungsungebundenen Versorgungs- und Pflegeleistungen im Wohnquartier - und welche Voraussetzungen sind nach Auffassung des Senats notwendig, damit sich solche Projekte auch in Bremen verstärkt entwickeln?
 16. Welche Auswirkungen hätte eine Vernetzung von Wohnungsangebot und ambulanter Dienstleistung auf den quantitativen und investiven Bedarf an Kurzzeitpflege- und Pflegeplätze und welche staatlichen Rahmenbedingungen wären erforderlich, damit Menschen mit Mobilitätsbehinderungen selbständig in der eigenen Wohnung leben können?
 17. Wann wird der Senat ein Gesamtkonzept für die Gestaltung des demographischen Wandels in Bremen und Bremerhaven vorlegen?
 18. Welche konkreten Maßnahmen werden darin vorgeschlagen, um den prognostizierten Konsequenzen aus dem demographischen Wandel positiv entgegenzuwirken?

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

Wachstum von Arbeitsplätzen und Einwohnerzahl ist erklärtes Ziel der bremischen Politik. Diese Politik führte in den letzten Jahren zu einer Stabilisierung und leichten Zunahme der bremischen Einwohnerzahlen.

So betrug in den letzten 5 Jahren das Bevölkerungswachstum in der Stadt Bremen 0,5 %. Diese Erfolge sind auch vor dem Hintergrund zu bewerten, dass laut Analyse des deutschen Städtetages Bremen auch bei insgesamt abnehmender Bevölkerung in Deutschland zu den Großstädten gehört, die – im Gegensatz zu vielen Großstädten des Ruhrgebiets sowie Ostdeutschlands auch langfristig mit einer tendenziell stabilen Bevölkerungsentwicklung rechnen können. Aktuell nimmt Bremen nach Ergebnissen des Benchmarking-Berichtes nach den Wachstumspolen München mit 4,3 %, Hamburg mit 2,0 % und Stuttgart mit 1,3 % den 4. Rang ein und weist ein höheres Wachstum auf als Düsseldorf und Köln mit 0,4 %, Frankfurt mit 0,2 % sowie Hannover mit 0,1 %.

An den Zahlen und den unterschiedlichen Entwicklungen wird deutlich, dass die sogenannte „Renaissance der Städte“ kein Automatismus ist, sondern einer aktiven Politik bedarf, die die jeweils spezifischen Standort-, Wohn- und Lebensqualitäten fördert und entwickelt.

Problematisch ist dabei für das Land Bremen die Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Bremerhaven. Hier gilt es, über die bereits eingeleitete aktive Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik die Attraktivität Bremerhavens deutlich weiter zu steigern, damit in zunehmendem Maße wieder Einwohner gehalten und dazu gewonnen werden können, um so den negativen Trend abzuschwächen und soweit wie möglich umzukehren.

Dabei gilt es aber, sich nicht nur einseitig auf die Bevölkerungsentwicklung zu fokussieren. Neben den grundlegenden demographischen Tendenzen beeinflusst die Änderung der Bevölkerungsstruktur auch die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Der demographische Wandel geht einher mit einem grundlegenden gesellschaftlichen Wandel von dem insbesondere die Ballungsräume früh und umfassend betroffen sein werden. Damit stellen der demographische Wandel, seine Folgen und seine Gestaltung für alle Fachpolitiken eine große Herausforderung dar. Die Folgen der demographischen Entwicklung sind für Bremen und Bremerhaven existentiell, zumal auf Grundlage des derzeitigen Finanzverteilungssystems zwischen Bund, Ländern und Kommunen die Einwohnerzahl von wesentlicher Bedeutung für die Einnahmeseite ist. Stadtstaaten wie Bremen reagieren auf dieses System besonders empfindlich, da sich die Konkurrenz mit dem Umland um Einwohner und Arbeitsplätze sofort in entsprechenden finanziellen Folgen niederschlägt.

Auch die Diskussionen über eine aufgabengerechte Finanzausstattung werden maßgeblich von der Frage der weiteren demographischen Entwicklung beeinflusst, wenn es bspw. um die Frage geht, welche Infrastrukturen und Angebote für die Bevölkerung zukünftig aufrecht erhalten werden sollen.

Grundsätzlich ist für das Verständnis der folgenden Antworten darauf hinzuweisen, dass die meisten Informationen sich fragegemäß direkt auf das Land Bremen beziehen. Für eine tiefergehende Beurteilung ist dabei aber auch die enge Verknüpfung Bremens mit dem Umland, gerade was die Fragen der Wohnortwahl und die Pendlerbeziehungen angeht, einzubeziehen.

Zu Frage 1:

Wie wird sich die Einwohnerzahl und die Bevölkerungsstruktur in Bremen und Bremerhaven bis zum Jahr 2030 entwickeln?

Orientierungsrahmen für die Senatspolitik ist die am 23. 3. 2004 beschlossene, jährlich um kleinere Abweichungen zu korrigierende Bevölkerungsprognose im Rahmen der Langfristigen Globalplanung (LGP). Sie ist gemäß Beschlusslage verbindliche Planungsgrundlage der Ressorts. Als Prognosehorizont wurde als gerade noch belastbar bewusst das Jahr 2020 gewählt. Angesichts der dynamischen ökonomischen und gesellschaftlichen Entwicklungen besitzt eine darüber hinaus gehende Prognose aufgrund abnehmender Genauigkeit kaum einen Aussagewert.

Aussagen bezüglich 2030 können insofern nicht getroffen werden.

Land Bremen

Die Bevölkerungszahl des Landes Bremen wird sich nach der aktualisierten Prognose der LGP 2003 in den Jahren 2005 bis 2020 um 15.500 oder 2,3 % verringern (Tabelle 1). Im Vergleich zu heute wird der Anteil der Bevölkerung in der beruflich aktivsten Phase zwischen 30 und 50 Jahren deutlich zurückgehen. Ebenso wird die Altersklasse 6 bis 18 Jahre deutlich in der Zahl abnehmen. Gleichzeitig wird der Anteil der älteren Erwerbsfähigen (50 bis 65 Jahre) und aufgrund der steigenden Lebenserwartung die Zahl der Hochbetagten ab 80 Jahren ansteigen. In den übrigen Altersklassen sind nur geringfügige Verschiebungen zu erwarten. Das Durchschnittsalter wird bis 2020 um fast 2 Jahre ansteigen.

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung im Land Bremen

Jahr	Bevölkerung am Jahresende	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren (%)							Durchschnittsalter der Bev. in Jahren
		unter 6	6 - 18	18 - 30	30 - 50	50 - 65	65 - 80	80 oder mehr	
2004	663.200	5,0	11,2	14,8	29,9	19,1	14,8	5,2	43,0
2010	656.700	5,0	10,7	15,3	28,2	19,4	15,6	5,8	43,8
2015	653.800	5,1	10,3	15,3	26,7	20,5	15,8	6,2	44,4
2020	647.700	5,2	10,2	14,8	25,5	21,4	15,1	7,7	44,9

Die Aufteilung der Bevölkerungsveränderung in ihre Komponenten gibt Aufschluss darüber, wie die Entwicklung der Bevölkerungszahl und -struktur zu beeinflussen ist (Tabelle 2): Bei unveränderter Geburtenrate wird sich die Zahl der Geborenen bis 2020 nur wenig verändern, demgegenüber wird die Zahl der jährlichen Sterbefälle aufgrund steigender Lebenserwartung zurückgehen. Der Wanderungssaldo wird sich zwar bis 2020 verringern, jedoch positiv bleiben, da dem Wanderungsverlust gegenüber dem Umland zu erwartende Wanderungsgewinne gegenüber dem übrigen Deutschland und dem Ausland gegenüberstehen.

Die Wanderungen wirken nicht nur positiv auf die Bevölkerungszahl, sondern führen auch zu einer Verjüngung. Das mittlere Alter der Zugezogenen beträgt gegenwärtig 29,5 Jahre und liegt um 2 Jahre niedriger als das der Fortgezogenen. Im Durchschnitt der letzten 5 Jahre betrug die jährliche Erhöhung des Durchschnittsalters 0,13 Jahre. Ohne Wanderaustausch würde die jährliche Alterung mit 0,25 Jahren fast doppelt so hoch liegen.

Tabelle 2: Komponenten der Bevölkerungsveränderung im Land Bremen (jährlicher Durchschnitt)

Jahre	Bevölkerungs- veränderung	natür- licher Saldo	Gebore- ne	Gestor- bene	Wanderungssaldo			
					ins- gesamt	Umland	übriges Deutsch- land	Ausland
2000-2004	30	-1880	5680	7560	1910	-2600	2320	2200
2005-2010	-1050	-1870	5590	7460	820	-2640	2550	900
2011-2015	-580	-1600	5710	7310	1020	-2600	2610	1020
2016-2020	-1220	-1510	5680	7190	290	-2640	1840	1090

Stadt Bremen

Für die Stadt Bremen wird bis 2020 eine weitgehende Bevölkerungsstabilisierung zu erwarten sein.

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Bremen

Jahr	Bevölkerung am Jahres- ende	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren (%)							Durchschnittsalter der Bev. in Jah- ren
		unter 6	6 - 18	18 - 30	30 - 50	50 - 65	65 - 80	80 oder mehr	
2004	545.900	5,0	11,0	15,0	30,2	19,0	14,6	5,2	43,0
2010	545.800	5,0	10,6	15,3	28,8	19,1	15,5	5,7	43,8
2015	547.100	5,1	10,2	15,3	27,3	20,2	15,7	6,2	44,3
2020	545.100	5,2	10,1	14,8	26,0	21,3	14,9	7,7	44,8

Tabelle 4: Komponenten der Bevölkerungsveränderung in der Stadt Bremen (Jährlicher Durchschnitt)

Jahre	Bevölkerungs- veränderung	natür- licher Sal- do	Gebore- ne	Gestor- bene	Wanderungssaldo			
					ins- ge- samt	Umland	übriges Deutsch- land	Ausland
2000-2004	1120	-1510	4630	6140	2620	-1960	2690	1900
2005-2010	-10	-1430	4610	6040	1420	-1960	2530	860
2011-2015	250	-1190	4780	5970	1430	-1960	2430	970
2016-2020	-390	-1120	4780	5900	730	-2000	1700	1030

Stadt Bremerhaven

In Bremerhaven wird sich der deutliche Bevölkerungsrückgang der vergangenen Jahre fortsetzen . Bis 2020 wird ein Rückgang um 12,5% erwartet. In der Altersgruppe 30 bis unter 50 Jahre beträgt die Abnahme sogar 20%. Im Vergleich zur Stadt Bremen wird der Alterungsprozess aufgrund des negativen Wanderungssaldos trotz der höheren Geburtenrate schneller verlaufen.

Tabelle 5: Bevölkerungsentwicklung in der Stadt Bremerhaven

Jahr	Bevölkerung am Jahres- ende	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren (%)							Durchschnittsalter der Bev. in Jah- ren
		unter 6	6 - 18	18 - 30	30 - 50	50 - 65	65 - 80	80 oder mehr	
2004	117.300	5,2	12,3	14,0	28,3	19,5	15,4	5,2	43,1
2010	110.900	5,1	11,5	15,1	25,6	20,7	16,1	6,0	44,2
2015	106.800	5,1	11,1	15,3	23,6	22,2	16,3	6,4	44,8
2020	102.600	5,1	10,8	15,0	22,6	22,3	16,3	7,8	45,3

Tabelle 6: Komponenten der Bevölkerungsveränderung in der Stadt Bremerhaven (Jährlicher Durchschnitt)

Jahre	Bevölke- rungs- veränderung	natür- licher Saldo	Gebore- ne	Gestor- bene	Wanderungssaldo			
					ins- gesamt	Umland	übriges Deutsch- land	Ausland
2000-2004	-1090	-380	1050	1430	-710	-640	-370	300
2005-2010	-1040	-430	980	1410	-610	-680	20	50
2011-2015	-830	-410	930	1350	-410	-640	180	50
2016-2020	-830	-390	900	1290	-440	-650	140	70

Zu Frage 2:

Durch welche Faktoren sind Einwohnerzahl und Bevölkerungsstruktur in Bremen und Bremerhaven positiv wie negativ zu beeinflussen?

Hinsichtlich der demographischen Entwicklung gibt es speziell für Kommunen drei grundlegend mögliche Reaktionsstrategien:

Erstens, sich aktiv auf die Schrumpfung einzustellen und entsprechende Rückbauszenarien zu entwickeln,

zweitens, eine auf Stabilisierung und Abschwächung der Schrumpfung ausgelegte Politik oder drittens, eine Strategie, die der grundlegenden Schrumpfungstendenz eine Wachstumsstrategie entgegensetzt.

Bremen verfolgt mit seiner auf das Halten und Gewinnen von Arbeitsplätzen und Einwohnern ausgerichteten Politik eine solche Wachstumsstrategie, hat sie zum Hauptziel der Sanierungspolitik erklärt und auch erste Erfolge vor allem hinsichtlich der Erwerbstätigen- und Einwohnerentwicklung erzielt; dies gilt besonders für die Stadt Bremen und z. Z. noch nicht hinreichend für Bremerhaven (auf einzelne Aspekte dieser Strategie wird in den folgenden Antworten noch eingegangen werden). Diesen aus den tiefgreifenden Strukturproblemen Bremerhavens resultierenden Entwicklungen will der Senat mit dem für Bremerhaven erarbeiteten „Strukturentwicklungskonzept 2020“ und einer gleichzeitig überproportionalen Berücksichtigung Bremerhavens bei den Investitionsmitteln des Landes begegnen.

Bei der Betrachtung von Faktoren zur Gestaltung des demographischen Wandels ist auch die in den letzten Jahren gewachsene Mobilität der Menschen zu berücksichtigen. Gerade die Bevölkerungsstruktur in den Ballungsräumen ist zunehmend auch von unterschiedlich motivierten Fernwanderungsbewegungen beeinflusst, wobei ein qualifiziertes Arbeitsplatzangebot zu den ent-

scheidenden Motiven für eine Fernwanderung gehört. Bremens positives Fernwanderungssaldo der letzten Jahre ist ganz maßgeblich auch durch die wirtschaftskraftstärkenden Investitionen getragen worden. Aber auch die Hochschulen tragen dazu bei, dass jüngere Menschen auch aus entfernten Regionen ihren Lebensmittelpunkt nach Bremen verlegen.

Es ist Ziel der Politik des Senats, Faktoren, die die Einwohnerzahl positiv beeinflussen, durch eine entsprechende Politik zu stützen und wo möglich zu verstärken. Hierzu zählen besonders:

- Die Stärkung und Modernisierung des Wirtschaftsstandortes und die Sicherung und Entstehung von qualifizierten Arbeitsplätzen. Daneben sind auch für weniger qualifizierte Einwohner hinreichend Arbeitsplätze zu schaffen, die sich nicht nur auf dem zweiten Arbeitsmarkt befinden, um so auch die sozialen Sicherungssysteme zu entlasten.
- Die Integration der Wirtschafts- und Wissenschaftspolitik sowie die aktive Flankierung des Strukturwandels durch Arbeitsmarktpolitik bilden die Grundlage für eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsplatz-, Ausbildungs- und Studienplatzentwicklung, die ihrerseits die wichtigsten Determinanten für überregionale Zuwanderungen darstellen.

Neben der positiven Beeinflussung der Einwohnerzahl gehören gleichermaßen Maßnahmen zur aktiven Gestaltung der Rahmenbedingungen für die sich verändernden Bevölkerungsstrukturen zu einer den demographischen Wandel gestaltenden Politik. Hierzu gehören u.a.:

- Die Weiterentwicklung einer generationengerechten Stadtinfrastruktur, die auch als besonderer Standortfaktor für ältere Bevölkerungsgruppen attraktiv ist. Es ist zu beobachten, dass gerade im nicht mehr berufstätigen Alter die Menschen, die über ein gesichertes Einkommen verfügen, zunehmend primär nach der Lebensqualität einer Stadt entscheiden.
- Ein attraktives, differenziertes und kostengünstiges Angebot an Wohnraum, das der sich verändernden Bevölkerungsstruktur Rechnung trägt, sowie ein modernes und attraktives Wohnumfeld gehören zu den entscheidenden Faktoren, wenn es um die Frage der Wohnortwahl geht.
- Daneben spielen die Attraktivität der sozialen, gesundheitlichen, gesellschaftlichen und technischen Infrastruktur, wie z.B. das Angebot an KTHs und Krankenhäusern, das schulische Angebot, die Sicherheit, die Freizeit- und Erholungsangebote, die kulturellen Angebote sowie Angebote zur sportlichen Betätigung, eine große Rolle.
- Eine moderne und dienstleistungsorientierte Verwaltung zählt auch für Bürger und Unternehmen und das Image einer Stadt zu den positiven Einflussfaktoren, wenn es um die Wahl des Ansiedlungs- bzw. Wohnstandortes geht. Aus diesem Grund leisten Maßnahmen zur Modernisierung der Verwaltung und zum Stadtmarketing auch einen Beitrag zur positiven Beeinflussung der Einwohnerentwicklung

Zu Frage 3:

Wie wirken sich die Anforderungen der Unternehmen an hochqualifizierte Arbeitskräfte hinsichtlich Zeitbudget und Mobilität auf Familiengründung aus?

