

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 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 kleinteiligen 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 SDE 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 gesamtstädtisch: 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.

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.

Ältere Menschen mit lebenslangen Behinderungen

Zunehmend wird es Aufgabe des Sozialdienstes Erwachsene, im Rahmen des Case-Managements 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.

Auf die Bedarfe von älteren **Menschen mit lebenslangen Behinderungen** ist der Senat im Jahr 2006 mit der Schaffung eines speziellen Moduls eingegangen. Die Anzahl älterer geistig und geistig-mehrfach behinderter Menschen ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen und diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Die demographische Lücke in den oberen Altersgruppen, vor allem zurückzuführen auf die Euthanasiepolitik im Nationalsozialismus, schließt sich in dem Maße, wie nach dem Krieg geborene behinderte Menschen in das Rentenalter kommen. Daneben profitieren geistig und geistig-mehrfach behinderte Menschen vom medizinischen Fortschritt und erreichen eine wesentlich verbesserte Lebenserwartung. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales schätzt, dass die Gruppe der über 65jährigen mehrfach Behinderten in den Jahren 2005 bis 2010 um etwa 40 bis 50 % steigen wird.

Kernstück des Gesamtkonzepts ist das Modul "Tagesbetreuung für alte behinderte Menschen", mit dem die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Ablösung vorheriger Betreuung in Werkstätten für behinderte Menschen oder Tagesförderstättenbetreuung sichergestellt wurde. Eine Geldleistung richtet sich in ihrer Höhe nach der Gruppe mit vergleichbarem Hilfebedarf, in die der alte behinderte Mensch i.d.R. im Rahmen der Wohnversorgung eingestuft ist. Eine Mischung der Angebote aus Wohneinrichtungen, teilstationären Einrichtungen und offenen Angeboten wird durch die zuständigen städtischen Dienste gemeinsam mit den behinderten Menschen und den beteiligten Trägern individuell festgelegt.

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 Problemerkennung 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. weitgehend 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 Hilfestal-

Verstärkte Einbeziehung des Sozialdienstes Erwachsene

tung 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.

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 So-

Ausschöpfung der ambulanten Hilfemöglichkeiten

Wohnen im Alter

Sozialdienst als Unterstützer des altengerechten Stadtteils

Weiterentwicklung altersspezifischer Infrastruktur

zialzentren. 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.

Aufbau einer Zentralen Steuerungsstelle Pflege

Erwachsene ab 25 Jahren mit sozialen Schwierigkeiten - Stand 4.02.03 -

Ergebnisse/Wirkungen

Was wollen wir erreichen?

Schaffung normaler Lebensverhältnisse, Verhinderung von Ausgliederung, Stabilisierung von Lebensverhältnisse

- Stabilisierung von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen, Ausstiegsvermeidung
- Hinführen zu Arbeit und Beschäftigung,
- Unabhängigkeit von Sozialhilfeleistungen, Einstiegsvermeidung
- Konfliktfähigkeit im Lebensumfeld und in Partnerschaften
- Beseitigung von finanziellen Notlagen

Programme/Produkte

Was müssen wir dafür tun?

- Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst Erwachsene
- Wohnungshilfen
- Betreute ambulante Wohnformen
- Stationäre Maßnahmen
- Beratung und Maßnahmen durch andere Dienste (z.B. SpSD, Schuldnerberatung, Suchtberatung, Straffälligenhilfe)
- Betreuungsgerechte Unterstützung

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, erhält 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 Inanspruchnahme von Leistungen 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 4 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 war eine Festlegung der jährlichen Zuwendungshöhe; die Zuwendungen für diesen Zeitraum waren aufgrund der Haushaltsvorgaben mit einer jährlichen Kürzung von 3 % verbunden. Für den Zeitraum 2006 – 2009 wurden 4-Jahresverträge abgeschlossen; die Zuwendungssumme wurde für die Jahre 2008 und 2009 um 1% gekürzt.

Zuwendungen DLZ 2001 – 2009

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

| 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1.609.540 € | 1.609.540 € | 1.593.445 € | 1.557.511 € |

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

In der Anlage 1 zum Zuwendungsvertrag werden diese Aufgaben konkretisiert:

Information über

- Lebensfragen im Alter,
- Hilfsmöglichkeiten zur eigenständigen Lebensführung im Alter in der eigenen Wohnung und im Wohnumfeld.
- Angebote bei weitergehendem und steigendem Hilfebedarf,
- teilstationäre und stationäre Angebote,
- niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenzerkrankungen u.a.m.

Beratung (sowohl im DLZ als auch in der eigenen Häuslichkeit)

- der o. g. Zielgruppe und deren Angehörigen oder Begleitpersonen in Angelegenheiten der jeweiligen Hilfebedarfe,
- bezüglich Fragen über o.g. Themen, die über eine Information hinaus eine Beratung in Einzelfall erfordern,
- über Hilfsmöglichkeiten und deren Finanzierung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Altenhilfe,
- Unterstützung bei der Antragstellung bei Leistungsträgern (SGB XI, SGB XII).

Vermittlung

- ambulanter und teilstationärer und stationärer Hilfsangebote des DLZ (wie z.B. Organisierte Nachbarschaftshilfe, MSHD, stationärer Mittagstisch) und anderer Träger und Einrichtungen, wie z. B. pflegerischer Dienste.

Ansprache und Gewinnung von Ehrenamtlichen**Organisation, Einsatzplanung, Anleitung und Begleitung**

- von hauswirtschaftlichen und einfachen pflegerischen Hilfen im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe
- Koordination der Hilfsangebote in besonderen Lebenslagen und Lebenssituationen,
- Anleitung, begleitende Beratung und Fortbildung von Helferinnen, Helfern und Zivildienstleistenden,
- Initiierung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, z.B. von pflegenden Angehörigen etc..

Kooperation/Vernetzung mit Einrichtungen und Initiativen im Stadtteil

- Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgremien und Initiativen im Stadtteil.
- Zusammenarbeit mit dem Amt für Soziale Dienste, bzw. dem für das jeweilige DLZ zuständigen Sozialzentrum. Eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der DLZ und dem Amt für Soziale Dienste ist zu entwickeln und abzuschließen.
- Gemeinsame trägerübergreifende Öffentlichkeitsarbeit über Hilfsangebote für ältere Menschen im Stadtteil.
- Beteiligung an, bzw. gemeinsame Leitung von Sozialen Arbeitskreisen in Kooperation mit den zuständigen Sozialzentren des Amtes für Soziale Dienste.

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 anderen 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 zunächst 12 und später 6 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 Angebotspektrum 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 Nachfragesituation

Im Jahr 2005 wurden in den DLZ 6.468 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

| | 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 |
| 2005 | 2866 | 2613 | 677 | 312 | 6468 |

(Statistik der DLZ 1.1.)

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 2005 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 2005 – Alter

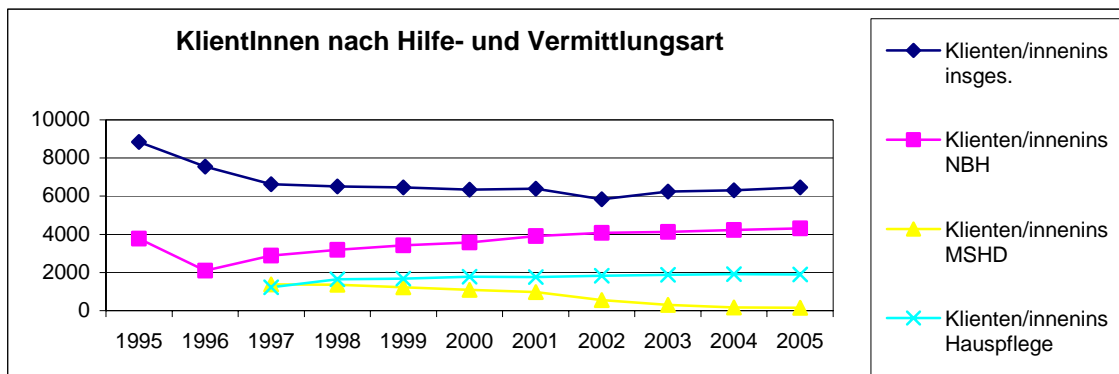
| | | |
|--------------|--------------|---------------|
| Bis 70 Jahre | Bis 80 Jahre | Über 80 Jahre |
| 23% | 30 % | 47 % |

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 |
| 2005 | 6468 | 4305 | 158 | 1903 |



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 2005 lediglich noch 2,4% Klienten und Klientinnen. Nur noch 4 von 17 DLZ haben 2004 einen MSHD-Einsatz organisiert.

Klienten/innen mit MSHD-Betreuung

| | 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 |
| 2005 | 0 | 0 | 106 | 52 | 158 |

(Statistik der DLZ 1.6)

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

| | 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 |
| 2005 | | | 3.257 | 1.401 | 4.658 |

(Statistik der DLZ 2.4.)

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 Tagpflege 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; 2005: 144), 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; 2005: 38.023). 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 vereinsamten 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 2005 bei ca. 44%. Die bereits beschriebene Altersstruktur der Klientinnen und Klienten der DLZ ist mit einem sich veränderten Hilfebedarf verbunden.

Vermittlungen in Hauspflege - Klienten/innen mit Pflegestufe

| | 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 |
| 2005 | 833 | 768 | 131 | 171 | 1903 |

(Statistik der DLZ1.6.)