Darüber, wie sich die Anforderungen von Unternehmen an hochqualifizierte Arbeitskräfte hinsichtlich deren Zeitbudget und Mobilität auf die Familiengründung auswirken, liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Allerdings hat eine in 2003 vom Institut TNS Emnid durchgeführte und von der Hans-Böckler-Stiftung ausgewertete repräsentative Arbeitnehmer/innenbefragung zu Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb ergeben, dass von den Befragten der größte Handlungsbedarf bei den familienfreundlichen Arbeitszeiten gesehen wird. Unbestritten ist auch, dass hochqualifizierte Frauen mit Kindern dem Arbeitsmarkt fernbleiben oder, trotz Kinderwunsches, keine Kinder bekommen (über 40% der Frauen des Jahrganges 1965 mit Hochschulabschluss blieben – laut Datenreport „Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik“ des BMFSFJ 2003 - trotz Kinderwunsch kinderlos). Hintergrund sind hier die arbeitsmarktpolitischen und gesellschaftlichen Strukturen, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr erschweren.

Hieraus ist abzuleiten, dass familienfreundliche Arbeitsstrukturen mit einer grundlegenden Voraussetzung für die Familiengründung sind.

Zu Frage 4:

Welche Konsequenzen sind aus dem demographischen Wandel für die Bereiche

- *Kinder-, Jugend- und Familienpolitik*
- *Bildungs-, Wissenschafts- und Forschungspolitik*
- *Finanz-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik*
- *Sozial-, Senioren- und Gesundheitspolitik*
- *Innere Sicherheit und Justiz*
- *bürgerschaftliches Engagement*
- *Stadtentwicklungs- bzw. Stadtumbaupolitik zu ziehen?*

Zu Kinder-, Jugend- und Familienpolitik:

Um einer Abwanderung junger Familien ins Bremer Umland entgegenzuwirken, müssen in Bremen für junge Familien attraktive Bedingungen geschaffen werden. Familienpolitik ist Standortpolitik und damit eine Querschnittsaufgabe, die in allen gesellschaftlichen Bereichen abgebildet werden muss. In Bezug auf Kinder-, Jugend- und Familienpolitik hat Bremen eine erste Konsequenz aus dem demographischen Wandel gezogen und im Mai 2004 unter Federführung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales das Bremer Bündnis für Familie gegründet. Das Bremer Bündnis für Familie setzt sich dafür ein, die Situation der Familien in Bremen durch Bündelung der Kräfte, Öffentlichkeitsarbeit und Entwicklung familienfreundlicher Maßnahmen in den Mittelpunkt des politischen und gesellschaftlichen Interesses zu rücken. So sind auch im Arbeitsgremium des Bremer Bündnis für Familie, dem „Arbeitsstab Familie“, die meisten Senatsressorts vertreten. Außerdem vertreten sind die ZGF, die Kirchen, die Gewerkschaften, die Arbeitnehmer- und Handelskammer, die Agentur für Arbeit, die Neubürgeragentur und die Wirtschaftsförderungs GmbH. Die Bereitstellung und Aufrechterhaltung einer Infrastruktur für die Tagesbetreuung von Kindern (0-12 Jahre) ist – auch unter der gegebenen Haushaltsenge – ein Kernstück der bremischen Kinder-, Jugend- und Familienpolitik. Konkretes Vorhaben für die nächsten Jahre ist der Ausbau der Betreuungsplätze für Kinder unter 3 Jahren. Entsprechend Senatsbeschluss wird beginnend in 2006 bis zum Jahr 2010 ein Ausbauplan umgesetzt, mit der Zielsetzung für 20 % der unter 3-jährigen Kinder einen Betreuungsplatz entweder in Einrichtungen oder in der Tagespflege vorhalten zu können. Der dabei gewählte Schwerpunkt einer betriebsnahen Kindertagesbetreuung unter Beteiligung bremischer Betriebe soll gerade junge Fachkräfte bei der Anforderung, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, unterstützen. Auch wenn in einzelnen Altersgruppen die Anzahl der Kinder rückläufig ist, bedarf es einer verstärkten Anstrengungen für die Kinder und Jugendlichen, die in Bremen leben, positive Bedingungen des Aufwachsens zu schaffen, d.h. Erhalt von öffentlichen Spielflächen, von Familien unabhängige kinder- und jugendgerechte Aufenthaltssorte und Teilhabemöglichkeiten am öffentlichen Leben. Zu den Konsequenzen im einzelnen wird auch auf die Antworten zu den Fragen 6 und 13 verwiesen.

Zu Bildungs-, Wissenschafts- und Forschungspolitik:

Für den Bildungs- und Weiterbildungsbereich wird auch auf die Beantwortung der Frage 10, für den Wissenschaftsbereich insgesamt auf die Beantwortung der Fragen 9 und 11 verwiesen.

Aus- und Weiterbildung kommen im Kontext des demographischen Wandels unter folgenden Aspekten besondere Bedeutung zu:

- Lebenslanges Lernen (s. dazu die Beantwortung von Frage 10),
- Bewältigung der Migrationsfolgen und so genannte soziale Kopplung,
- Verbesserung von Qualifikationsstrukturen.

Die mit den internationalen Schulleistungsstudien PISA und IGLU attestierte soziale Kopplung von familiärem Sozialstatus und Schulerfolg muss durchbrochen werden. Auch unter dem Aspekt demographischer Entwicklungen stellt dieses Problem eine besondere Herausforderung an das schulische Bildungswesen dar, zumal davon auszugehen ist, dass der Anteil von Schülern mit relativ niedrigem Sozialstatus und mit Migrationshintergrund zunehmen wird. Hier ergibt sich für das Bildungssystem eine erhöhte Notwendigkeit die soziale Entkopplung durch eine verbesserte Förderung in den Schulen zu mindern. Der Senat sieht in den seit 2003 in der Konsequenz aus den PISA-Ergebnissen eingeleiteten Maßnahmen einen notwendigen und geeigneten Weg dazu. Frühe und regelhafte Überprüfung der deutschen Sprachkenntnisse und ihre systematische Förderung bilden eine grundlegende Voraussetzung. Beides beginnt im Elementarbereich, setzt sich in der Schule mit verabredeten Förderkonzepten und einer Stärkung der Lesekompetenz in allen Fächern fort und wird in standardbasierten Abschlussprüfungen überprüft.

Schule entwickelt darüber hinaus Lernkonzepte, die didaktisch und methodisch die erhebliche Heterogenität der Schülerschaft berücksichtigen. In Zusammenarbeit mit den Elternhäusern und Institutionen im Stadtteil - insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe – muss gesichert werden, dass die Kinder die bestmögliche Förderung erhalten. (Der Runde Tisch hat das Ziel formuliert, „....dass kein Kind verloren geht“). Dabei spielen auch Konzepte der Prävention von Schulvermeidung, von Sucht und Gewalt eine große Rolle. Die Einrichtung von Ganztagschulen ermöglicht und stützt diesen umfassenden pädagogischen Auftrag in besonderer Weise.

Zu Finanz-, Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik:

Politik, Wirtschaft und die Gesellschaft insgesamt haben die Aufgabe, wirksame Wege zur Anpassung der Strukturen an den demographischen Wandel zu entwickeln, um den wirtschaftlichen Wohlstand langfristig zu sichern. Es zählt aber auch zu den zentralen Aufgaben der Wirtschaftspolitik, gerade auf die Chancen, die mit dem demographischen Wandel verbunden sind, aufmerksam zu machen.

Die notwendigen strukturellen Anpassungen lassen sich in einem dynamischen wirtschaftlichen Umfeld leichter bewältigen als bei einer stagnierenden oder schrumpfenden Wirtschaftsentwicklung. Um die Folgen des demographischen Strukturwandel zu bewältigen, ist es daher wichtig, die gesamtwirtschaftliche Flexibilität zu erhöhen und das Wirtschaftswachstum zu stärken. Hierbei hat die Arbeitsproduktivität besondere Bedeutung. Deren Erhöhung könnte den demographisch bedingten mittelfristigen Rückgang der Erwerbstätigenzahl abmildern oder möglicherweise sogar kompensieren.

Aus wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischer Sicht ergeben sich die folgenden Handlungsansätze, mit denen die Risiken der demographischen Entwicklung gemindert und deren Chancen verstärkt werden können. Allerdings ist für Bremen einschränkend zu berücksichtigen, dass die Einwirkungsmöglichkeiten auf der Landes- bzw. kommunalen Ebene begrenzt sind und wesentlich von der Setzung übergeordneter Rahmenbedingungen auf nationaler und europäischer Ebene sowie der allgemeinen konjunkturellen Entwicklung abhängen.

Verbesserung der Wachstumsbedingungen:

Die Bewältigung des demographischen Wandels muss mit einer Politik flankiert werden, die zu einer Ausweitung der Beschäftigung auf allen Qualifikationsebenen führt. Hierfür bedarf es weiterer Verbesserungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Die wirtschaftsnahe Infrastruktur, eine leistungsfähige Wissenschafts- und Forschungsinfrastruktur, Gewerbe- und Industriegebiete, Verkehrswege, Ver- und Entsorgungssysteme etc. sind die Basis für wirtschaftliche Entwicklung, die weiterhin erhalten und weiterentwickelt werden muss. So können zusätzliche Impulse für wirtschaftliche Dynamik und Arbeitsplätze entstehen. Es daher un-

erlässlich, an der Politik zur Stärkung der Wirtschafts- und Finanzkraft des Landes Bremen festzuhalten. Hierbei ist das vorhandene Instrumentarium der Wirtschafts- und Arbeitsmarktförderung regelmäßig auf seine Effektivität hin zu überprüfen und ggf. neu zu justieren. Dabei wird sich auch künftig die regionale Wirtschaftsstrukturpolitik des Landes sowohl auf die relevanten Infrastrukturfelder, als auch direkt auf alle wesentlichen unternehmerischen Aktivitäten konzentrieren.

Eine deutlich wachsende Anzahl an Selbständigen ist ein weiterer wichtiger Beitrag zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung der Innovationsfähigkeit und des Strukturwandels. Gleichwertig mit der Gründungsförderung ist die Unterstützung bei der Betriebsnachfolge in bestehenden Unternehmen. Deshalb ist es notwendig, die Rahmenbedingungen für die Selbstständigkeit kontinuierlich zu verbessern und zusätzliche Gründungspotenziale zu erschließen. Auf der regionalen Ebene werden entsprechend die heute bereits erfolgreich eingesetzten Instrumente zur Förderung des Unternehmertums fortentwickelt und den sich ändernden Bedarfen kontinuierlich angepasst. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Existenzgründungsinitiative B.E.G.I.N. zu nennen, die in einem Netzwerk aus 14 Organisationen und der Gründungsleitstelle als „One Stop Shop“ arbeitet und eine ganzheitliche Begleitung von Gründungsvorhaben im Land Bremen leistet.

Direkte Einflussmöglichkeiten der regionalen Politik ergeben sich auch bei der breit angelegten gründungsbezogenen Ausbildung an Schulen und Hochschulen, für die zahlreiche Projekte der „Agentur Wirtschaft und Schule“ beim LIS sowie die Hochschulinitiative „BRIDGE“ stehen.

Sicherung der Innovations- und Beschäftigungsfähigkeit

Es gilt, die Anpassungsfähigkeit der Unternehmen an veränderte Rahmenbedingungen durch die Förderung von Forschung und Wissenschaft, die Stärkung der Humankapitalbasis und die Unterstützung beim Aufbau innovationsfördernder Netzwerke zu stärken.

Unternehmen sind gefordert, individuelle Lösungen zu finden, die Leistungs- und Innovationsfähigkeit aller Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Als Erfolg versprechend haben sich bisher eine kontinuierliche Personalentwicklung, eine vorausschauende, das Altern berücksichtigende Gestaltung und Planung von Erwerbsbiografien, die kontinuierliche Bildung von Qualifikation und sozialer Kompetenz auch im fortgeschrittenen Alter und betriebliche Gesundheitsförderung erwiesen.

Auf regionaler Ebene sind diese Ansätze bedarfsorientiert im Rahmen der aktiven Qualifizierungs- und Arbeitsmarktpolitik zu unterstützen. Maßnahmen, die lebenslanges Lernen befördern und dadurch die Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer sichern helfen, sind in diesem Zusammenhang ebenso von besonderer Relevanz wie die Förderung des Verständnisses bei Unternehmen, dass ältere Arbeitnehmer/innen besondere Qualifikationen und know-how in das Unternehmen einbringen können. Zudem muss auch das Bildungswesen einen Beitrag dazu leisten, dass Jugendliche über die erforderlichen Qualifikationen verfügen, um sich auf dem Arbeitsmarkt behaupten zu können. Dies setzt nachhaltiges Lernen und den Erwerb von Basiskompetenzen und Schlüsselqualifikationen voraus, die es der Einzelnen/dem Einzelnen erlauben, flexibel auf Strukturwandel zu reagieren. Neben den daraus abzuleitenden Standards für schulische Abschlüsse geht es um gelingende Berufsorientierung. Die hierzu bereits eingeleiteten pädagogisch-inhaltlichen und schulstrukturellen Maßnahmen sollen fortgesetzt und weiter entwickelt werden. Ziel ist die Entwicklung regionaler „Bildungslandschaften“, darunter differenzierte Schulangebote (Gymnasium, Sekundarschule, Gesamtschule, 4- und 6-jährige Grundschule, Förderzentrum), u.a. mit kompensatorischen Lernmöglichkeiten wie z.B. Ganztagschulen. Dabei wird durch regionale Kooperationen und zwischen den Schulen abgestimmte Bildungsangebote die Durchgängigkeit der Schullaufbahn vom Primarbereich bis zur Sekundarstufe II ermöglicht.

Neue Dienstleistungen, neue Produkte – Fokussierung auf nationale und internationale Wachstumsmärkte

Die Struktur der Nachfrage wird durch altersgemäß unterschiedliche Konsumgewohnheiten verändert. Dadurch wird aller Voraussicht nach die Entwicklung der Wirtschaft zum Dienstleistungsbe- reich beschleunigt. Dabei profitieren haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen, die im Rahmen einer alternden Bevölkerung angesichts geänderter Familien- und Haushaltsstrukturen stärker nachgefragt werden. Hier besteht ein Defizit beim bisherigen Angebot. Zu nennen sind bei- spielsweise alle speziellen Dienstleistungen zur Alltagsbewältigung von Personen, deren körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit verringert ist, wie Lieferservices, Fahrdienste oder Dienste bei der Erledigung von Einkäufen bzw. Behördengängen, kleine handwerkliche Dienste usw. Die Alterung der Gesellschaft ist ein Phänomen, mit dem alle Industrieländer in mehr oder weniger großem Umfang konfrontiert sind. Durch eine stärkere und frühzeitigere Orientierung von Staat und Wirt- schaft auf diese Entwicklung entsteht ein Wettbewerbsvorsprung. Durch die Entwicklung neuer Technologien in wichtigen, auf ältere Menschen ausgerichteten Feldern können Wettbewerbsvor- teile erzielt werden (z.B. im Rahmen der Gesundheitsökonomie und Lebensmitteltechnologie). Zu- dem bestehen besondere Chancen, die in Deutschland entwickelten Produkte und Dienstleistun- gen auch in anderen Ländern zu vermarkten.

Auf Märkten, in denen die Binnennachfrage auf Grund des demographischen Wandels sinkt, sollte im Rahmen einer Internationalisierungsstrategie das vorhandene Instrumentarium der Außenwirt- schaftsförderung gezielt und differenziert eingesetzt werden, um den Unternehmen bei der Er- schließung neuer Märkte Hilfestellung zu geben.

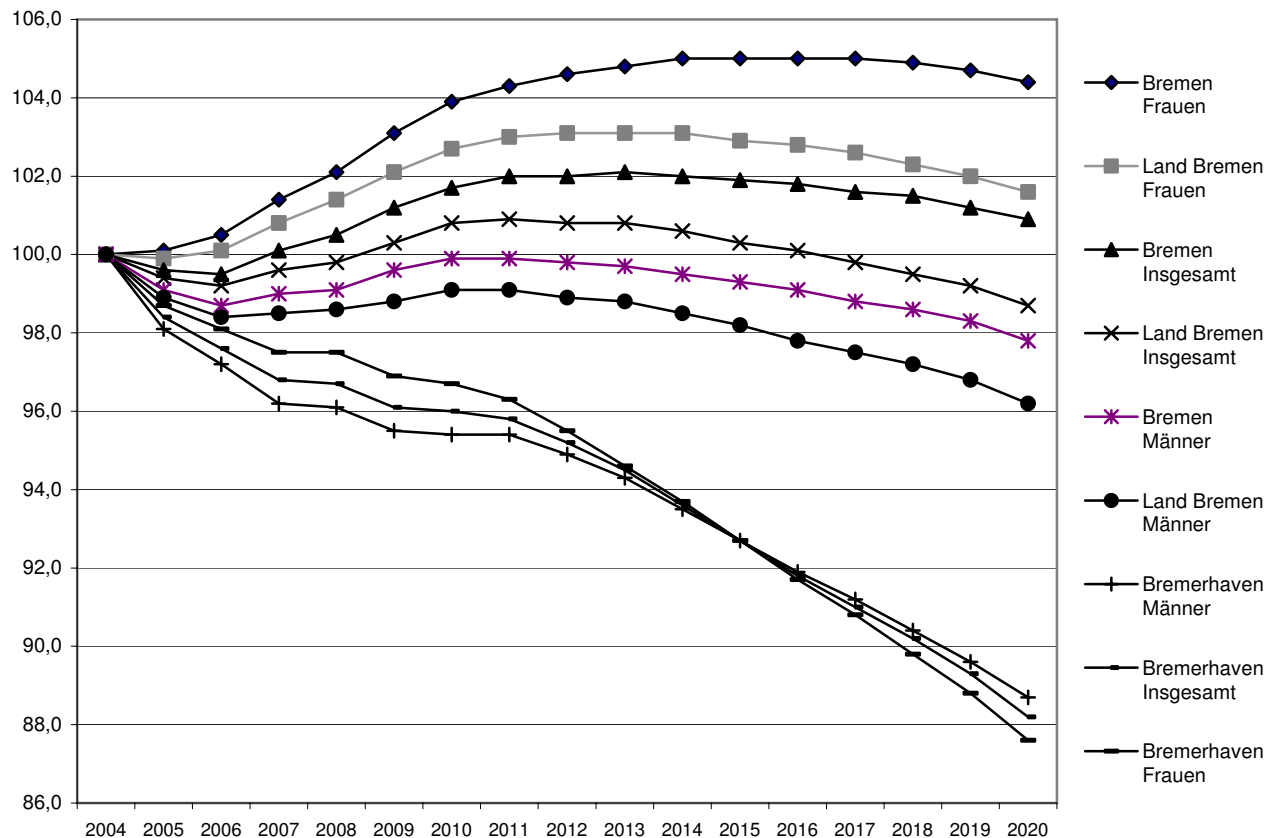
Entwicklung des Angebots an Arbeitskräften

Die demographische Entwicklung in den Städten Bremen und Bremerhaven ist ein wichtiger Faktor für das künftige Angebot an Arbeitskräften in der Region. Für den Arbeitsmarkt kommt es hierbei auf die Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials an. Das Erwerbspersonenpotenzial umfasst die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 15 bis unter 65 Jahre. Daneben hat vor dem Hinter- grund der Pendlerverflechtungen mit dem Umland die demographische Entwicklung in der Region einen Einfluss auf das Angebot an Arbeitskräften.