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

Inzwischen ist die Vermittlung, Begleitung von Organisierter Nachbarschaftshilfe (NBH) der Aufgabenschwerpunkt der DLZ geworden.

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.

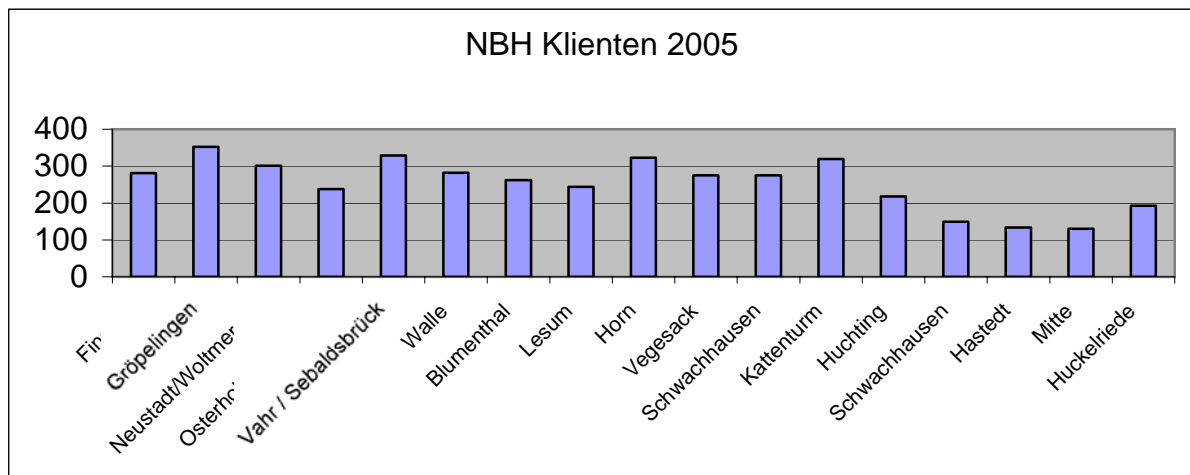
Die Leistungen der DLZ im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe sind in einem Service-Vertrag festgelegt, der von den DLZ mit den Klienten und Klientinnen abgeschlossen wird. Die folgende Statistik über die Klienten und Klientinnen, die diese Vermittlungs- und Betreuungsleistungen in Anspruch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

Klienten und Klientinnen im Rahmen der Organisierten Nachbarschaftshilfe

| | 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 |
| 2005 | 1.783 | 1.916 | 413 | 193 | 4.305 |

(Statistik der DLZ 1.6.)

Im Jahr 2005 bestanden zwischen 4.305 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 352 Klienten/innen im Jahr 2005, die wenigsten das DLZ in Bremen-Mitte mit 130 Klienten/innen.



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

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2001 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| AWO | 10.551 | 11.575 | 12.421 | 13.772 | 13.174 | 14.171 | 13.972 | 14.147 | 14.068 |
| Parität. | 9.285 | 9.538 | 9.971 | 12.260 | 10.226 | 12.580 | 13.869 | 14.113 | 14.550 |
| DRK | 2.781 | 3.222 | 3.562 | 3.855 | 3.766 | 3.757 | 3.612 | 3.456 | 3.436 |
| Caritas | 1.249 | 1.209 | 1.502 | 1.234 | 1.496 | 1.433 | 1.331 | 1.524 | 1.581 |
| | | | | | | | | | |
| Insgesamt | 23.866 | 25.544 | 27.456 | 31.121 | 28.662 | 31.941 | 32.784 | 33.240 | 33.635 |

(Statistik der DLZ 4.5)

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 mal wöchentlich in den zu betreuenden Haushalten eingesetzt.

Organisierte Nachbarschaftshilfe – Einsatzhäufigkeit

| | 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 % |
| 2005 | 7,2% | 43,6% | 40,0% | 9,2% | 3,7% |

(Statistik der DLZ 4.1)

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

| | 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 |
| 2005 | 294.466 | 315.507 | 67.432 | 39.684 | 717.089 |

(Statistik der DLZ 4.1)

Die Anzahl der insgesamt geleisteten Stunden der Organisierten Nachbarschaftshilfe ist zunächst in den letzten 4 Jahren zurückgegangen; ab 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. 19 % häufiger vertreten als in der Bevölkerung in vergleichbarem Alter (aber wesentlich seltener als in stationären Einrichtungen).

Nachbarschaftshilfe – Klienten/innen – Sozialhilfeempfänger/innen

| | 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% |
| 2005 | 418 | 261 | 78 | 39 | 796 | 18,5% |

(Statistik der DLZ 4.2.)

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 2005 wurden von der Organisierten Nachbarschaftshilfe 31 % der Jahresstunden (223.327) 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 2005 im Vergleich zum Jahr 2003 um 18% (421 Helfer/innen) auf 2.751 Helfer/innen gestiegen. Diese Entwicklung ist nicht in allen DLZ einheitlich. Das Spektrum der Anzahl der eingesetzten Helfer/innen liegt im Jahr 2005 zwischen 249 (DLZ Neustadt/Woltmershausen) und 75 (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

| | 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 |
| 2004 | 1.226 | 985 | 254 | 119 | 2.584 |
| 2005 | 1.157 | 1.149 | 312 | 133 | 2.751 |

(Statistik der DLZ 5.3.)

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 Aufwandschädigung, 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, ABM und In-Job) 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 hauptberufliche Helfer/innen im Rahmen des Projektes hauptberufliche Nachbarschaftshilfe zur Verfügung. Aufgrund arbeitsmarktpolitischer Vorgaben beschränkt sich der Zeitraum für eine kontinuierliche Betreuung durch eine Person auf max. 12 Monate. In weiteren 6 DLZ wurde 2005 begonnen, 20 Plätze für die Beschäftigung von Seniorenassistenten im Rahmen eines Qualifizierungsprojektes des Förderwerks bereitzustellen.

Case Management

Die verstärkte Nachfrage nach kontinuierlicher 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 „Altenhilfestrukturen 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 Problem-

lagen 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 Demenzen 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 Koordinationsstelle, 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 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.

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 Neubestimmung dieser Arbeitskreise erfolgt seit 2006 in der Region Bremen – Nord; im Rahmen einer von den Mitgliedern dieses AK verabschiedeten Geschäftsordnung wurde eine Erprobungsphase von 2 Jahren vereinbart.

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 einheitliche 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 2005

| DLZ | Träger | Leitg. | Beratg. | Verwaltg. | Ges. je DLZ | ZDL |
|-------------------------|------------|--------|---------|-----------|-------------|--------|
| Findorff | AWO | 13,50 | 48,25 | 0,00 | 61,75 | |
| Gröpelingen | AWO | 33,00 | 104,50 | 0,00 | 137,50 | |
| Neustadt / Woltmersh. | AWO | 38,50 | 68,75 | 0,00 | 107,25 | |
| Osterholz / Arbergen | AWO | 38,50 | 42,00 | 0,00 | 80,50 | |
| Vahr / Sebaldsbrück | AWO | 38,50 | 69,00 | 17,00 | 124,50 | |
| Walle | AWO | 25,00 | 39,25 | 0,00 | 64,25 | |
| AWO Gesamt: | | 187,00 | 371,75 | 17,00 | 575,75 | |
| Blumenthal | Parität. G | 19,25 | 45,29 | 10,00 | 74,54 | |
| Lesum | Parität. G | 19,25 | 55,29 | 15,00 | 89,54 | |
| Horn | Parität. G | 38,50 | 65,00 | 10,00 | 113,50 | |
| Veegesack | Parität. G | 38,50 | 94,00 | 12,00 | 144,50 | |
| Schwachhausen | Parität. G | 38,50 | 55,00 | 10,00 | 103,50 | |
| Kattenturm | Parität. G | 38,50 | 62,30 | 10,00 | 110,80 | |
| Huchting | Parität. G | 30,00 | 45,00 | 10,00 | 85,00 | |
| Parität. Gesamt: | | 222,50 | 421,88 | 77,00 | 721,38 | |
| Schwachhausen | DRK | 38,50 | 28,52 | 0,00 | 67,02 | 77,00 |
| Hastedt | DRK | 38,50 | 31,00 | 0,00 | 69,50 | 77,00 |
| Mitte | DRK | 28,52 | 24,30 | 0,00 | 52,82 | 38,50 |
| DRK Gesamt: | | 105,52 | 83,82 | | 189,34 | 192,50 |
| Huckelriede | DCV | 25,50 | 39,25 | 0,00 | 64,75 | 115,00 |
| DCV Gesamt: | | 25,50 | 39,25 | 0,00 | 64,75 | 115,00 |
| GESAMT: | | 540,52 | 916,70 | 94,00 | 1.551,22 | 307,50 |

(Statistik der DLZ 7.)

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 Grundausstattung (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 9 von 17

DLZ gab es im Jahr 2005 eine Leitung mit 38,5 Wochenstunden; 2 DLZ-Leitungen haben 2005 jeweils 2 DLZ geleitet; der Stundenanteil der Sozialberatung variiert; eine Verwaltungskraft war im Jahr 2005 nur noch in 8 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 2005 waren nur noch in 4 Dienstleistungszentren Zivildienstleistende eingesetzt.