Auf Basis der Daten der Langfristigen Globalplanung wird im Land Bremen die Zahl der Erwerbs- personen von 2004 bis 2020 um ca. 4.500 oder 1,3% zurückgehen. Bei den Männern sinkt diese Zahl um etwas mehr als 7.000 oder 3,8%, während bei den Frauen sogar ein Anstieg um 2.500 oder 1,6% zu verzeichnen ist. Bei einem in beiden Geschlechtern rückläufigen Erwerbspersonen- potenzial wirkt sich hierbei die bei den Frauen überproportional steigende Erwerbsbeteiligung aus. Bei den Männern wird im Zeitraum von 2004 bis 2020 eine Zunahme der Erwerbsquote von 2,5%- Punkten, bei den Frauen hingegen um 5,2%-Punkte erwartet.

Dabei zeigt sich eine extrem unterschiedliche Entwicklung in den Städten Bremen und Bremerha- ven. Während die Erwerbspersonen in der Stadt Bremen von 2004 bis 2020 sogar um 0,9% stei- gen, hat Bremerhaven einen Rückgang um etwa 7.000 Erwerbspersonen bzw. 11,8% zu verzeich- nen. Die nachstehende Grafik verdeutlicht die unterschiedliche Entwicklung der Erwerbspersonen in den Städten Bremen und Bremerhaven:

Entwicklung der geschlechtsspezifischen Erwerbspersonenzahl im Land Bremen - Index: 2004 = 100 -



Für die demographische Entwicklung und deren Auswirkung auf den Arbeitsmarkt ist aber nicht nur die Veränderung der Zahl der Erwerbspersonen insgesamt relevant, sondern vielmehr die Veränderung in den einzelnen Altersgruppen, die künftige Strukturverschiebungen des Arbeitsmarktes zur Folge hat. Dabei zeigt sich sehr deutlich, dass sich der Rückgang der Zahl der Erwerbspersonen im Land Bremen nahezu ausschließlich auf die Gruppe der 25- bis unter 45-jährigen konzentriert, und zwar mit einem Rückgang der Erwerbspersonen in dieser Altersgruppe von etwas unter 16.000 bis zum Jahr 2020. Während die Gruppe der älteren Erwerbspersonen um mehr als 12.000 zunimmt, ist eine vergleichsweise nur geringe Abnahme von 1.000 in der Altersgruppe der Jugendlichen zu verzeichnen.

Tabelle 7: Veränderung der Erwerbspersonen im Land Bremen nach Altersgruppen und Geschlecht

	2004	2010	2020	Veränderung 2020/2004	
				absolut	in %
Insgesamt					
dav.: 15 b.u. 25 Jahre	46.371	47.977	45.357	- 1.014	- 2,2
25 b.u. 45 Jahre	175.857	165.391	160.025	- 15.832	- 9,0
45 b.u. 65 Jahre	128.468	140.008	140.706	+ 12.238	+ 9,5
Männer					
dav.: 15 b.u. 25 Jahre	24.760	25.671	24.679	- 81	- 0,3
25 b.u. 45 Jahre	96.347	88.438	83.599	- 12.748	- 13,2
45 b.u. 65 Jahre	69.370	74.799	75.029	+ 5.659	+ 8,2
Frauen					
dav.: 15 b.u. 25 Jahre	21.611	22.360	20.678	- 933	- 4,3
25 b.u. 45 Jahre	79.510	76.952	76.426	- 3.084	- 3,9
45 b.u. 65 Jahre	59.098	65.209	65.677	+ 6.579	+ 11,1

Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung fällt auf, dass sich die Zahl der männlichen Erwerbspersonen in der mittleren Gruppe der 25- bis unter 45-jährigen mit 13,2% bzw. über 12.700

am stärksten verändert. Die weiblichen Erwerbspersonen in der mittleren Altersgruppe nehmen mit 3,9% relativ gering ab, da hier der demographisch bedingte Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials mit einer überdurchschnittlichen Steigerung der Erwerbsquote einhergeht. In der jüngeren Altersgruppe ergeben sich mit einer Abnahme von insgesamt 2,2% der Erwerbspersonen keine größeren Veränderungen, während jedoch ein Zuwachs von um die 10% in der Gruppe der Älteren deutlich die strukturellen Verschiebungen in der Entwicklung der Erwerbspersonen im Land Bremen kennzeichnet.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Angebot an Arbeitskräften bis zum Jahr 2020 insgesamt relativ stabil bleibt. Wegen der gegensätzlichen Veränderungen in den verschiedenen Altersgruppen der Erwerbspersonen führt dies zu einem erheblich höheren Durchschnittsalter beim Angebot an Arbeitskräften. Auch zeigt die prognostizierte Entwicklung in Bremerhaven sehr deutlich, dass der dortige Rückgang der Zahl der Erwerbspersonen über die vergleichsweise ungünstigen Arbeitsmarktchancen induziert wird. Eine Besserung der Arbeitsmarktlage in Bremerhaven würde die arbeitsmarktbedingte Abwanderung zumindest bremsen. Aufgrund der herausragenden Bedeutung der Einwohnerentwicklung und der Arbeitsplatzentwicklung für den Erfolg der bremischen Sanierungsbemühungen ist die Politik des Senats darauf ausgerichtet, durch eine aktive Politik ein Einwohner- und Arbeitsplatzwachstum im Land Bremen zu generieren, um so gerade den laut LGP negativen Prognosetendenzen in Bremerhaven entgegenzuwirken.

Abbau von Beschäftigungshemmnissen für ältere Arbeitnehmer/innen

Mit großer Sorge sieht der Senat die z.Z. in vielen Betrieben vorherrschende Personalpolitik, die sich kurzsichtig auf eine Verjüngung der Belegschaften ausrichtet und ältere Arbeitnehmer/innen systematisch von einer Teilhabe am Arbeitsleben ausschließt. Dadurch werden betriebliche Kosten externalisiert, was zu zusätzlichen Belastungen und Risiken bei den kommunalen Leistungsträgern führt. Hier ist ein Umdenken unerlässlich. Dazu ist es notwendig, bestehende Vorurteile gegenüber älteren Arbeitskräften abzubauen. Gleichzeitig müssen die arbeits- und tarifrechtlichen Rahmenbedingungen dieser Problematik verstärkt Rechnung tragen. Langfristig muss es gelingen, die Beschäftigten bis zum tatsächlichen Rentenalter in den Betrieben zu halten.

In Bezug auf ältere Arbeitnehmer/innen gilt es, deren Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern, indem die Unternehmen zu einem veränderten Einstellungsverhalten gegenüber älteren Arbeitnehmer/innen motiviert werden und dies über gezielte arbeitsmarktpolitische Maßnahmen unterstützt wird. Hierzu gehört die von dem Leitgedanken eines lebenslangen Lernens geprägte Förderung berufsbegleitender Qualifizierungsmaßnahmen für ältere Arbeitnehmer/innen. Weiterhin sind die Rahmenbedingungen zu verbessern, die auf ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld abzielen und somit auch älteren Arbeitnehmer/innen ermöglichen, länger im Erwerbsleben zu verbleiben.

Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen

Es sind besondere Anstrengungen erforderlich, um die Potenziale der Frauen besonders auch in den Bereichen besser zu nutzen, in denen sie bisher unterrepräsentiert sind. Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, Frauen künftig verstärkt auch für technisch-naturwissenschaftliche Ausbildungs- und Studiengänge zu gewinnen, die für die internationale Wettbewerbsfähigkeit und die Exportchancen der deutschen Wirtschaft von strategischer Bedeutung sind.

Angesichts der Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials ist eine Erhöhung der Frauenerwerbsbeteiligung unumgänglich. Daher ist auch aus arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Gründen nicht nur in der Familienpolitik, sondern in allen Politikfeldern ein Richtungswechsel mit dem Ziel anzustreben, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Männern und Frauen gleichermaßen ermöglichen, sowohl Kinder zu haben als auch einer existenzsichernden Beschäftigung nachgehen zu können.

Zuwanderung und Integration

Unabhängig von der Frage nach der Ausgestaltung zukünftiger Zuwanderung, muss die Integration der rechtmäßig und auf Dauer in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten verbessert werden. Die Zahlen von Leistungsbeziehern nach SGB XII, SGB II, vormals nach BSHG, und nach AsylbLG zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf. Eine Auswertung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf Basis Oktober 2003 hat ergeben, dass gut 50% aller ausländischen Minderjährigen in einer Bedarfsgemeinschaft lebten, die Leistungen nach dem BSHG oder dem AsylbLG erhielten. Der hohe Handlungsbedarf richtet sich nicht nur auf höhere Ausbildungsziele (Abitur, Studium), sondern sollte vor allem auf Sprachfähigkeit, Schulabschluss (Hauptschule, Realschule) und berufliche Ausbildung abzielen, um ein „Hineinwachsen“ in eine „Karriere als Leistungsempfänger“ gezielt zu vermeiden.

Migrantinnen und Migranten sollen durch spezielle, auf ihre Integration in Schule, Ausbildung und Beruf zugeschnittene Förderungsmaßnahmen geschult werden. Der Erwerb von umfassender Sprachkompetenz ist dabei ein wesentlicher Schlüssel zum Gelingen der Integration. Insbesondere der individuellen Förderung und dem Ausbau der frühkindlichen (Sprach-)Erziehung kommt in diesem Zusammenhang eine hohe Bedeutung zu.

Finanz- und Personalpolitik

Für die Entwicklung der bremischen Finanzen ist die Bevölkerungsentwicklung des Landes von erheblicher Bedeutung. Sowohl die Umsatzsteuerverteilung als auch die bremischen Ansprüche im bundesstaatlichen Finanzausgleich orientieren sich in starkem Maße am Einwohneranteil des Stadtstaates am gesamten Bundesgebiet.

Im Rahmen der Finanzplanung wird für die Ansätze der steuerabhängigen Einnahmen unterstellt, dass im jeweiligen Planungszeitraum mindestens eine parallele Entwicklung der bremischen Einwohnerzahlen zum übrigen Bundesgebiet gewährleistet werden kann. Die im Bund-Länder-Arbeitskreis „Steuerschätzungen“ vorgenommenen Prognosen zum Verlauf der originären Steuereinnahmen gehen dabei von einer Konstanz der Bevölkerung aus. Auf das Niveau des Gesamtergebnisses der Steuerschätzungen hat diese Setzung allerdings keinen Einfluss, da die Einschätzungen nach Steuerarten auf anderen Ableitungsfaktoren (Bemessungsgrundlagen; Bruttoinlandsprodukt; Beschäftigung; Bruttolöhne und -gehälter etc.) basieren.

Auf der Ausgabenseite findet die demographische Komponente und deren voraussichtlicher Verlauf im Rahmen der Finanzplanung zunächst ebenso wenig Berücksichtigung wie Prognosen zur Wanderungsentwicklung. Ursache hierfür ist, dass die finanzpolitischen Rahmensetzungen an übergeordneten Zielsetzungen bzw. Vorgaben (verfassungskonformer Haushalt; Ausgabenwachstumsraten; Primärausgabenniveau etc.) auszurichten sind und daher nicht über eine schlichte Addition fachpolitisch artikulierter Bedarfe erfolgen können und dürfen. Einwohnerorientierte Betrachtungen finden dann wieder Eingang in die fachpolitischen Planungen und daraus abgeleiteten Ressourcenbedarfe der Ressorts, deren Abdeckung – unter Berücksichtigung von Gestaltbarkeiten und Prioritätensetzungen – im Finanzplan-Rahmen und in den darauf basierenden Eckwert-Entwürfen sicherzustellen ist. In diesem Zusammenhang sind künftig auch verstärkte Abstimmungsverfahren zwischen Fach- und Zentralressorts erforderlich, in denen die Budgetbildung für einzelne Aufgabenbereiche im Kontext der demographischen Entwicklung, aber auch unter Berücksichtigung von Städte- und Ländervergleichen sowie orientiert an den zu entwickelnden Ressortstrategien festzulegen und - zukünftig u. U. durchaus auch mit der Option seiner weiteren Reduzierung – in den zentral vorgegebenen Ausgabenrahmen einzupassen ist.

Unmittelbare Einflüsse auf die Finanzen ergeben sich aus den Einwohnerzahlen bei den Zahlungsströmen des innerbremischen Finanzausgleichs. Sowohl die Schlüsselzuweisungen an beide Städte als auch die Ausgleichszahlungen an Bremerhaven reagieren direkt auf die Bevölkerungsentwicklung. Für den Planungszeitraum wird auch hier zunächst eine in beiden bremischen Städten konstante Einwohnerzahl unterstellt. Die signifikant ungünstigere Einwohnerentwicklung Bremerhavens in den letzten Jahren hat hier dementsprechend zu wiederholten Korrekturen bei den Zahlungsansprüchen geführt, die durch die Ergebnisse der Steuerschätzungen und durch unterjährige Anpassungen der Zahlungsströme allerdings jeweils zeitnah umgesetzt werden.

Für den Personalbereich findet eine Berücksichtigung der demographischen Komponente bei der Gestaltung der Bestandszahlen und Ausgabenansätze bereits statt.

Dies trifft mittelbar oder unmittelbar auf kennzahlengesteuerte Personalbereiche zu. Die Personalplanung im Lehrerbereich basiert auf der Schüler-Lehrer-Relation, die aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in den relevanten Altersgruppen und der Tatsache, dass allgemeine Schulpflicht besteht, sehr gut vorherbestimmt werden kann. Auch im Bereich der Kindertagesbetreuung basiert die Personalplanung auf demographischen Daten in Verknüpfung mit der konkreten Angebotsstruktur. Auch in anderen Bereichen (z.B. Polizei, Justiz) spielt die Demographie mittelbar eine Rolle, indem zur Bestimmung der Personalbedarfe Kennzahlen herangezogen werden, die die Bevölkerungszahl berücksichtigen (z.B. Strafgefangene pro Einwohner, Polizisten pro Straftat etc.). Szenarien, die über den Zeitraum der Finanzplanung hinausgehen und z.B. langfristig Personalbedarfe über mehrere Jahrzehnte zu bestimmen versuchen, gibt es in diesem Bereich nicht. Dies würde zum einen eine sehr exakte Bestimmung der Bevölkerungsentwicklung und –struktur erfordern, mit den entsprechenden methodischen Problemen und Prognoseunsicherheiten sowie deren Auswirkung auf Personalbedarfe. Letztlich sind auch zukünftige politische Schwerpunktsetzungen bzw. politische Entscheidungen, die sich auf einzelne Personalbedarfsbereiche auswirken können, nur sehr begrenzt langfristig vorauszubestimmen. Aus diesen Gründen erscheint eine mittelfristige, demographische Komponenten berücksichtigende Personalplanung, wie sie im Rahmen der Finanzplanung berücksichtigt und mit den Haushalten umgesetzt wird, als geeignetes Instrumentarium, um eine sich stufenweise und kontinuierlich an die gesellschaftliche Entwicklung anpassende Personalbedarfsplanung zu gewährleisten.

Demographische Entwicklungen, die sich in der Personalstruktur des öffentlichen Dienstes widerspiegeln, werden in Bremen seit langem beobachtet. So werden Auswertungen z.B. zu Altersstrukturen, Geschlecht, Nationalität, Behinderung etc. durchgeführt und berichtet (u.a. Jahresberichterstattung, Personalstrukturcontrolling).