→ Broschüre

Die Dienstleistungszentren finden Sie auf S.10 in der Broschüre
"Älter werden in Bremen - ein Ratgeber nicht nur für ältere Menschen"
Hrsg.: Seniorenvertretung Bremen und Seniorenbüro Bremen
4. Auflage 2006, kostenlos

Im Internet

Die Dienstleistungszentren finden Sie im Seniorenkompass
unter Ambulante Hilfen / Dienstleistungszentren:
www.seniorenkompass.bremen.de

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 niedrighschwellige 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 entlasten-

Selbstversorgungspotenziale älterer Menschen erhalten und fördern

Altenhilfestrukturen für die Zukunft ausbauen

den "weichen" Einstieg in die ambulanten Hilfen; damit ist seitens der Klienten/innen auch eine Akzeptanz einer fremden Hilfe verbunden.

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 2006 - 2009 wurden bezüglich der Zuwendung 4-Jahresverträge mit den Trägern der DLZ vereinbart. Der Abschluss dieser Verträge ist 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 für 2008 und 2009 mit einer jährlichen Kürzung von 1 % verbunden. Die Reduktion der Zuwendungen in den vergangenen Jahren 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 Planungen und 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 2005 waren in diesem Feld 2.751 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

Die Öffentlichkeitsarbeit der DLZ in den verschiedenen Medien überprüfen und intensivieren

Die bestehende Versorgungsstruktur niedrigschwelliger Angebote erhalten und für die Zukunft absichern

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 Erprobung des Einsatzes hauptberuflicher Nachbarschaftshelfer/innen begonnen und dabei die zur Verfügung stehenden arbeitsmarktpolitischen Förderungsinstrumentarien (§ 19 BSHG, SAM, ABM, In-Job) genutzt. Der Einsatz hauptberuflicher 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 arbeitsmarkt-politischer 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.

Die Dienstleistungszentren sind wichtige regionale Anlauf- und Beratungsstellen. Sie bieten günstige Voraussetzungen für den Ausbau eines umfassenden und flächendeckendes Informations- und Beratungsangebotes für ältere Menschen. Insgesamt nehmen die Beratungsgespräche, seien sie informativer oder psychosozialer Art, sowie die Koordination 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

Projekte zum Einsatz von hauptamtlichen Nachbarschaftshelferinnen fortführen und ausbauen

Finanzierungs- und Organisationsfragen des Einsatzes betreuungsintensiver Nachbarschaftshilfe klären

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).

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

Niedrigschwellige Angebote nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz für Demenzkranke ausbauen

Diese Arbeitsschwerpunkte werden durch die neu geschaffene trägerübergreifende Beratungsstelle DIKS (Demenz- Informations- und Koordinationsstelle) 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 zusammengenommen. Familiäre Pflege ist eine verschwiegene Ressource geblieben. Eine systematisch angelegte Flankierung 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 dem Amt für Soziale Dienste in Kooperation mit 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“.

Neue Formen der Angebote für pflegende Angehörige erproben

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.

Im Laufe des Jahres 2005 haben 2.751 Nachbarschaftshelfer/innen 717.089 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 | Am Krummen Arm 13 28203 Bremen | 69 93 01 00 |
| 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 43 |
| Dienstleistungszentrum Huckelriede der Caritas-Pflege gGmbH | Kornstr. 383 28201 Bremen | 87 34 10 |
| Dienstleistungszentrum Kattenturm Parität. Gesellschaft für soziale Dienste | Alfred-Faust-Str. 17 d 28277 Bremen | 82 35 48 |
| Dienstleistungszentrum Huchting Parität. Gesellschaft für soziale Dienste | Tegeler Plate 23 A 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 |

Anlage 2

Dienstleistungszentren Einzugsbereiche

Mitte - West

DLZ Mitte / Östl. Vorstadt (DRK)

- Altstadt (111)
- Ostertor (113)
- Steintor (311)
- Fesenfeld (312)

DLZ Findorff (AWO)

- Regensburgerstr.(421)
- Findorff (422)
- Weidedamm (423)
- In den Hufen (424)

DLZ Walle (AWO)

- Utbremen (431)
- Steffensweg (432)
- Westend (433)
- Walle (434)
- Osterfeuerberg (435)
- Hohweg (436)
- Handelshafen (121)
- Blockland (411)

DLZ-Gröpelingen (AWO)

- Lindenhof (441)
- Gröpelingen (442)
- Ohlenhof (443)
- In den Wischen (444)
- Oslebshausen (445)
- Industriehafen (122)

SÜD

DLZ Neustadt / Woltmershausen (AWO)

- Alte Neustadt (211)
- Hohentor (212)
- Neustadt (213)
- Woltmershausen (251)
- Rablinghausen (252)
- Seehausen (261)

- Strom (271)
- Neustädterhafen (124)

DLZ-Huckelriede (Caritas)

- Südvorstadt (214)
- Gartenstadt (215)

- Buntentor (216)
- Neuenland (217)
- Huckelriede (218)

DLZ Kattenturm (Parität. G.)