Als Aktivitäten des Senats sind an dieser Stelle beispielhaft zu erwähnen: Einrichtung eines Pensionsfonds zur Sicherung der Altersversorgung der Beamten; hohe Anzahl von Auszubildenden in nicht personalbedarfsorientierten Ausbildungsgängen über die Ausbildungsgesellschaft Bremen mbH, Förderung von Frauen im öffentlichen Dienst. Darüber hinaus wird der Leitgedanke eines lebenslangen Lernens der bremischen Beschäftigten insbesondere durch die internen Fort- und Weiterbildungsangebote im Rahmen des ressortübergreifenden Fortbildungsprogramms des Senators für Finanzen entscheidend gefördert. Auch der Tatsache, dass sich verschiedene Fähigkeiten mit zunehmendem Alter auch unterschiedlich entwickeln, wird in der bremischen Verwaltung u.a. durch Konzepte i.S. geteilter Berufsbiographien Rechnung getragen. So bietet der Senator für Finanzen bspw. schon jetzt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Justizvollzugs eine Umschulung zur/m Verwaltungsfachangestellten an, damit nach einer mehrjähriger Berufstätigkeit im Justizvollzug eine Weiterbeschäftigung im mittleren allgemeinen Verwaltungsdienst möglich ist. Dadurch wird den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit eröffnet, nach einer Anzahl von Berufsjahren bedarfsbezogen in andere Arbeitsfelder wechseln zu können. Hierfür kommen zunächst weniger belastende Arbeitsplätze/Dienstposten innerhalb des bisherigen Aufgabenbereiches in Frage. Je nach körperlicher bzw. gesundheitlicher Einschränkung sind aber durchaus auch Arbeitsbereiche außerhalb des bisherigen Aufgabenbereiches angezeigt. Nicht zuletzt aufgrund der geringen finanziellen Spielräume gewinnen vorgenannte Instrumente an Gewicht. Fluktuationserhöhende Maßnahmen werden aufgrund der hohen Kosten nur noch in ausgewiesenen Überhangbereichen durchgeführt.

Zu Sozial-, Senioren- und Gesundheitspolitik:

Um den demographischen Wandel in Bezug auf die Sozialpolitik analysieren zu können, ist eine übergreifende sozialplanerische Betrachtung für das Land Bremen und die beiden Städte Bremen und Bremerhaven notwendig. Daneben sind im städtischen Raum kleinräumige Analysen notwendig, die - im Gegensatz zu den für das Land und die Städte in ihrer Gesamtheit abzuleitenden grundsätzlichen fachlichen Vorgaben und Einschätzungen - im engeren Lebensraum Voraussetzung für die Planung von kleinräumigen Angebotsstrukturen sind.

Die Differenzierung der Auswirkungen des demographischen Wandels auf die einzelnen Politikbereiche, insbesondere auf die Leistungsbereiche Kinder, Jugendliche, Familien, Senioren, pflegebedürftige Personen, Arbeitsmarkt usw. sind in den einzelnen Abschnitten der Beantwortung näher ausgeführt. Der demographische Wandel birgt tendenziell die Gefahr, die sozialen Sicherungssysteme zu überfordern. Deshalb muss es gelingen, Menschen bis zum Renteneintrittsalter ohne nennenswerte Unterbrechung der Berufstätigkeitszeiten in Arbeit zu „halten“. Das gilt auch und insbesondere für junge Menschen, die im Anschluss an schulische Ausbildung die Möglichkeit haben müssen, ins Berufsleben einzutreten.

Dieses hätte nicht nur zur Folge, dass die Sozialkassen entsprechend entlastet würden, sondern auch, dass die zu erbringenden Leistungen - insbesondere nach dem Sozialgesetzbuch und hier vor allem der Bücher II und XII - reduziert werden könnten. Nicht allein die Anzahl jüngerer Menschen sichert die Sozialleistungssysteme, sondern auch deren Berufsbiographie, Arbeitsproduktivität und das lückenlose Einzahlungsniveau in die Leistungssysteme.

Gesundheit:

Die Entwicklung der Geburtenraten, Wanderungsbewegungen und die Entwicklung der Sterblichkeit sind drei zentrale Aspekte der Bevölkerungsentwicklung, die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben.

In diesem Zusammenhang wird die Frage diskutiert, ob eine steigende Lebenserwartung auch – im hohen Alter - mit längerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden sein wird. Damit eng verknüpft sind die Fragen, inwieweit dann mehr Leistungen des Gesundheitssystems erbracht werden müssen, inwieweit dies zu einer Zunahme der Ausgaben für Gesundheitsleistungen führen wird und inwieweit sich auch positive wirtschaftliche Effekte z.B. durch vermehrte Arbeitsplätze in Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege entwickeln. Eine besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang eine Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems und eine Stärkung der Nachfrageseite.

Die derzeitige Datenlage erlaubt keine umfassende Prognose der Entwicklung von Gesundheit bzw. Krankheit, jedoch können aus den derzeit beobachteten strukturellen Veränderungen des Mortalitätsgeschehens Aussagen zu zukünftigen Trends gemacht werden.

Derzeit sind etwa drei Viertel der als vorzeitig definierten Sterbefälle auf die vier Todesursachen Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im jüngeren und mittleren Alter zurückzuführen. Herz-Kreislaufkrankungen stehen zwar als Todesursache absolut an erster Stelle – es ist jedoch zu erwarten, dass sich ihr Anteil am Gesamtspektrum aller Todesursachen zukünftig stark verringern wird. Der Anteil der in Deutschland an zweiter Stelle stehenden Todesursache Krebs wird sich voraussichtlich prozentual verringern, die absolute Zahl der Krebssterbefälle wird vermutlich weiter steigen. Des weiteren ist anzunehmen, dass bei den nicht zum Tode führenden Krankheiten der Anteil chronischer Erkrankungen kontinuierlich ansteigt.

Diese Prognosen deuten darauf hin, dass über die sich zeitlich verändernde Todesursachenstatistik ein verändertes Morbiditätsgeschehen und damit ein verändertes Anforderungsprofil an das Gesundheitssystem zu erwarten ist. Hieraus einen quantitativen Bedarf zukünftiger Gesundheitsleistungen abzuleiten, ist auf Grund der Unsicherheit der Entwicklung nicht unmittelbar möglich. Gleichwohl geht man davon aus, dass die Reduktion der Mortalität weniger von den Fortschritten der kurativen Medizin als von der Realisierung präventiver Maßnahmen abhängen wird.

Bereits in den vergangenen Jahren sind vermehrt Anstrengungen unternommen worden, die aufgrund des demographischen Wandels notwendigen Anpassungsleistungen voranzutreiben. Sie sind weiterzuverfolgen. Hierzu zählen insbesondere die bedarfsgerechte Anpassung von Versorgungskapazitäten innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Versorgungsbereichen, die bessere Koordination von ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungsleistungen, der Ausbau von Prävention/Gesundheitsförderung und die Anpassung und Weiterentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen.

Zu den für das Land Bremen planbaren Bereichen der Gesundheitsversorgung älterer Menschen im weiteren Sinne zählen die Krankenhausplanung, die palliativmedizinische Versorgung und die Gesundheitsförderung/Prävention.

Krankenhausplanung:

In der Krankenhausplanung erfordert der prospektive Blick auf den zukünftigen Bedarf an Krankenhauskapazitäten und –leistungen in Bremen die systematische und methodische Einbeziehung der Bevölkerungsentwicklung für die Bedarfsermittlung. Dies manifestiert sich insbesondere in der Determinante Krankenhaushäufigkeit, die altersadjustiert ermittelt und fortgeschrieben wird. Der demografische Wandel beeinflusst auch die Entwicklung der durchschnittlichen Liegezeiten von Patient/innen. Insgesamt ist die Verweildauer deutlich gesunken und wird auch zukünftig weiter zurückgehen. Die stärkere Gewichtung der älteren Patient/innen wird hierbei allerdings eine abbremsende Wirkung haben. Die Krankenhausplanung berücksichtigt den demographischen Wandel auch in diesem Punkt. Weiterhin ist die Zukunft der Krankenhausversorgung charakterisiert durch „stationersetzende“ Maßnahmen. Zuvor vollstationär erbrachte Leistungen werden zunehmend in teilstationäre, rehabilitative und ambulante Versorgungssektoren verlagert. Zur Zeit sind es insbesondere jüngere Patient/innen, die von dieser Entwicklung betroffen sind. Die umfassende Ausweitung auch auf die Älteren und Hochbetagten wird ein zentrales Thema der Krankenhausversorgung der näheren Zukunft sein.

Ein Beispiel, wenn auch nicht mit den somatischen Fachbereichen unmittelbar vergleichbar, wie erfolgreich einer verstärkten vollstationären Inanspruchnahme durch ältere Menschen entgegen gewirkt werden kann, ist die Psychiatrie. Die Psychiatriereform führte zu einem Abbau der Langzeit- und der Gerontopsychiatrie. Mit den Maßnahmen zur Enthospitalisierung konnte erreicht werden, dass ältere Patient/innen heute deutlich kürzer und auch seltener vollstationär behandelt werden müssen.

Die demografischen Veränderungen in der Bevölkerung haben zudem in den letzten zwei Dekaden zu neuen Versorgungskonzepten und –einrichtungen geführt, die sich ausschließlich oder vorrangig der stationären Versorgung älterer Menschen widmen. Hier sind in besonderem Maße die Geriatrie und die Palliativmedizin zu nennen.

Die Geriatrie wird ganz entscheidend von der steigenden Zahl älterer Menschen geprägt. Leicht ansteigende Fallzahlen werden aber auch z.B. für die Innere Medizin und die Kardiologie prognostiziert. Dagegen ist der vollstationäre Bedarf für Fachbereiche, die von vergleichsweise jungen Patient/innen frequentiert werden, eher rückläufig. Dies betrifft vorrangig die Kinderheilkunde, die Kinderchirurgie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Geburtshilfe. Medizinisch-therapeutische Verfahren werden sich vor allem im Hinblick auf Langzeiterfolge bewähren müssen. Bestimmte operative bzw. invasive Verfahren stehen dabei im Vordergrund oder auch der Einsatz von Prothetik in operativen medizinischen Fachrichtungen.

Palliativmedizin:

Die Palliativmedizin stellt eine Form der Behandlung für diejenigen dar, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden und auf eine qualifizierte, individuelle sowie fachübergreifende Hilfe angewiesen sind. Im Zuge der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass aufgrund der erwarteten Zunahme chronischer sowie maligner Erkrankungen (Krebs) die palliativmedizinischen Leistungen ebenfalls vermehrt notwendig sind.

Während sich die Palliativmedizin in Bremen im stationären Bereich gut etablieren konnte bestehen im ambulanten Bereich Versorgungslücken. Vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrags der neuen Bundesregierung mit der angekündigten Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Menschen speziell im letzten Lebensabschnitt werden Regelungen für eine optimierte palliativmedizinische Versorgung vorrangig im ambulanten Bereich getroffen werden.

Prävention/Gesundheitsförderung:

Die Prävention wie auch die Gesundheitsförderung etabliert sich derzeit neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als ‚vierte Säule‘ im Gesundheitswesen. Prävention und Gesundheitsförderung ist auch in höherem Lebensalter von Bedeutung. Im Hinblick auf die möglicherweise eingeschränkte Mobilität älterer Menschen sollten die Angebote quaternah sein. Des weiteren soll eine möglichst gute Information der Zielgruppe gewährleistet sein. Einen guten Ansatz bietet hier beispiels-

weise das Internetangebot „Seniorenlotse“, das über unterschiedliche Themen rund um das „Altern“ und auch über Gesundheit informiert.

Durch die Nutzung präventiver Angebote wird vorrangig eine Steigerung der Lebensqualität erreicht. Umstritten sind Prognosen, welche Folgen dies auf die Kosten im Gesundheitswesen hat. Im weiteren ist es notwendig, Effizienz und Effektivität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch durch ein zu entwickelndes Qualitätsmanagement nachzuweisen.

Senioren:

Obschon Alter nicht gleichgesetzt werden kann mit Pflegebedürftigkeit, steigt gleichwohl das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Mit zunehmendem Anteil der älteren Bevölkerung steigt grundsätzlich der Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen. Zu einem erheblichen Anteil werden diese Leistungen durch die Pflegeversicherung finanziert, aber auch durch einen Anteil selbstfinanzierter Hilfen. Soweit diese Hilfen nicht ausreichen oder nicht vorhanden sind, erfolgt die ergänzende Absicherung durch Sozialhilfeleistungen.

Tabelle 8: Pflegequote als Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Bevölkerung im Vergleich zu allen Altersstufen zum Zeitpunkt 31.12.2003:

Bevölkerung Land Bremen		Anzahl	Anzahl	Pflegequote			Anzahl der Pflegebedürftigen		
Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2003- alle	663.129	320.815	342.314	2,9	1,8	3,9	18.946	5.726	13.220
2003 ab 75 J.	59.318	18.962	40.356	21,6	14,2	25,0	12.794	2.699	10.095

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Pflegestatistik SGB XI

Verteilung in den Kommunen

Jahr	Bevölkerung	Anzahl	Anzahl	Pflegequote			Anzahl der Pflegebedürftigen		
2003 ab 75 J.	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Bremen	48.379	15.302	33.077	21,4	14,0	24,8	10.341	2.138	8.203
Bremerhaven	10.939	3.660	7.279	22,4	15,3	26,0	2.453	561	1.892

Von der Gesamtzahl der 18.946 Pflegebedürftigen im Land Bremen erhielten im Jahr 2003 rd. 4.000 (=21 %) jüngere und ältere Pflegebedürftige Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht; davon rd. 3.000 in Bremen (2.000 mit stationärer und 1.000 mit ambulanter Versorgung) und rd. 900 in Bremerhaven (500 mit stationärer und 400 mit ambulanter Versorgung). Für rund 10.200 Pflegebedürftige im Land Bremen (rd. 8.200 in Bremen und rd. 2.000 in Bremerhaven) wurde die Pflege durch Angehörige/Pflegepersonen sichergestellt und ausschließlich Pflegegeld bezogen.

Unter der Annahme einer gleichbleibenden Pflegequote – und zudem unveränderten Bedingungen – entwickelt sich der Anteil der älteren pflegebedürftigen Menschen – zwischen Männern und

Frauen unterschiedlich - wegen der zunehmenden Zahl älterer Menschen zukünftig deutlich stärker.

Tabelle 9: Einschätzung der Entwicklung der pflegebedürftigen älteren Menschen differenziert zwischen Bremen und Bremerhaven:

Stadt Bremen

	Bevölkerung			Pflegequote in %			Anzahl der Pflegebedürftigen		
Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2005 ab 75 J.	49.348	16.193	33.155	21,0	13,2	24,7	10.363	2.137	8.189
2010 ab 75 J.	52.421	18.553	33.868	21,0	13,2	24,7	11.008	2.449	8.365
2015 ab 75 J.	62.268	24.132	38.136	21,0	13,2	24,7	13.076	3.185	9.420
2020 ab 75 J.	66.157	26.747	39.410	21,0	13,2	24,7	13.893	3.531	9.734

Stadt Bremerhaven

	Bevölkerung			Pflegequote in %			Anzahl der Pflegebedürftigen		
Jahr	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2005 ab 75 J.	11.132	3.823	7.309	22,0	14,7	25,9	2.449	562	1.893
2010 ab 75 J.	11.268	4.119	7.149	22,0	14,7	25,9	2.479	605	1.852
2015 ab 75 J.	12.640	5.066	7.574	22,0	14,7	25,9	2.781	745	1.962
2020 ab 75 J.	12.715	5.403	7.312	22,0	14,7	25,9	2.797	794	1.894

Die von 12.812 auf 16.690 steigende Zahl älterer Pflegebedürftiger wird einen steigenden Bedarf sowohl an Pflegeleistungen als auch an unterstützenden Hilfen z.B. im hauswirtschaftlichen Bereich auslösen. Diesem Bedarf soll durch Angebote im ambulanten und im stationären Bereich, aber vor allem durch Stärkung nachbarschaftlicher Hilfen, ambulanter Versorgung und die Entwicklung neuer Wohnformen Rechnung getragen werden.

Um die zukünftigen Bedarfe der gesundheitlich-pflegerischen und auch sozialen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe zu gestalten, ist insbesondere auf Bundesebene eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erforderlich.

Die zunehmende Lebenserwartung und abnehmende Geburtenzahlen sind Teil des demographischen Wandels, der die Aufgaben der Altenpolitik verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung rückt. Während diese öffentliche Wahrnehmung demographischer Entwicklungen sich aktuell verstärkt, sind die zugrunde liegenden Trends nicht neu.

In den Industrieländern haben sich die Geburtenraten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts von 2,84 auf 1,58 Lebendgeborene je Frau fast halbiert. Gleichzeitig hat sich die Lebenserwartung in Deutschland bei den Frauen vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 21. Jahrhunderts von rund 40 auf 81 Jahre und bei den Männern von rund 35 auf 76 Jahre mehr als verdoppelt.

In der Stadt Bremen wird die Anzahl der 65-jährigen und älteren von heute ca. 107.000 auf ca. 123.000 im Jahr 2020 steigen. Noch deutlicher ist der Anstieg der Zahlen bei den über 80-jährigen. Von ca. 29.000 Personen heute wird die Zahl in den nächsten 15 Jahren auf 42.000 ansteigen. Der demographische Wandel stellt die Altenhilfe in Bremen vor besondere Aufgaben. Es gilt, den demographischen Wandel zu berücksichtigen, ihn jedoch nicht zu überschätzen, da er ggf. durch andere Trends überlagert wird. Die Steigerung der Zahl der Pflegeheimplätze fiel z.B. in den letzten Jahren erheblich höher aus als der aus der demographischen Entwicklung abgeleitete Bedarf. Hier besteht Handlungsbedarf. Durch die Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" leistet Bremen einen eigenen Beitrag dazu, die Entwicklung der Pflegeplatzzahlen zu beeinflussen.

Demographisch wird eine erhebliche Zunahme der über 80-jährigen Menschen prognostiziert. Hieraus ergibt sich - unter der Voraussetzung sich nicht verändernder Rahmenbedingungen ein entsprechender Bedarf an Pflegeplätzen. Durch die gezielte Platzierung der neuen Pflegeheime konnte in den letzten Jahren eine ausgewogene Verteilung der Pflege- und Wohnheime in den Stadtteilen und Regionen der Stadt erreicht werden.

In der Stadt Bremen leben etwa 7.500 Demenzkranke mittlerer und schwerer Ausprägung. Etwa 5.000 Personen werden zuhause durch ambulante Pflegedienste und Angehörige betreut. Mit zunehmender Hochaltrigkeit steigt der Anteil Demenzkranker deutlich. Die angemessene Versorgung der Demenzkranken ist eines der dringlichsten Themen der Altenpolitik. In Bremen wurde die Informations- und Koordinierungsstelle DIKS, eine Wohngemeinschaft und eine spezielle Tagespflegeeinrichtung für Demenzkranke eingerichtet. Ca. 2.500 Menschen mit Demenz leben in den Bremer Heimen. Bei einer bestimmten Ausprägung der Demenzerkrankung sind sie jedoch in die regulären Wohngruppen nicht mehr integrierbar, weil sie einer besonderen Betreuung und Beaufsichtigung bedürfen und ihre besonderen Ansprüche den Heimbewohnern ohne Demenzerkrankung nicht ausreichend vermittelbar sind. Für sie sind angemessene Betreuungsformen zu schaffen.

In der offenen Altenhilfe, die durch die demographischen Wandlungsprozesse eine zunehmend größere Bevölkerungsgruppe anspricht, wird nicht allein die Zielsetzung verfolgt, auf konkrete Unterstützungsbedarfe älterer Menschen einzugehen. Zielsetzung ist, die individuelle Stärke und Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern. Angebote der offenen Altenhilfe sind daher präventiv auszurichten. Mit den Dienstleistungszentren verfügt Bremen über ein wohnortnahes, präventives Hilfesystem, das niedrigschwellige Hilfen, insbesondere für Hilfe- und Pflegebedürftige sowie chronisch kranke Menschen, anbietet. Die Begegnungsstätten tragen zur Erhöhung der Lebensqualität bei. In den kommenden Jahren wird es in Folge von Strukturüberprüfungen zu Schließungen einzelner Begegnungsstätten kommen. Daneben wird die Erprobung neuer Formen der Trägerschaft auch durch die Verzahnung mit anderen Angeboten und die stärkere Einbindung der Nutzer/innen erwartet.

Die Zahl der Ausländer/-innen hat sich in den letzten Jahren nur wenig verändert. Die Zahl der neu geborenen ausländischen Kinder und die Zahl der Zuzüge von Ausländer/-innen wurde durch Fortzüge, Sterbefälle und Einbürgerungen ausländischer Personen ausgeglichen.

Obwohl die ausländische Wohnbevölkerung insgesamt „gealtert“ ist, ist sie im Vergleich zur deutschen noch wesentlich jünger. Die jüngeren Altersgruppen in der ausländischen Bevölkerung sind weitaus stärker als die älteren Altersgruppen. Es ist zu erwarten, dass sich die Zahl der unter 20-jährigen Deutschen bis zum Jahr 2020 deutlich verringern wird, gleichzeitig sich der Anteil der unter 20-jährigen ausländischen Jugendlichen bis zum Jahr 2030 auf knapp 27 % erhöhen wird. Die Zahl der über 60-jährigen Ausländer/-innen wächst kontinuierlich. Im Jahr 2004 betrug der Ausländeranteil an den Einwohnern in der Stadt Bremen im Alter von 60 Jahren und mehr 4,8% . Bis zum Jahr 2010 wird sich der Anteil voraussichtlich auf 8,2% erhöhen. Eine wichtige Aufgabe für alle Angebote der Altenhilfe ist der Abbau von Zugangsbarrieren. Dies kann auch durch den Einsatz von Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund erfolgen.

Die Zahl alt werdender geistig, körperlich und seelisch behinderter Menschen ist in der jüngeren Vergangenheit gestiegen und diese Entwicklung wird sich dynamisch fortsetzen. Die Gestaltung des Lebensabschnittes "Alter" ist daher eine Aufgabe, der sich die Behindertenhilfe, die Angehörigen, die gesetzlichen Betreuer und nicht zuletzt die behinderten Menschen selber verstärkt zuwenden müssen und die zu Anpassungen der Betreuungsleistungen sowohl in den Werkstätten und Tagesförderstätten für behinderte Menschen als auch in den Wohneinrichtungen führen wird. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat vor diesem Hintergrund ein Konzept in der Bearbeitung, welches sich mit der "Gestaltung des Hilfesystems für älter werdende, geistig und mehrfach behinderter Menschen im Land Bremen" befasst.

Zu Innere Sicherheit und Justiz:

Innere Sicherheit

Die Innere Sicherheit ist eine wesentlichen Bedingung für den inneren Zusammenhalt der Gesellschaft. Die Gewährleistung der Inneren Sicherheit ist vornehmliche Aufgabe des Staates. Neben diesen gesellschaftlichen Effekten stellt die Innere Sicherheit aber auch einen wichtigen Standortfaktor dar, bspw. was die positive Einwohnerentwicklung und die Tourismuswirtschaft angeht. Zur Sicherstellung dieser Aufgabe auch in Zukunft werden die vorhandenen Instrumentarien bedarfsgerecht weiterzuentwickeln sein.

Die eigene Organisation

Ziel der Polizei ist, das Sicherheitsgefühl der Bremer Bürger zu stärken und durch Optimierung der Polizeiarbeit in der Region auch mehr Bürgernähe herzustellen. Insbesondere dies war der Anlass zur umfassenden Polizeireform. Die Polizei ist in ihrer Organisation aber auch selbst vom demographischen Wandel betroffen. Bspw. erhöht sich das Durchschnittsalters der Polizeibeamten u. a. durch die Erhöhung der Lebensarbeitszeit und verringerte Neueinstellungen. Auch aufgrund der demographischen Entwicklung ist zudem damit zu rechnen, dass qualifizierter Nachwuchs nicht unbeschränkt zur Verfügung stehen wird.

Kriminalität

Einzelne Deliktgruppen (Straßenkriminalität, Ladendiebstahl, Raub, Körperverletzung) sind in bestimmten Altersgruppen (Jugendlichen und Heranwachsenden) stärker vertreten. Diese Auffälligkeiten verstärken sich, wenn die jungen Tatverdächtigen einen Migrationshintergrund vorweisen. Der Anteil der Jugendlichen in diesen Deliktgruppen stieg in den letzten 12 Jahren um über 50% an. Bremen hat nach Angaben aus der PISA-Studie 2003 den höchsten Migrantenanteil in dieser Altersgruppe unter den bundesdeutschen Großstädten.

Im Rahmen der Kriminalitätsbekämpfung fasst die Polizei Bremen den Begriff der demographischen Entwicklung weiter, d.h. im Focus stehen nicht nur Altersgruppen und Migrationshintergrund, sondern auch der Verfall herkömmlicher Familienstrukturen. Die Eltern als Ansprechpartner bei auffällig gewordenen Kinder und Jugendlichen stehen für ‚normverdeutlichende Gespräche‘ häufig nicht mehr zur Verfügung. Der Wertewandel und Kulturkonflikte schlagen alltäglich auf die polizeiliche Praxis durch.

Dieser Herausforderung kann nur durch vernetzte und ressortübergreifende Handlungskonzepte begegnet werden. In diesem Zusammenhang hat die Entwicklung der ressortübergreifenden Vernetzung in den vergangenen Jahren einen erheblichen Fortschritt erfahren. In Bremen und Bremerhaven sind eine Vielzahl von übergreifenden Präventionsaktivitäten entwickelt und umgesetzt worden. So wurde zum Beispiel die projektbezogene Zusammenarbeit zwischen der Polizei, den Bildungs- und Sozialeinrichtungen kontinuierlich und kleinräumig ausgeweitet. Diese Kooperationsmodelle gilt es in Zukunft weiter zu intensivieren und auf neue Kriminalitätsphänomene auszurichten.

Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung des Netzwerks aus engagierten Bürgern und Bürgerinnen, Städteplanern, Lehrern, Sozialarbeitern, Fachleuten aus Wirtschaft und Politik, der Polizei und Justiz und anderen zu einer landesweiten Kooperationsform erforderlich, in der die Kräfte zu einer umfassenden, ursachenorientierten, gesamtgesellschaftlichen Kriminalprävention vereint werden. Auf diese Notwendigkeit geht auch die geltende Koalitionsvereinbarung ein, indem sie die Einrichtung von Präventionsräten oder ähnliche Einrichtungen in den Stadtteilen vorsieht. Des weiteren soll ein Landespräventionsrat gegründet werden, der die koordinierende und steuernde Funktion der regionalen Gremien übernehmen soll.

Verkehr

Ältere Menschen sind überdurchschnittlich häufig als Beteiligte an und Verursacher von Verkehrsunfällen betroffen. Trotz generell rückläufiger Verkehrsunfallzahlen, ist in Bremen ein erheblicher Anstieg in dieser Zielgruppe zu verzeichnen. Die zunehmende Zahl von Fahrzeugzulassungen, der Anstieg der Verkehrsdichte insgesamt und die höhere Mobilität der älteren Generation kann dazu führen, dass sich die Verkehrsunfallentwicklung negativ zu Lasten der älteren Generation entwickelt. Als Konsequenz wird sich dadurch eine Verschiebung der Prioritäten in der Verkehrssicher-

heitsarbeit ergeben. Im Bereich Prävention, Aufklärung und Verkehrsberatung speziell für ältere Menschen müssen die Aktivitäten erhöht und ggf. neue Konzepte entwickelt werden.

Justiz

Scheidungsquoten mitbestimmt.

In der übrigen Ziviljustiz (Zivilprozess, Mahnsachen, Zwangsvollstreckung einschl. Zwangsversteigerung, Insolvenz, aber auch Handelsregister und Grundbuch) scheint eher die wirtschaftliche/konjunkturelle Entwicklung als die demographische Veränderung vorherrschende Ursache für Anstieg oder Rückgang der Geschäftseingänge sein. Für die Geschäftsentwicklung bei den Fachgerichten (Verwaltungsgerichte, Arbeitsgerichte, Finanzgericht) scheinen ebenfalls in erster Linie andere Faktoren maßgeblich zu sein (Arbeitsmarktsituation, Steuerrecht, Asylpolitik usw.)

Zu bürgerschaftliches Engagement:

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels erhält ehrenamtliches, bürgerschaftliches Engagement eine zusätzliche Bedeutung: Unzureichende Auslastung gepaart mit fehlenden finanziellen Handlungsspielräumen der Kommunen gefährden Instandhaltung und Aufrechterhaltung von öffentlichen aber auch privat geführten Anlagen und Einrichtungen (z.B. Kindergärten, Schulen, Bädern, Bibliotheken, Kultur- und Bürgerhäusern). Gleichzeitig wächst der Bedarf an neuen Einrichtungen, Dienstleistungen und veränderter Wohnumfeldgestaltung, die den älteren Bewohner/innen, den veränderten Haushaltsstrukturen und der Nationalitätenvielfalt gerecht wird.

Bürgerschaftliches Engagement erfährt damit nicht nur einen Bedeutungszuwachs, sondern auch eine zusätzliche Ausrichtung. Dienstleistungen und Einrichtungen werden zukünftig noch stärker als bisher unter Beteiligung von Vereinen, Privatpersonen, Unternehmen etc. vorgehalten werden können. Vieles deutet darauf hin, dass dieses auch die private finanzielle, organisatorische und bauliche Mitverantwortung und Trägerschaft einschließt. Die Anzahl und Vielfalt der Kooperationen zwischen Kommunen und Freiwilligen/Ehrenamtlichen wird wachsen. Sie reicht von sog. public-private-partnership-Unternehmen über die Übernahme öffentlicher Einrichtungen durch Private oder Stiftungen bis zur aktiven Mithilfe und Mitgestaltung durch Ehrenamtliche.

Durchaus unterschiedliche Folgen wird der demographische Wandel für den Bereich des Sports haben. Weniger junge Menschen bedeuten zunächst auch weniger Nachfrage nach entsprechenden Vereinsangeboten. Die Sportangebote sind wegen des höheren Alters der Mitglieder nachfragegerecht anzupassen. Menschen, die im Alter Sport treiben, betreiben aktive Gesundheitsvorsorge. Diesen Aspekt gilt es für den Sport - auch vor dem Hintergrund der durch den demographischen Wandel steigenden Kosten im Gesundheitswesen - zukünftig noch stärker in den Vordergrund zu stellen.

Der sich abzeichnende demographische Wandel macht es auch im Bereich der inneren Sicherheit erforderlich, über Konsequenzen nachzudenken. Insbesondere bei der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr fußt ein nicht unwesentlicher Anteil auf ehrenamtlichem Engagement. Namentlich sind hier die Freiwilligen Feuerwehren und der Katastrophenschutz zu nennen. Die Funktionsfähigkeit dieser Bereiche lebt davon, dass sich besonders junge Leute einbringen. Schon heute sind Schwierigkeiten erkennbar, junge Frauen und Männer zur Erfüllung der Aufgaben zu rekrutieren. Es wird bereits jetzt versucht, dieser Entwicklung durch eine Steigerung der Attraktivität der Mitwirkung in den Katastrophenschutzorganisationen und den Freiwilligen Feuerwehren entgegen zu wirken. Sollte sich der Trend der Abnahme der freiwillig Mitwirkenden jedoch ungehindert fortsetzen, ist über eine Neustrukturierung der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr nachzudenken. Ein besonderer Aspekt des bürgerschaftlichen Engagements auf kommunaler Ebene ist die Beteiligung und bürgerschaftliche Mitwirkung in Fragen der Stadtentwicklung und Stadtplanung. Durch den demographischen Wandel ergeben sich hier insbesondere folgende Aufgabenfelder:

- die zunehmende Notwendigkeit, in einer alternden Gesellschaft die Attraktivität der Stadt auch für junge Menschen und Familien und deren Bedürfnisse und Mitwirkungsmöglichkeiten sicherzustellen. Projekte zur familiengerechten Planung und Organisation des Wohnumfeldes oder des Umfeldes von Schulen unter Beteiligung der Betroffenen können dazu ein geeignetes Lern- und Wirkungsfeld sein. Gegebenenfalls sollten eigeninitiierte Projekte junger Menschen (ehrenamtlich) fachlich begleitet werden, von der Verwaltung aufgegriffen

und in kostengünstige und realisierbare Maßnahmen „übersetzt“ werden.

- Die Integration von Mitbürger/innen unterschiedlicher ethnischer und kultureller Herkunft (Migrant/innen) durch Engagement und Selbstorganisation im Wohnumfeld zu ermöglichen: Die Beteiligung von Migrant/innen an Planungen zur Verbesserungen des Wohnumfeldes ist eine gute Möglichkeit der Integration und der Förderung des Eigenengagements. Mit den Erfahrungen aus den WiN-Gebieten liegen erfolversprechende Ansätze vor, die es gilt, in andere Wohngebiete zu übertragen. Bei Einbeziehung ehrenamtlich tätiger Fachleute als Initiatoren, Moderatoren, Anwaltsplaner usw. ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten auch außerhalb der Fördergebiete.
- die Kompetenzen älterer Mitbürger, die über Erfahrungen, Zeit und Fachwissen verfügen, für die bürgerschaftliche Entwicklung der Stadt mitzunutzen: Immer mehr ältere Menschen wollen auch im „Ruhestand“ ihre Leistungskraft, ihr Fachwissen und ihre berufliche und gesellschaftliche Erfahrung nicht brach liegen lassen. Darin liegt ein großes ehrenamtliches Potential an gesellschaftlichem Wissen und Leistungsbereitschaft, das zur Verbesserung und Attraktivitätssteigerung des Lebens in der Stadt genutzt werden sollte.

Die Lebensqualität in einer "schnell alternden" Gesellschaft hängt insgesamt in entscheidendem Maße davon ab, wie ihre Bürgerinnen und Bürger diese mitgestalten können. Die Logik und Struktur der jeweiligen Organisationen müssen so angepasst werden, dass sie das Engagement fördern.

Zu Stadtentwicklungs- bzw. -umbaupolitik:

Die generellen Tendenzen des Strukturwandels der Bevölkerung wirken sich für die Stadtentwicklung vielfältig und unmittelbar aus.

So bedeutet bspw. Bevölkerungsschrumpfung auch eine sinkende Nachfrage nach privaten Gütern und Dienstleistungen mit der weiteren Folge von Angebotsausdünnungen und verstärkten Problemen für die Zentrenauslastung. Auf der anderen Seite führen sowohl eine alternde Gesellschaft als auch eine ethnisch stärker ausdifferenzierte Bevölkerungsstruktur zu anderen, zumindest teilweise auch wachsenden Nachfragebereichen.

Ähnlich differenziert die Situation auf dem Wohnungsmarkt. Wegen der positiven Entwicklung der Haushaltszahlen und der Zunahme des Wohnflächenverbrauchs ist selbst bei einer stagnierenden Bevölkerungsentwicklung auf absehbare Zeit mit einer zusätzlichen Nachfrage nach Wohnungen zu rechnen, wenn die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die Realisierung der Nachfrage ermöglichen. Festzustellen sind hier verschiedene Trends:

- Anhaltende Nachfrage nach Ein- und Zweifamilienhäusern und Eigentumswohnungen bei gleichzeitigen Angebotsüberhängen im Mietgeschosswohnungsbau
- Stärkere Differenzierung der Wohnansprüche und Wohnbedürfnisse; die Nachfrage wird zukünftig viel stärker als bisher durch Qualitätskriterien geprägt.
- Steigende Bedeutung von „generationengerechten Wohnformen“ für jung und alt im Neubau und im Bestand; die Wohnungsnachfrage wird sich zukünftig stärker lebensphasenbezogen ausdifferenzieren.