- Habenhausen (231)
- Arsten (232)
- Kattenturm (233)
- Kattenesch (234)

DLZ Huchting (Parität.G.)

- Mittelshuchting (241)
- Sodenmatt (242)
- Kirchwuchting (243)
- Grolland (244)

Ost

DLZ Hastedt (DRK)

- Peterswerder(313)
- Hastedt (382) ?
- Hulsberg (314)

DLZ Schwachhausen-Nord (Parität. G.)

- Neu-Schwachh.(321)
- Riensberg (324)
- Radio Bremen (325)

DLZ Schwachhausen (DRK)

- Bürgerpark (322)
- Bürgerweide/Barkhof (323)
- Schwachhausen(326)
- Gete (327)
- Bahnhofsvorst.(112)

DLZ Vahr (AWO)

- Gartenstadt Vahr (331)
- Neue Vahr Nord (332)
- Neue Vahr Südwest (334)
- Neue Vahr Südost (335)
- Blockdieck (375)
- Sebaldsbrück (381)

DLZ Horn / Oberneuland (Parität. G.)

- Horn (341)
- Lehe (342)
- 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)

Nord

DLZ Lesum (Parität. G.)

- Burg-Grambke (511)
- Burgdamm (513)
- Lesum (514)
- St- Magnus (515)

DLZ Vegesack (Parität. G.)

- Vegesack (521)
- Grohn (522)
- Schönebeck (523)
- Aumund-Hammersbeck (524)
- Fähr-Lobbendorf (525)

DLZ Blumenthal (Parität. G.)

- Blumenthal (531)
- Rönnebeck (532)
- Lüssum-Bockh. (533)
- Farge(534)
- Rekum (535)

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/Hemeligen | 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 | 2.005 |
|-------------------------|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Findorff | AWO | 24.648 | 27.300 | 26.208 | 20.800 | 24.000 | 31.148 | 31.050 | 32.968 | 30.810 |
| Gröpelingen | AWO | 53.924 | 70.746 | 76.232 | 74.334 | 74.880 | 68.900 | 71.214 | 67.860 | 71.032 |
| Neustadt/Woltmersh. | AWO | 42.224 | 45.864 | 44.278 | 48.548 | 50.388 | 49.025 | 51.012 | 55.094 | 63.361 |
| Osterholz / Arberger | AWO | 16.120 | 21.580 | 32.656 | 32.006 | 32.942 | 32.708 | 30.784 | 32.461 | 36.075 |
| Vahr / Sebaldsbrück | AWO | 36.504 | 41.444 | 52.520 | 50.648 | 56.108 | 54.876 | 55.536 | 58.320 | 57.360 |
| Walle | AWO | 37.284 | 38.896 | 35.984 | 43.420 | 41.682 | 40.196 | 38.166 | 38.012 | 35.828 |
| 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 | 294.466 |
| Blumenthal | Parität. G | 61.516 | 58.812 | 84.016 | 84.063 | 82.622 | 79.398 | 66.353 | 59.182 | 51.077 |
| Lesum | Parität. G | 30.082 | 42.718 | 33.618 | 31.096 | 31.631 | 34.696 | 32.319 | 29.149 | 32.943 |
| Horn | Parität. G | 30.472 | 33.176 | 42.120 | 46.140 | 38.554 | 43.335 | 42.971 | 47.284 | 49.154 |
| Veogesack | Parität. G | 49.764 | 39.260 | 60.502 | 55.337 | 56.368 | 57.728 | 53.727 | 50.764 | 59.760 |
| Schwachhausen | Parität. G | 37.674 | 37.544 | 42.848 | 29.870 | 34.501 | 36.684 | 36.268 | 36.839 | 36.216 |
| Kattenturm | Parität. G | 49.686 | 64.324 | 64.506 | 66.638 | 54.192 | 47.138 | 30.137 | 32.432 | 54.454 |
| Huchting | Parität. G | 38.896 | 38.272 | 40.768 | 45.448 | 37.232 | 34.580 | 34.138 | 39.541 | 31.903 |
| 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 | 315.507 |
| Schwachhausen | DRK | 26.208 | 33.878 | 32.604 | 37.102 | 41.054 | 35.640 | 25.944 | 25.616 | 22.447 |
| Hastedt | DRK | 13.468 | 30.420 | 34.216 | 30.836 | 22.620 | 25.056 | 21.456 | 24.525 | 22.862 |
| Mitte | DRK | 20.904 | 23.660 | 26.260 | 24.960 | 25.974 | 17.904 | 18.888 | 18.913 | 22.123 |
| DRK Gesamt: | | 60.580 | 87.958 | 93.080 | 92.898 | 89.648 | 78.600 | 66.288 | 69.054 | 67.432 |
| Huckelriede | DCV | 26.156 | 35.204 | 33.306 | 38.276 | 31.928 | 36.244 | 36.920 | 37.411 | 39.684 |
| DCV Gesamt: | | 26.156 | 35.204 | 33.306 | 38.276 | 31.928 | 36.244 | 36.920 | 37.411 | 39.684 |
| GESAMT: | | 619.294 | 700.492 | 762.643 | 759.522 | 736.676 | 742.000 | 691.951 | 704.392 | 717.089 |

Nachbarschaftshelferinnen im Einsatz

(Statistik DLZ 5.3)

Anlage 5

| DLZ | Träger | | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------------------|------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Findorff | AWO | | 157 | 138 | 118 | 137 | 132 | 137 | 161 | 132 |
| Gröpelingen | AWO | | 233 | 286 | 303 | 282 | 274 | 271 | 269 | 237 |
| Neustadt/Woltmersh. | AWO | | 133 | 140 | 210 | 197 | 230 | 237 | 247 | 249 |
| Osterholz / Arberger | AWO | | 127 | 111 | 171 | 142 | 142 | 166 | 195 | 195 |
| Vahr / Sebaldsbrück | AWO | | 142 | 157 | 149 | 178 | 166 | 181 | 207 | 219 |
| Walle | AWO | | 159 | 150 | 146 | 141 | 140 | 125 | 147 | 125 |
| Arbergen/Hemeligen | AWO | | 60 | | | | | | | |
| AWO Gesamt: | | | 1.011 | 982 | 1.097 | 1.077 | 1.084 | 1.117 | 1.226 | 1.157 |
| Blumenthal | Parität. G | | 148 | 140 | 138 | 164 | 140 | 150 | 141 | 156 |
| Lesum | Parität. G | | 122 | 107 | 126 | 85 | 90 | 84 | 135 | 169 |
| Horn | Parität. G | | 102 | 96 | 71 | 90 | 96 | 114 | 110 | 156 |
| Ve gesack | Parität. G | | 107 | 106 | 102 | 126 | 148 | 133 | 168 | 169 |
| Schwachhausen | Parität. G | | 67 | 57 | 82 | 86 | 122 | 117 | 143 | 164 |
| Kattenturm | Parität. G | | 162 | 142 | 133 | 141 | 107 | 135 | 133 | 177 |
| Huchting | Parität. G | | 101 | 88 | 117 | 89 | 89 | 123 | 105 | 158 |
| Arsten | Parität. G | | | | | | 60 | 34 | 50 | |
| Parität. Gesamt: | | | 809 | 736 | 769 | 781 | 852 | 890 | 985 | 1.149 |
| Schwachhausen | DRK | | 103 | 97 | 101 | 111 | 131 | 86 | 96 | 114 |
| Hastedt | DRK | | 106 | 94 | 89 | 83 | 72 | 81 | 83 | 123 |
| Mitte | DRK | | 65 | 70 | 84 | 82 | 78 | 61 | 75 | 75 |
| DRK Gesamt: | | | 274 | 261 | 274 | 276 | 281 | 228 | 254 | 312 |
| Huckelriede | DCV | | 128 | 94 | 114 | 108 | 103 | 95 | 119 | 133 |
| DCV Gesamt: | | | 128 | 94 | 114 | 108 | 103 | 95 | 119 | 133 |
| GESAMT: | | | 2.222 | 2.073 | 2.254 | 2.242 | 2.320 | 2.330 | 2.584 | 2.751 |

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 | 42 | 49 | 91 |
| Bremerhaven | 6 | 19 | 25 |
| Gesamt Land Bremen | 48 | 68 | 116 |

Angaben der Pflegekassen, Januar 2007

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. 116 Pflegedienste entsprechende Verträge mit den Kranken- und Pflegekassen und können nach SGB V und SGB XI ihre Leistungen abrechnen.

Aufgabenbereiche

Vor der Einführung der Pflegeversicherung übernahmen die Hauskrankenpflegeverbände folgende Aufgaben:

- a) häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- b) Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
- c) häusliche Pflege bei Pflegebedürftigkeit (§ 36 SGB XI)
- d) häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)
- e) häusliche Pflege bei Schwangerschaft (§ 198 RVO)
- f) 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 Leistungen nach Einführung der Pflegeversicherung - aufgliedert 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, das 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 Krankenbett 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. | 6,85 |
| Absaugen | |
| Blasenspülung | |
| Inhalation | |
| Infusion i.v wechseln, anhängen | 7,16 |
| Dekubitusbehandlung | |
| 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 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 | | 449 | 183 | 632 |
| Teilzeit: | über 50 % | 866 | 300 | 1.166 |
| | 50 % und weniger | 381 | 74 | 455 |
| Geringfügig | | 586 | 112 | 698 |
| Sonstige | | 48 | 7 | 55 |
| Gesamt | | 2.330 | 676 | 3.006 |