- Zunahme der Migration (Fokussierung der MigrantInnen auf städtische Mietwohnungsmärkte, in der Folge Segregationstendenzen und Zunahme der Bedeutung sozialer Netze in den entsprechenden Stadtteilen)
- Abbau staatlicher Mobilitätssubventionen (Attraktivitätssteigerung innerstädtischer Wohnstandorte mit geringerer Autoabhängigkeit)
- zunehmende Entkopplung der Bevölkerungsentwicklung von der Zahl der Haushalte (Trend zu Ein-/Zweipersonenhaushalten)
- Durch die sich verändernde Struktur der Bevölkerung ändern sich auch die Anforderungen an die kommunale Infrastruktur.
- Dies gilt bspw. für die verschiedenen Bereiche der technischen Infrastruktur (z.B. Abwasser; Trinkwasser), durchaus mit entsprechenden ökologischen Folgewirkungen (Verringerung von Wirkungsgraden, erhöhte Verbrauchswerte). Diesen ist durch Konzentrationsbemühungen entgegenzuwirken.
- Auswirkungen gibt es zudem für die kommunale Verkehrsinfrastruktur – hier allerdings in positiver wie in negativer Hinsicht: den Entlastungen zu den Verkehrsspitzen im Kfz-Verkehr stehen die Minderauslastungen beim ÖPNV im Schüler- und Berufsverkehr sowie in den Außenbereichen der Stadt gegenüber.

Die künftig ethnisch stärker ausdifferenzierte Stadtgesellschaft und der wachsende Anteil von MigrantInnen bzw. von Menschen mit Migrationshintergrund führen generell zu steigenden Anforderungen an die Integration.

Insgesamt stellt der demographische Wandel die Stadtentwicklung vor die zentrale Herausforderung, mit geringer werdenden Ressourcen und gleichzeitig ausdifferenzierterer Problemstellung die „Stadt zu entwickeln“. Auf der Basis leistungsfähiger Analyse- und Bewertungsinstrumente – wie dem ressortübergreifend aufgebauten Stadtmonitoring – ist vorgesehen, eine Aktualisierung des Stadtentwicklungskonzeptes unter dem besonderen Blickwinkel des demographischen Wandels anzugehen. Dies muss zugleich die regionalen Ausprägungen des demographischen Wandels mit berücksichtigen und insofern in enger Rückkopplung mit dem entsprechenden INTRA-Vertiefungsprojekt erfolgen.

Insgesamt stellt sich die Aufgabe, die Stadt fit zu machen. Auf strategischer Ebene stellen sich dabei die folgenden Anforderungen:

- Integrierte Stadtentwicklungsstrategien
- Fachressortübergreifende Kooperation
- Prioritätensetzung und Ressourcenbündelung

Aufbauend auf vorhandenen Entwicklungskonzepten für die gesamte Stadt und auf Stadtteilebene verfolgt der Senator für Bau, Umwelt und Verkehr eine entsprechende ganzheitliche Planungsstrategie mit Umsetzungsorientierung.

Zu Frage 5:

Welche Maßnahmen sind erforderlich, um bereichsspezifische Handlungskonzepte zu entwickeln, diese miteinander zu vernetzen und zu einem Gesamtkonzept zusammenzuführen?

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 18 verwiesen.

Zu Frage 6:

Welche Folgen hat die Veränderung der Bevölkerungsstruktur auf inhaltliche Angebote und Standorte öffentlicher Einrichtungen, wie zum Beispiel Kindergärten, Treffpunkte für Jugendliche, Familien und Senioren sowie Bürgerserviceangebote?

Die generellen Entwicklungstrends der Bevölkerungsstruktur – Alterung, Schrumpfung, Segregation – wirken sowohl auf inhaltliche Angebote als auch auf Standorte öffentlicher Einrichtungen. In inhaltlicher Hinsicht ergibt sich die Notwendigkeit einer Anpassung der jeweiligen Angebote an die – quantitativ und/oder strukturell – veränderte Nachfrage. Hinsichtlich der jeweiligen Standorte öffentlicher Einrichtungen besteht die Notwendigkeit einer intensivierten wechselseitigen Abstimmung.

mung und Vernetzung. Hierzu besteht eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Standortentwicklung“, die als vorrangige Aufgabe eine Gesamtschau der verschiedenen Ressortplanungen vorzunehmen und darauf aufbauend Teilbereiche der Stadt, die voraussichtlich besonderen Handlungsbedarf aufweisen, intensiver bearbeiten soll. In diesen Teilbereichen soll die konkretere Abstimmung der jeweiligen Ressortplanungen erfolgen und in eine tragfähige Stadtteilentwicklungsperspektive integriert werden.

Zu den einzelnen Angeboten:

Die Konzeption für die zukünftige Bürgerservicestruktur ist unter Berücksichtigung der veränderten Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an die Öffentliche Verwaltung, die weiter voranschreitende Elektronisierung der Dienstleistungsangebote und der sich wandelnden Bevölkerungsstruktur erarbeitet worden. Bürger begreifen sich zunehmend als Kunden und wollen eine bürgerfreundliche Dienstleistung des Staates in Anspruch nehmen. Erwartet wird ein vielfältiges Angebot zu nachfrageorientierten Öffnungszeiten. Diesem Anspruch wird mit dem Auf- bzw. Ausbau der BürgerServiceCenter Rechnung getragen.

Bei der Entscheidung hinsichtlich der Standorte und der Dimensionierung sind vor allem zwei wichtige Aspekte zu berücksichtigen: Die voranschreitende Elektronisierung der Dienstleistungsangebote und die sich wandelnde Bevölkerungsstruktur hinsichtlich des Altersaufbaus, ihrer Erwartungshaltung und Qualifikation. Viele Verwaltungsangelegenheiten, deren Erledigung bislang ein persönliches Erscheinen der Bürgerin oder des Bürgers notwendig gemacht haben, werden zukünftig elektronisch erledigt werden können. Neben den elektronischen Angeboten wird es jedoch immer auch ein persönliches Angebot geben müssen, dass aber flexibel gestaltet sein muss. Das bedeutet, dass regelmäßig sowohl die Angebotspalette als auch die Öffnungszeiten hinterfragt werden müssen. Eine wichtige Rolle spielt dabei natürlich der Standort, an dem das Dienstleistungsangebot gemacht werden soll. Mit der getroffenen Auswahl der Standorte der BürgerServiceCenter wurden Standorte ausgewählt, die u.a. auch mit dem Öffentlichen Personennahverkehr sehr gut zu erreichen sind.

Die jetzige Polizeireform erhält das Serviceangebot an 18 Revierstandorten. Als Ergänzung und teilweise Alternative zu den bisherigen Außenstellen wurde die sogenannte „Mobile Wache“ eingerichtet. In der Prüfung befindet sich parallel eine Ausweitung des Internet-Angebots bis hin zur „Internet-Wache“, die u.a. zur Anzeigenerstattung genutzt werden könnte. Ausgehend von den heutigen Maßstäben wird die Forderung nach polizeilicher Präsenz zur Stärkung des subjektiven Sicherheitsgefühls eher zunehmen. Eine weitgehende regionale Organisation, ergänzt durch „Mobile Wachen“ und Internetangebote, ist daher sicherzustellen.

Der Senator für Justiz und Verfassung hat die Fachgerichte in der letzten Legislaturperiode bereits in einem Justizzentrum im Wall zusammengeführt. Eine weitere Konzentration (Umzug OLG, Arbeitsgericht und Landesarbeitsgericht) in einem Nachbargebäude wird folgen. Damit sind alle ordentlichen und Fachgerichte des Landes Bremen sowie die Staatsanwaltschaft in dem durch den ÖPNV gut erreichbaren Bereich zwischen Wall und Domsheide angesiedelt.

Im Anpassungskonzept für stadtteilbezogene Kinder- und Jugendarbeit ist die demographische Entwicklung, hier auch speziell bezogen auf die Nutzer von Jugendeinrichtungen wie Jugendfreizeitheimen, Jugendclubs und anderen Angeboten für Jugendliche, Gegenstand der jährlichen Planung mit klar verabredeten Regeln zur Anpassung des zur Verfügung stehenden Stadtteilbudgets. Ebenso stimmt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales das Platz- und Gruppenangebot im Kindergarten- und Hortbereich jährlich mit dem Stand der Nachfrage ab. Dieses geschieht kleinräumig, so dass dabei gesamtstädtische demographische Entwicklungen ebenso wie innerstädtische Wanderungen berücksichtigt werden.

Über die jährliche Prüfung und Anpassung des Platzangebotes hinaus, hat der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bzw. das Amt für Soziale Dienste in der Jugendhilfedeputation (Vorlage 269/05/S) einen Bericht zur Standortplanung Tagesbetreuung 2005-2008 vorgelegt. Hier geht es auch um die Schließung bzw. Umwidmung von Einrichtungen in Hinblick auf die demographischen Veränderungen. Die Folgen durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur

auf die inhaltlichen Angebote sind vielfältig und beinhalten ein Spektrum von der Notwendigkeit kleinerer Gruppen bis hin zur stärkeren Ausrichtung auf altersgruppenübergreifende Ansätze und gezielte generationsverbindende Arbeit.

In Bezug auf den Themenbereich Senioren wird auf die Antworten zu Frage 4 und 15 verwiesen.

Zu Frage 7:

Wie wird der Senat bei Sanierungen und Neubauten öffentlicher Gebäude berücksichtigen, dass diese Gebäude im Laufe der Zeit von unterschiedlichen Alters- und Zielgruppen genutzt werden können?

Öffentliche Gebäude müssen unterschiedliche Voraussetzungen erfüllen. Klassenräume beispielsweise müssen bestimmte Größen und Raumtiefen aufweisen; Kindergärten und Ganztagschulen benötigen Versorgungseinrichtungen. Eine Berücksichtigung von unterschiedlichen Alters- und Zielgruppen ist bei Bestandsimmobilien daher sehr schwer umzusetzen. Umbauten für andere als den ursprünglichen Errichtungszweck sind in der Regel zu kostenintensiv. Bei der Sanierung der Bestandsimmobilien wird aber grundsätzlich die Zugänglichkeit zu diesen Gebäuden sowie ein WC-Kern barrierefrei hergerichtet. Weitergehende Maßnahmen sind nutzerspezifisch und auch von diesem zu tragen. Durch die Barrierefreiheit können diese Gebäude auch von anderen Zielgruppen genutzt werden. Bei Neubauten besteht die Möglichkeit, Einfluss hinsichtlich der Beschaffenheit und Anordnung der Räumlichkeiten etc. zu nehmen. Beispielsweise können Büroräume so konzipiert werden, dass diese veränderbar sind. Durch flexible Wände oder die Einrichtung von Kombibüros ist es möglich, dass unterschiedliche Nutzergruppen ein und dasselbe Gebäude benutzen können. So ist es bei den Gebäuden im Bildungssektor möglich, neben der Kinder- und Jugendlichenbildung auch die Erwachsenenbildung durch veränderte Raumzuschnitte zu ermöglichen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass klassische Büronutzungen durch Verwaltungen zunehmend in Fremdanmietungen und immer weniger in stadteigenen Immobilien erfolgen, was die Flexibilität bei sich wandelnden Bedarfen erhöht.

Zu Frage 8:

Welche Prämissen werden Grundlage für die Standortentwicklungskonzepte der jeweiligen Ressorts sein und wann wird diese jeweils vorliegen?

Mit Blick auf die jeweilige Gesamtentwicklung in den Stadtteilen und mit der Zielsetzung einer integrativen Stadtteilentwicklung kommt vor allem den Standortplanungen in den Bereichen Bildung, Soziales und Sportflächen besondere Bedeutung zu. Der Sachstand der jeweiligen Ressortplanungen ist derzeit noch sehr unterschiedlich:

Im Sinne formaler Beschlüsse liegt bislang für den Bildungsbereich ein durch die zuständige Deputation beschlossener Schulstandortentwicklungsplan 2005 – 2015 vor.

Die Erstellung der Standortplanung Tagesbetreuung 2005 - 2008 erfolgt unter der Prämisse, dass die Möglichkeit von Gruppen- und Standortschließungen bzw. Verlagerungen ortsteil- und stadtteilbezogen bewertet werden. Dabei werden die Belange von Freien Trägern, Planungen des Senators für Bildung und Wissenschaft sowie die Bewertungen der GBI hinsichtlich des Gebäudezustandes und der Bewirtschaftung berücksichtigt (vgl. auch die Antwort auf Frage 6).

Im Bereich Sportflächen liegt eine aktualisierte Sportstättenplanung vor, welche als Grundlage für den derzeit stattfindenden Optimierungsprozess bei den Großspielfeldern dient. Es ist zu erwarten, dass Vereine zukünftig verstärkt kooperieren und die Zahl der Zusammenschlüsse steigen wird. Hier gilt es, die Prozesse positiv zu begleiten. Darüber hinaus müssen die Vereine eine Flexibilität dahingehend erlangen, dass sie ihre Angebote nicht nur in eigenen Sportanlagen anbieten, sondern sich auch als Dienstleister gegenüber anderen Einrichtung und Initiativen verstehen.

Im Rahmen der in der Beantwortung von Frage 6 bereits erwähnten ressortübergreifenden Arbeitsgruppe Standortentwicklung sollen diese jeweils ressortspezifischen Planungen zusammengebracht werden und intensiv miteinander abgestimmt werden. Ausgehend von einer gemeinsamen Bewertung des derzeitigen Bestandes an öffentlichen Einrichtungen in der Gesamtstadt vor dem Hintergrund kleinräumiger Bevölkerungsprognosen soll eine Verständigung auf vorrangig zu betrachtende Teilbereiche erfolgen. Diese Teilbereiche sollen im Rahmen der Arbeitsgruppe dann vertieft – im Sinne von Modellprojekten – bearbeitet werden.

Zu Frage 9:

Welche Konsequenzen ergeben sich aus der demographischen Entwicklung für Universitäten und Hochschulen des Landes Bremen und deren Studienangebote?

Aus demographischen Gründen ist in Deutschland für die kommenden Jahre bis 2014 mit einem Anstieg der Studierendenzahlen zu rechnen, der sich infolge der Verkürzung der Schulzeit auf 12 Jahre noch verstärkt. Die Zahl der Schulabsolventen mit allgemeiner Hochschul- und Fachhochschulreife wird sich nach der neuesten Prognose der Kultusministerkonferenz in Bremen von 2.252 im Jahr 2003 auf 4.680 im Jahr 2012 erhöhen, um bis 2020 auf 2.480 zurückzugehen¹. Bei einer angenommenen Verweildauer der Studierenden zwischen drei (Regelstudienzeit eines Bachelorstudiengangs) und sieben Jahren (kostenfreies Studium nach dem Bremischen Studienkontengesetz) werden auf die bremischen Hochschulen mindestens bis 2019 ganz erhebliche zusätzliche Belastungen zukommen. Da in Niedersachsen der Doppeljahrgang bereits 2011 mit dem Abitur die Schulen verlässt, ist zudem zu erwarten, dass sich der Anteil der Studierenden aus Niedersachsen über den bisherigen Wert von etwa 30 % der Studierenden² erhöhen wird. Studienbewerber des bremischen Doppeljahrgangs, die ein Jahr später die Schulen verlassen, treten also vor Ort in eine verschärfte Konkurrenz. Nach den Vorgaben des überarbeiteten Hochschulgesamtplans ist zumindest für die Universität von einer deutlich reduzierten Aufnahmekapazität auszugehen.

Wenn Studienangebot und Studiennachfrage auseinander klaffen, kann sich dies langfristig negativ auf die regionale Wirtschaft auswirken, weil sich ab 2020 ein Mangel an hoch qualifizierten Fachkräften abzeichnet: Aus demographischen Gründen wird der Ersatzbedarf bei ausscheidenden Fach- und Führungskräften nicht mehr gedeckt werden können. Gleichzeitig wird sich der Trend zur Akademisierung von Berufen, für die bisher eine schulische oder duale Ausbildung ausreichte, fortsetzen, so dass sich der Fachkräftemangel noch verschärfen wird. Dem kann letztlich nur durch eine Ausweitung der Bildungsbeteiligung, d.h. der Erhöhung des Anteils der Hochschulabsolventen an der Erwerbsbevölkerung begegnet werden. Auch nach 2020, wenn die Zahl der Jugendlichen infolge der demografischen Entwicklung kontinuierlich abnehmen wird, benötigen die Hochschulen folglich ausreichende Kapazitäten, u.a. um in verstärktem Maße berufsbegleitende Studien (s. zu Frage 10) zu ermöglichen³. Nur so lässt sich das Ziel, die international beträchtlich unterdurchschnittliche Akademikerquote Deutschlands dem OECD-Durchschnitt anzugleichen, dauerhaft erreichen.

Die Hochschulen in Bremen haben sich in den letzten Jahren erfolgreich um ausländische Studienbewerberinnen und Studienbewerber bemüht. Diese verschärfen einerseits das Kapazitätsproblem und sind andererseits ein Gewinn für die Hochschulen, die beiden Städte und das Land. Es muss alles getan werden, die Attraktivität der Studienstandorte Bremen und Bremerhaven zu erhalten.

Mit der flächendeckenden Einführung des gestuften Studiensystems, das bis 2010 abgeschlossen sein wird, sind die Hochschulen für die neue Situation zumindest strukturell gut gerüstet: Bereits

¹ Prognose der Studienanfänger, Studierenden und Hochschulabsolventen bis 2020. Oktober 2005, S. 1 des Tabellenwerks.

² WS. 2004/05. Statistisches Bundesamt. Fachserie 11, Reihe 4.1.

³ Siehe zum Gesamtkomplex die Empfehlungen des Wissenschaftsrats zum nachfrage- und demographiegerechten Ausbau des Hochschulsystems. Januar 2006.

nach drei oder vier Jahren können die Absolventen mit einem berufsqualifizierenden Hochschulabschluss eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, um später, gestützt auf ihre berufliche Erfahrung, das Studium fortzusetzen (s. auch zu Frage 10). Dadurch werden die Hochschulen in den Jahren des stärksten Nachfragedrucks wenigstens teilweise entlastet und können sich später verstärkt der Weiterqualifizierung ihrer Absolventen widmen.

Zu Frage 10:

Welche Bedeutung hat „lebenslanges Lernen“ vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung?

Der Senat hat bereits in Beantwortung der Großen Anfrage der Fraktion der CDU vom 08.11.2001 „Grundlagen für ein lebenslanges Lernen in Bremen und Bremerhaven ermöglichen“ auf die hohe Bedeutung des lebenslangen Lernens (LLL) hingewiesen und eine zusammenfassende Darstellung seiner Überlegungen zur Förderung des lebenslangen Lernens vorgelegt. Diese gelten unverändert. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass eine ressortübergreifende Staatsrätearbeitsgruppe eingerichtet wurde, die sich mit den Strukturen im Weiterbildungsbereich auseinandersetzt. Dabei liegt der Senat - im Einklang mit der Definition der Bund-Länder-Kommissionen für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) – folgendes Verständnis vom LLL zugrunde: *„Lebenslanges Lernen umfasst alles formale, nicht-formale und informelle Lernen an verschiedenen Lernorten von der frühen Kindheit bis einschließlich der Phase des Ruhestands. Dabei wird „Lernen“ verstanden als konstruktives Verarbeiten von Informationen und Erfahrungen zu Kenntnissen, Einsichten und Kompetenzen“* (BLK, Strategie für Lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland, Heft 115, Bonn 2004).

Für die Gruppe der Schülerinnen und Schüler, d.h. vor dem Erwachsenenalter, sind daraus u.a. diese Schlussfolgerungen zu ziehen:

- In der Schule sind schon früh und kontinuierlich Kompetenzen zu entwickeln, die für eigenständiges Lernen erforderlich sind. Die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, ein Methodenrepertoire zur Informationsbeschaffung und zur Organisation selbstständigen Lernens gehören dazu. Die bremischen Bildungs- und Rahmenpläne der allgemein bildenden wie der berufsbildenden Schularten weisen entsprechende Curricula für fächerübergreifende Personal und Methoden-Kompetenzen aus.
- Bei Kindern und Jugendlichen muss zudem frühzeitig ein Bewusstsein für die eigene Verantwortung im Prozess des LLL angelegt werden. Dies geschieht in den Schulen zunehmend durch dialogische, beratende Rückmeldungen erreichter und noch nicht erreichter Lernergebnisse, durch das Führen von Portfolios oder Pässen, wie z.B. das Sprachenportfolio oder den Berufswahlpass, in denen Stationen des Lernens und des Lernfortschritts durch die Schülerinnen und Schüler selbst dokumentiert werden.
- Schule muss darüber hinaus auch stärker als bisher bei Jugendlichen die Auffassung vom Wert einer grundlegenden und sich individuell differenzierenden Bildung entwickeln. Schülerinnen und Schüler erfahren dies heute besonders an außerschulischen, i.d.R. betrieblichen Lernorten, aber auch durch die gesellschaftlichen wie schulischen Reaktionen auf die Ergebnisse internationaler Vergleichsuntersuchungen wie PISA oder TIMSS.
Dort, wo Schulen ehemalige Schülerinnen oder Schüler einbeziehen in Maßnahmen zur Berufswahlvorbereitung, vermittelt sich besonders nachhaltig ein Bewusstsein der Bedeutung von Wissen und Können.

Insbesondere gilt diese Strategie vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung für die Erwachsenen:

- Schwerpunktmäßig für jüngere Erwachsene (bis 35), die die Schulen ohne Abschluss verlassen haben, muss es möglich sein, allgemeine und berufliche Bildungsabschlüsse nachzuholen.
Zugleich erhöht sich der Bedarf an umfassendem Orientierungswissen und damit die Anforderungen an personale Kompetenzen.

- Die Bildungspotenziale von Erwachsenen mittleren Alters (35 bis 49) sind aufgrund des ab 2010 prognostizierten Fachkräftemangels und zunehmender Veränderungen im Arbeitsprozess stärker zu nutzen. Dazu müssen verstärkte Personalentwicklungsmaßnahmen der Betriebe beitragen.

Personen in einem Alter zwischen 50 und 64 Jahren nehmen deutlich weniger an beruflicher Weiterbildung teil als jüngere Personen. Dies gilt besonders für die geringer Qualifizierten, die bislang Hauptzielgruppe der betrieblichen Vorruhestandspolitik waren; sie sind von Weiterbildung weitgehend ausgeschlossen (vgl. Kuwan et al., Berichtssystem Weiterbildung 2003, Bonn).

Geteilt wird die Auffassung der „Task Force Beschäftigung der europäischen Staats- und Regierungschefs“, dass Weiterbildung, insbesondere für den Personenkreis der Älteren zu einem zentralen Bestandteil der vertraglichen Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern werden muss. Auch unter Würdigung der großen Anstrengungen vieler, vor allem großer Unternehmen in diesem Bereich zeigt sich doch, dass das Engagement kleiner und mittlerer Unternehmen deutlich gesteigert werden muss.

Geprüft wird, inwiefern – die Tarifautonomie wie die Verantwortung der Unternehmen für die Qualifizierung ihrer Beschäftigten respektierend – die Unternehmen und die Betriebe und deren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dabei unterstützt werden können, sich verstärkt für das Lebenslange Lernen zu engagieren.

Lebenslanges Lernen darf sich allerdings nicht beschränken auf das für die Berufstätigkeit unmittelbar verwertbare Wissen. Ziel ist auch die Befähigung älterer Menschen zur Mitgestaltung der Gesellschaft, zum Beispiel im ehrenamtlichen Bereich. Die Förderung des lebenslangen Lernens, das altersspezifische Lernvoraussetzungen berücksichtigt, eignet sich in hervorragender Weise als Strategie, die im Erfahrungswissen von älteren Menschen liegenden Ressourcen und deren Potenziale für das Land Bremen zu entwickeln und zu nutzen.

Neben Forschung, Lehre und Heranbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses ist die Weiterbildung auch gesetzliche Aufgabe der Hochschulen. Ihr Angebot zum LLL erstreckt sich zum einen auf Veranstaltungen der berufsbezogenen wissenschaftlichen Weiterbildung und zum anderen auf das Seniorenstudium.

Die Einführung der gestuften Studienstruktur im Bologna-Prozess trägt der Notwendigkeit, sich nach einem Studium weiter zu qualifizieren, in besonderer Weise Rechnung. Bereits seit Jahren besuchen Bürgerinnen und Bürger nach Abschluss ihrer Berufsphase die Hochschulen als reguläre Studierende und Doktoranden oder – und das trifft auf die meisten Senioren zu – zu ihrer persönlichen, meist kulturellen Bildung. Auch diese Entwicklung wird sich fortsetzen, so dass insgesamt mit einer deutlichen Verschiebung des Durchschnittsalters der Studierenden nach oben zu rechnen ist.

Zu Frage 11:

Welchen Beitrag können Wissenschaft und Forschung zur Erhöhung der Lebensqualität für die einzelnen Altersgruppen leisten?

Nahezu jede wissenschaftliche Disziplin – von der Architektur über die Ingenieurwissenschaften und die Psychologie bis zur Zahnmedizin – leistet ständig mehr oder weniger bedeutende Beiträge zur Erhöhung der Lebensqualität der Menschen. Im Zuge steigender Lebenserwartung wurden die Forschungsaktivitäten auf allen Gebieten der Gerontologie beträchtlich erhöht. Die Ergebnisse sind in unzählige Therapien, Geräte, Projekte und Maßnahmen auf allen Gebieten des Lebens eingeflossen und haben die Situation älterer Menschen verbessert. Die Öffnung der Hochschulen für diese Altersgruppe hat ihre unmittelbare Teilhabe am wissenschaftlichen Leben ermöglicht (s. zu Frage 10) und damit ebenfalls zur Erhöhung der Lebensqualität beigetragen.

Auch die demographische Entwicklung selbst ist verstärkt zum Gegenstand der Forschung geworden. Aus diesen Forschungsergebnissen entwickeln sich wieder neue Forschungsfelder, die sich u. a. mit der Frage beschäftigen, wie die Lebensqualität von Eltern mit Kindern erhöht werden kann, um Anreize für eine Veränderung des generativen Verhaltens zu geben.

Zu Frage 12:

Wie können Berufs- und Lebenserfahrung älterer Menschen dem Arbeitsmarkt und der Gesellschaft möglichst lange erhalten bleiben?

Die Erhaltung der Berufs- und Lebenserfahrung Älterer für Arbeitsmarkt und Gesellschaft ist eine Zielsetzung, die Initiativen auf verschiedenen Feldern notwendig macht:

Es müssen betriebliche Rahmenbedingungen gefördert werden, die einer Ausgliederung Älterer aus dem Erwerbsprozess präventiv entgegenwirken. Dabei spielt zum einen die kontinuierliche berufsbegleitende Qualifizierung eine entscheidende Rolle für die Erhaltung der Beschäftigungs- und Innovationsfähigkeit der Älteren. Erhalten Ältere im Betrieb die Chance, ihr gereiftes Erfahrungswissen mit dem kontinuierlichen Erwerb innovativer Qualifikationen zu verbinden, dann stellen sie für die Unternehmen ein besonders wertvolles Kompetenzpotenzial dar.

Zur Sicherung der Erwerbsintegration älterer Menschen muss zum anderen das Prinzip des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes verstärkt in den Unternehmen Anwendung finden, um vorzeitigem gesundheitlichen Verschleiß vorzubeugen. Auch hier besteht erheblicher Qualifizierungsbedarf, nötig ist aber auch eine Erhöhung der gesellschaftlichen Akzeptanz für sicherheitsbewusstes Handeln. Übergreifendes Ziel der Förderung ist es, die Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche Kompetenz älterer Arbeitsloser zu erhalten.

Die Wiedereingliederung älterer Langzeitarbeitsloser in den Arbeitsmarkt muss gezielt gefördert werden. Trotz insgesamt positiver Eigenschaften, die Betriebe den älteren Arbeitnehmer/innen wieder zunehmend zusprechen, sind deren Einstellungschancen immer noch eingeschränkt.

Daher bedarf es der Bündelung und der flexiblen, passgenauen Anwendung von finanziellen Förderinstrumenten, wie z.B. Eingliederungszuschüssen. Außerdem müssen für ältere Arbeitnehmer/innen die Möglichkeiten zur Beteiligung an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gestärkt werden.

Es bedarf der Vorbereitung und Unterstützung des bürgerschaftlichen Engagements Älterer aus der Arbeitslosigkeit heraus und nach Ende der Erwerbsphase. Hier müssen Beschäftigungsmaßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes ebenso zum Einsatz kommen wie Möglichkeiten für Ältere, sich ehrenamtlich zu engagieren und dafür ggf. auch vorhandene Beratungs- und Weiterbildungsangebote zu nutzen.

Erfolgreich sind Initiativen zur Erhaltung der Berufs- und Lebenserfahrung Älterer für Arbeitsmarkt und Gesellschaft nur, wenn diese Initiativen durch intensive Einbindung der relevanten Akteure in der Region verankert sind. Dieser Aspekt ist daher bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Förderprogrammen zu berücksichtigen. In diesem Kontext sind folgende Landesaktivitäten besonders zu erwähnen:

- Im Rahmen des Beschäftigungspolitischen Aktionsprogramms wurde eine Sonderuntersuchung „Beschäftigung und Qualifizierung älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels“ des Projekts „Entwicklungsplanung Qualifikation im Land Bremen“ (EQUIB) gefördert, um Förderansätze für die Zielgruppe konkret identifizieren zu können. Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben u.a. dazu geführt, im Landesprogramm „Arbeit und Technik“ Beschäftigungssicherung für ältere Arbeitnehmer/innen als Querschnittsthema einzuführen.
- Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales fördert im Rahmen des Beschäftigungspolitischen Aktionsprogramms die Beschäftigung älterer Arbeitsloser in Form von Zuschüssen zu den Lohnkosten.
- Das Bündnis für Arbeit und Ausbildung in Bremen und Bremerhaven hat ein Aktionsprogramm entwickelt, das verschiedene Handlungsachsen zur Erhaltung der Berufs- und Lebenserfahrung Älterer für Arbeitsmarkt und Gesellschaft abdeckt. Mit diesem Aktionsprogramm hat sich die BAgIS erfolgreich am Ideenwettbewerb des BMWA „Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ beteiligt.

- Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bewertet zudem die in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers stehenden Schutzmechanismen für ältere Arbeitnehmer/innen, wie z.B. Kündigungsschutzregelungen, positiv und setzt sich für die Erhaltung dieser Regelungen ein.

Zu Frage 13:

Welche gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Strukturen sind als Anreiz für mehr Familiengründungen sowie für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf zu Familien notwendig?

Das Kuratorium des Bremer Bündnis für Familie hat sich bereits mit der Frage befasst, welche familienfreundlichen Strukturen in Bremen vorgehalten werden sollten, um den demographischen Wandel zu gestalten und Bremen zu einer attraktiven Stadt für Familien zu machen. Es wurden in zunächst 5 Handlungsfeldern Entwicklungsziele formuliert:

1. Vereinbarkeit von Familie und Beruf
2. Familiengerechte Schul- und (Familien-)Bildungsangebote
3. Familienfreundliche Stadt- und Verkehrsplanung/Sicherheit
4. Familiengerechte Freizeit- und Kulturangebote
5. Standortfaktor Familienfreundlichkeit

Diese Ziele sind als längerfristige Perspektive zu sehen.

Familien erbringen eine wesentliche Leistung für unsere Gesellschaft. Die sinkende Geburtenrate der letzten Jahrzehnte mit allen Folgen für den demographischen Wandel ist in Deutschland besonders ausgeprägt. In 2004 lag sie mit 1,37 Kinder pro Frau unter dem Durchschnitt der EU 25 mit 1,5 Kinder, der angesichts einer sog. Bestandserhaltungsrate von 2,1 Kindern pro Frau bereits Anlass zur Sorge bietet. (vgl. eurostat, STAT/05/136 von Oktober 2005).

Aktuelle Untersuchungen und Berichte⁴ zeigen, dass die niedrige Geburtenrate in Deutschland auch eng mit einer negativen Sichtweise von Familie und Beruf zusammenhängt. In der Konsequenz planen insbesondere Frauen ihre Familienphase häufig erst nach Abschluss der Ausbildung und einigen Jahren Berufserfahrung.

Diese Verschiebung des Kinderwunsches führt dann dazu, dass er häufig nicht mehr realisiert wird. So hat sich insbesondere der Anteil von Müttern mit höherer Bildung seit Beginn der 90er Jahre von 66% auf 55% in 2004 verringert (vgl. Studie des Instituts für Demoskopie, Allensbach).

Gesellschafts-, Familien- und Arbeitsmarktpolitik im Land Bremen reagieren bereits seit einiger Zeit auf diese Situation und die daraus resultierenden demographischen Probleme. Mit einer Reihe von Maßnahmen wird der Senat die gesellschafts- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen für mehr Familiengründungen und eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf weiter verbessern und einen Beitrag zur Bewältigung der demographischen Herausforderung leisten.

In vielen Fällen werden gesellschafts- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen miteinander verzahnt und beeinflussen sich wechselseitig. Als wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der gesellschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Strukturen sind zur Zeit zu nennen:

- In der Freien Hansestadt Bremen hat sich unter dem Vorsitz der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales im Mai 2005 ein Bremer Bündnis für Familie konstituiert.
 - Aktuelle und zukünftige Aufgaben in diesem Zusammenhang sind vor allem:
 - Die Verbesserung der Möglichkeiten einer qualifizierten Kinderbetreuung für unter 3-jährige. Am 1. Januar 2005 ist das Tagesbetreuungsbaugesetz in Kraft getre-

⁴ Vgl. 7. Familienbericht "Zukunft: Familie", des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im September 2005 und Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach "Das subjektive Zeitfenster für Elternschaft", Repräsentativbefragung der Bevölkerung zwischen 16 und 44 Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005

ten. Danach sollen die Kommunen die Zahl der Krippenplätze stufenweise erhöhen und bis zum Jahr 2010 ein ausreichendes Betreuungsangebot für unter 3-jährige schaffen. Der Senat hat mit Beschluss vom 12.12.05 für die Jahre 2006/2007 einen Ausbau des Angebots beschlossen, die entsprechenden finanziellen Mittel in die Haushaltsvorlage eingestellt und die Erstellung eines abgestimmten Umsetzungs-konzeptes beauftragt.

- Schulische Ganztagesangebote für schulpflichtige Kinder. Diese wurden in der Vergangenheit sukzessive ausgebaut.
- In Bremer Betrieben insbesondere des Gesundheits- und Pflegesektors werden im Rahmen von Modellprojekten neue flexible Arbeitszeiten eingeführt und erprobt, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie insbesondere auch in Führungspositionen verbessern können.
- Im Beschäftigungspolitischen Aktionsprogramm für Bremen und Bremerhaven (BAP) wird das Prinzip des Gender Mainstreaming verstärkt zugrunde gelegt. Dieser Ansatz ist eine der Voraussetzungen dafür, dass Frauen und Männer gleichermaßen in den Arbeitsmarkt integriert werden können und sich nicht nur die Quote der beschäftigten Frauen erhöht, sondern diese auch breitere Berufsperspektiven erhalten.

Zu Frage 14:

Welche Möglichkeiten sieht der Senat, um – auch bei rückläufigem Einkommen incl. Renten - den Wohnbedürfnissen differenzierter Bevölkerungs- und Einkommensgruppen Rechnung zu tragen?

Der Gegenüberstellung des Angebotes und der Nachfrage im Rahmen der GEWOS-Prognose "Entwicklung der Wohnungsmärkte 2020 in Bremen und Niedersachsen" weist für die Stadt Bremen einen weitgehend ausgeglichenen Wohnungsmarkt auch für das Jahr 2020 aus. Allerdings wird auch darauf verwiesen, dass einige Stadtteile von deutlichen Angebotsüberhängen betroffen sind. Die zukünftige Nachfrage richtet sich vorrangig auf Ein- und Zweifamilienhäuser sowie große Wohneinheiten und Eigentumswohnungen, wodurch bis 2020 Angebotsüberhänge im Mietwohnungsmarkt resultierten.

Für die Stadt Bremerhaven prognostiziert GEWOS angesichts des erwarteten Bevölkerungsrückgangs und rückläufiger Haushaltszahlen eine Ausweitung des bereits heute vorhandenen Angebotsüberhanges bis 2020. Lediglich im Ein- und Zweifamilienhaussektor besteht zukünftig eine geringe zusätzliche Nachfrage.

Nach den Angaben des Statistischen Landesamtes ergab die Mikrozensus-Zusatzerhebung im Jahr 2002 für das Land Bremen einen Bestand an bewohnten Wohnungen von rd. 328.000 Wohnungen. Die Eigentumsquote ist hier mit 35% verglichen mit anderen Großstädten hoch.

Unter Berücksichtigung der Eigentumsquote von 35% liegt der Anteil der Mietwohnungen am Wohnungsbestand somit bei rd. 213.000 Wohnungen. In diesem Marktsegment bietet Bremen ein differenziertes Angebot hinsichtlich der Wohnlage, der Wohnungsgröße, Ausstattungsmerkmalen etc. Eine Auswertung von RDM-Mietpreisspiegeln durch das Bauressorts hat ergeben, dass Bremen in allen untersuchten Wohnungsmarktsegmenten im Großstadtvergleich günstige Preise sowohl für Eigentumsobjekte als auch für Mietwohnungen aufzuweisen hat.

Im Bereich des preisgünstigen Mietwohnungsangebotes sind allerdings zukünftig Nachfrageüberhänge nicht auszuschließen. Diese Gefahr besteht, weil die Nachfrage nach diesem Marktsegment nicht abnehmen dürfte und der Mietgeschosswohnungsneubau in den letzten Jahren praktisch zum Erliegen gekommen ist. Insofern dürfte sich die Zahl der Mietwohnungen insgesamt tendenziell eher verringern.

Die Sozialleistungen für Menschen, deren Einkommen nicht dazu ausreicht, ihre Kosten der Unterkunft aus eigener Kraft zu erbringen, sind so ausgestaltet und werden der Lage am Wohnungsmarkt so angepasst, dass damit der Zugang zu preiswertem Wohnraum in ausreichendem Maße gewährleistet wird. Neben dieser Nachfrage nach preiswertem Wohnraum gibt es verschiedene andere Bereiche des Wohnungsmarkts, in dem eine wachsende Nachfrage insbesondere auch nach „neuen Qualitäten“ zu erwarten ist. Der Senat hat sich zu dieser Problematik am 20.09.05 mit

dem vom Senator für Bau, Umwelt und Verkehr vorgelegten Konzept für das Programm „Zukunft Wohnen“ befasst und sieht darin einen wichtigen Beitrag der Wohnungs- und Stadtentwicklungspolitik, die im demographischen Wandel liegenden Chancen für eine zukunftsfähige Entwicklung der Stadt zu nutzen.

Bezogen auf die Nachfrage nach Ein- und Zweifamilienhäusern insbesondere durch Familien und auch durch besserverdienende Haushalte hat der Senat mit der Bereitstellung eines quantitativ und qualitativ ausreichenden Angebotes an Wohnbauflächen die Voraussetzungen für ein attraktives Angebot in den einzelnen Stadtteilen geschaffen.

Die „Renaissance der Städte“ ist absehbar. Die Entwicklungen der letzten Zeit sowie jüngste Forschungsergebnisse zeigen, dass es zunehmend nicht nur ältere Haushalte sind, die vom Land zurück in die urbanen Zentren streben. Mit dem Programm „Wohnen an Wall und Weser“ des Senators für Bau, Umwelt und Verkehr soll über zielgruppenspezifische Angebote im Neubau und im Bestand eine Stärkung des (erweiterten)Innenstadtbereichs erreicht werden, um damit auch der Nachfrage nach urbanen Wohnformen und innovative Lebensformen entsprechen zu können. Angesichts des vergleichsweise moderaten Preisniveaus bieten die beiden Städte gute Voraussetzungen, von diesem Trend zu profitieren.

Eine zunehmend bedeutsame Rolle auf dem Wohnungsmarkt werden die älteren Bevölkerungsgruppen einnehmen. Vor diesem Hintergrund hat der Senator für Bau, Umwelt und Verkehr eine Initiative „Wohnen im Alter“ erarbeitet. Zielsetzung ist die Verbesserung der Wohnungsangebote im Neubau und im Bestand für ältere Menschen sowie die Anpassung der vorhandenen städtischen Strukturen an den Altersprozess der Gesellschaft.

Zu Frage 15:

Wie bewertet der Senat das „Bielefelder Modell“ – eine Kooperation von Wohnungsunternehmen und Dienstleistern zur Vernetzung von Wohnungsangeboten und wohnungsungebundenen Versorgungs- und Pflegeleistungen im Wohnquartier - und welche Voraussetzungen sind nach Auffassung des Senats notwendig, damit sich solche Projekte auch in Bremen verstärkt entwickeln?

Die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft (BGW) hat gemeinsam mit der Stadt Bielefeld und freien Trägern ein Konzept für Senioren entwickelt, das den Menschen auch im Alter ein selbstbestimmtes Wohnen in der eigenen Wohnung ermöglicht. Zielsetzung des Konzeptes ist die Bereitstellung von Versorgungssicherheit ohne eine obligatorische Betreuungspauschale für alle Mieter. Erst bei Inanspruchnahme einer Dienstleistung entstehen für die Mieter Kosten.

Die bisher realisierten bzw. in Planung befindlichen Projekte sind zumeist neu errichtete Seniorenwohnanlagen. Die BGW wird das Konzept im Rahmen von umfassenden Modernisierungsmaßnahmen von Wohnanlagen flächendeckend auch auf den Wohnungsbestand übertragen. Die Grundzüge des Konzeptes sind sowohl im Neubau als auch im Bestand vergleichbar:

- **Hilfe- und Pflege in der Wohnanlage**
Mieter mit hohem Pflegebedarf leben in einer Wohngruppe oder in eigenen Wohnungen einer Wohnanlage. Die Betreuung erfolgt durch Fachkräfte des jeweiligen Kooperationspartners.
- **Barrierefreie Wohnungen**
Die Neubauprojekte verfügen alle über barrierefreie Wohnungen. Bei der Modernisierung von Wohnanlagen soll jeweils ein Gebäude komplett umgebaut werden, so dass hier in allen Geschossen barrierefreie Wohnungen entstehen.
- **Bereitstellung von Funktionsräumen**
z.B. Gästezimmer, Wohncafé mit der Möglichkeit gemeinsam zu kochen oder einen Mittagstisch zu organisieren etc.
- **Hausnotrufdienst**
- **Regelmäßig Beratungsangebote im Haus**
- **Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten**

Insgesamt betrachtet zielt das Konzept darauf ab, über eine Versorgungssicherheit den älteren Menschen so lange wie möglich ein selbständiges und eigenbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten.

Die Initiierung und Umsetzung von vergleichbaren Wohn- und Betreuungskonzepten ist ein bedeutsames Handlungsfeld. Das vom Senator für Bau, Umwelt und Verkehr vorgelegte Konzept für das Programm "Zukunft Wohnen" benennt explizit den steigenden Bedarf an (bezahlbaren) Dienstleistungen und Hilfen für ältere Menschen, die möglichst wohnungsnah und niederschwellig erbracht werden sollten.

In der Stadt Bremen sind bereits einige konkrete Projekte auf den Weg gebracht worden, die dieser Zielsetzung weitgehend entsprechen. Zu nennen sind hier beispielhaft Projekte in Blockdiek (Haus an der Mülheimer Straße); Kattenturm (Theodor-Billroth-Str.); Vegesack (Tagesbetreuung Fichtenhof); Blumenthal (Haus an der Bürgermeister-Kürten-Str.).

Die Fachkommission "Wohnen im Alter – die sich aus Vertretern des Sozial- und des Bauressorts, der Wohnungswirtschaft, des Verbandes der Wohnungswirtschaft Niedersachsen-Bremen sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände zusammensetzt – wird die Projekte begleiten, fachlich bewerten und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf andere Wohnquartiere überprüfen.

Für körperbehinderte erwachsene Menschen, die ihren Lebensalltag weitgehend selbständig gestalten können, aber auf Pflege und eine 24-stündige-Versorgungssicherheit angewiesen sind, gibt es in der Stadt Bremen das AKZENT-Wohnen. Diese Wohnform kommt dem "Bielefelder Modell" sehr nahe und ist mit positiven Erfahrungen belegt.

Zu Frage 16:

Welche Auswirkungen hätte eine Vernetzung von Wohnungsangebot und ambulanter Dienstleistung auf den quantitativen und investiven Bedarf an Kurzzeitpflege- und Pflegeplätze und welche staatlichen Rahmenbedingungen wären erforderlich, damit Menschen mit Mobilitätsbehinderungen selbständig in der eigenen Wohnung leben können?

Die Vernetzung von Wohnungswirtschaft und ambulanten Anbietern bedeutet in erster Linie eine weitere qualitative Verbesserung des ambulanten Versorgungssystems Bremens. Der weitere Ausbau gemeinwesenstnaher Versorgung unterstützt im hohen Maße das Ziel einer längstmöglichen Versorgung im häuslichen Bereich. Dazu gehört selbstverständlich auch eine ausreichende Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt, die möglichst in einer rehabilitativen Kurzzeitpflege erfolgen sollte. Hier werden die entscheidenden Weichen für eine weitere häusliche Versorgung oder für die Aufnahme in einer stationären Einrichtung gestellt. Von daher ist es Anliegen des Senats, die Investitionsförderung für Kurzzeitpflege und Tagespflege, der ebenfalls in diesem Rahmen eine hohe Bedeutung zukommt, zu erhalten.

Damit Menschen mit Mobilitätsbehinderungen, hier insbesondere auf den Rollstuhl angewiesene Menschen, selbständig in der eigenen Wohnung leben können, ist grundsätzlich eine größere Anzahl rollstuhlzugänglicher Wohnungen erforderlich. Aus diesem Grund wurden entsprechende Regelungen zur Barrierefreiheit in die Novellierung der Landesbauordnung aufgenommen.

Zu Frage 17:

Wann wird der Senat ein Gesamtkonzept für die Gestaltung des demographischen Wandels in Bremen und Bremerhaven vorlegen?

Mit den Strategien zur Verbesserung der Arbeitsplatz- und Einwohnerentwicklung im Land Bremen (bzw. dem Bericht der Steuerungsgruppe Arbeitsplätze / Einwohner) hat der Senat 2002 einen ersten wichtigen Baustein für ein integriertes Handlungskonzept zur Bewältigung bzw. Steuerung des demographischen Wandels vorgelegt.

Weiterentwicklungen wurden von den Ressorts geleistet, wie besonders die Antworten auf die Fragen 4 bis 16 zeigen. Allerdings steht bislang die erforderliche Integration der verschiedenen Bausteine zu einem offenen, sich thematisch kontinuierlich weiterentwickelnden Handlungskonzept sowie die Ergänzungen insbesondere von Aspekten des mit dem demographischen Wandel verbundenen gesellschaftlichen Wandels noch aus.

Daher geht es nicht um ein (starres, zeitpunktbezogenes) Gesamtkonzept, sondern um eine Verknüpfung von Einzelkonzeptionen und Instrumenten im Hinblick auf die Gestaltung des demographischen Wandels. Der Senat wird seine Bemühungen um die Entwicklung eines solchen integrierten, offenen Handlungskonzeptes fortsetzen.

Zu Frage 18:

Welche konkreten Maßnahmen werden darin vorgeschlagen, um den prognostizierten Konsequenzen aus dem demographischen Wandel positiv entgegenzuwirken?

In den Antworten zu den Fragen 4 bis 16 und dem Bericht der Steuerungsgruppe Einwohner und Arbeitsplätze werden konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, um den demographischen Wandel positiv zu beeinflussen.

Bei der Entwicklung von Handlungsstrategien im Rahmen eines integrierten Konzeptes ist zu betonen, dass der demographische Wandel auch und gerade für die urbanen Ballungsräume eine Vielzahl von Chancen zur Überwindung infrastruktureller Probleme bietet.

Generell gilt, dass bei sinkendem Bedarf in Teilbereichen öffentlicher Leistungen Angebotsanpassungen vorgenommen werden können, die steigenden oder veränderten Bedarf an anderen Stellen ggf. kompensieren. Hier gilt es möglichst frühzeitig zu handeln, um ansonsten möglichen Verzug entgegen zu wirken. Sinkende Bedarfszahlen können ebenso genutzt werden, um umfassende Veränderungen der Angebotsstruktur – auch gerade durch Standortintegration – entsprechend den aktuellen Erfordernissen vorzunehmen (z.B. im Kindergarten-, Bildungs- und Krankenversorgungsbereich).

Erforderlich für die Gestaltung des demographischen Wandels ist ein möglichst frühes Reagieren, indem Handlungsnotwendigkeiten erfasst und daraus Handlungsstrategien und Maßnahmenkonzepte abgeleitet werden. Bei bundesweiter Betrachtung ist zu erkennen, dass die Länder und Kommunen aufgrund ihrer verschiedenen Bedarfs- und Problemsituation sehr unterschiedlich mit dem Thema des demographischen Wandels umgehen. So beschäftigt sich das Land Brandenburg bspw. sehr intensiv mit der Frage, wie bei weiter sinkender Bevölkerungszahl weiterhin ein Angebot an öffentlichen Dienstleistungen in der Fläche gesichert werden kann. Städte wie z.B. Bielefeld beschäftigen sich dagegen vornehmlich mit den gesellschaftlichen Konsequenzen. Gemeinsam ist allen Konzepten aber sowohl ihr offener und integrierter Ansatz, als auch das deutliche Bemühen der Vermittlung und Kommunikation in alle gesellschaftliche Gruppen.

Bremen muss entsprechend den hier vorherrschenden Bedarfen und Problemlagen eigene Handlungsansätze entwickeln. Ein dynamisches Konzept „Gestaltung des demographischer Wandels“ bildet das Dach für eine Vielzahl von miteinander vernetzten Maßnahmen. Dabei ist auf bereits bestehende Projekte wie z.B. die Langfristige Globalplanung (LGP) oder die Ergebnisse der damaligen Arbeitsgruppe Einwohner- und Arbeitsplätze ebenso aufzubauen, wie auf konkrete – in der Beantwortung der vorangegangenen Fragen bereits genannte Themenstellungen.

Alle Maßnahmen und Projekte ordnen sich zwei übergreifenden Zielsetzungen unter:

1. Im eher quantitativen Sinne der (zumindestens) Stabilisierung der Einwohnerzahlen: Sie unterstützen das Ziel, Einwohner und Arbeitsplätze im Land Bremen zu halten und neue dazu zu gewinnen. Das heißt, dass Bremen nicht auf Schrumpfung, sondern auf Wachstum setzt. Diese Strategie ist als wesentlicher Bestandteil der bremischen Sanierungspolitik allein auch wegen ihrer Folgen für die Finanzausstattung des Bundeslandes alternativlos.
2. Im eher strukturellen Sinne: Es sind Maßnahmen/Projekte, die den durch den demographischen Wandel bedingten gesellschaftlichen Wandel, die Veränderungen in der Bevölke-

rungsstruktur aufgreifen und versuchen, sie positiv zu gestalten, indem Chancen der Erneuerung und Modernisierung, zur Qualitätsverbesserung sowie hinsichtlich der Mobilisierung endogener Potentiale genutzt und Impulse gesetzt werden.

In Anknüpfung an die vorhandenen und weiterzuentwickelnden Arbeitsstrukturen sollen die skizzierten Ziele durch Ausgestaltung folgender Haupthandlungsfelder verfolgt werden:

- Einbeziehung von Faktoren und Erfordernissen des demographischen Wandels in die Erarbeitung besonders bei übergreifenden strategischen Planungen,
- Weiterentwicklung der Strategien zur Verbesserung der Arbeitsplatz- und Einwohnerentwicklung,
- Die Entwicklung von Strategien zur Verbesserung der Standort- und Lebensqualität in Bremen und Bremerhaven,
- Entwicklung von Instrumenten zum Monitoring und Controlling der unterschiedlichen Ausprägungen des demographischen Wandels sowie Entwicklung weiterer demographieabhängiger Planungstools (u. a. Prognose der Entwicklung der Zahl der Haushalte, ihrer Größe und Struktur),
- Entwicklung von Maßnahmen und Konzepten zur Einbeziehung der Konsequenzen des demographischen Wandels in die Prozesse der Modernisierung der öffentlichen Verwaltung (z. B. E-Government, Personalentwicklung, „One-Stop-Agency“, Multi-Channel-Zugang, Barrierefreiheit und eine weitere flexiblere Organisation von Verwaltungsdienstleistungsangeboten),

Unbeschadet der unterschiedlichen fachlichen Verantwortlichkeiten ist hierbei zugleich die Integration zu einem übergreifenden Managementkonzept im Rahmen einer integrierten Zukunftsplanung anzustreben.