Land Bremen, Pflegestatistik (15.12.2005)

Im Bremer Pflegediensten sind die meisten Mitarbeiter teilzeitbeschäftigt (ca. 78 %), während etwa 21 % 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 | 703 | 157 | 860 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 109 | 40 | 149 |
| Altenpfleger/-in | 357 | 72 | 429 |
| Altenpflegehelfer/-in | 95 | 9 | 104 |
| Kinderkrankenpfleger/-in | 57 | 7 | 64 |
| Sonstige Pflegeberufe | 245 | 40 | 285 |
| Sozialarbeiter/-in | 27 | 3 | 30 |
| Pflegewissenschaftliche Ausbildung | 13 | 0 | 13 |
| Hauswirtschaftliche Berufe | 42 | 17 | 59 |
| Sonstige Berufe | 446 | 244 | 690 |
| Kein Berufsabschluss / in Ausbildung | 136 | 87 | 323 |
| Gesamt | 2.230 | 676 | 3.006 |

Land Bremen, Pflegestatistik (15.12.2005)

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 hauswirtschaftlicher 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 31.12.2005. Neuere Daten liegen noch nicht vor.

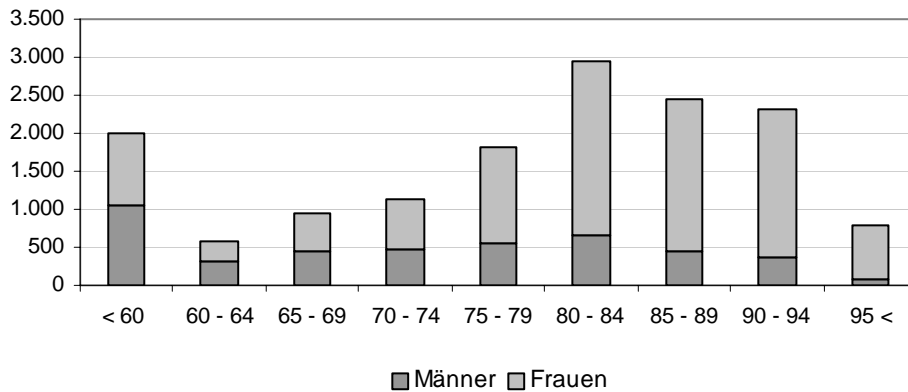
Pflegebedürftige Stadt Bremen nach Alter und Geschlecht

| Alter | Männer | Frauen | Gesamt |
|----------------|--------------|---------------|---------------|
| unter 60 Jahre | 1.189 | 1.041 | 2.230 |
| 60 - 64 | 306 | 271 | 577 |
| 65 - 69 | 528 | 520 | 1.048 |
| 70 - 74 | 551 | 789 | 1.340 |
| 75 - 79 | 686 | 1.418 | 2.104 |
| 80 - 84 | 719 | 2.432 | 3.151 |
| 85 - 89 | 503 | 2.081 | 2.584 |
| 90 - 94 | 347 | 1.957 | 2.304 |
| 95 und älter | 88 | 700 | 788 |
| Gesamt | 4.917 | 11.209 | 16.126 |

Statistisches Landesamt: Pflegestatistik (31.12.2005)

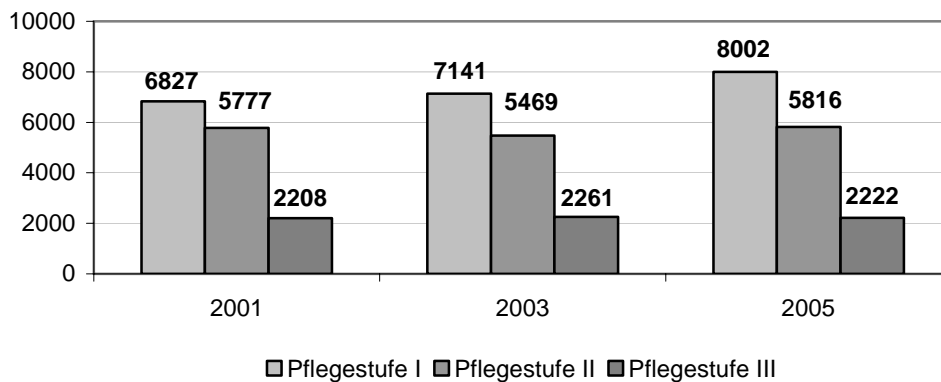
Betrachtet man die Gruppe der Pflegebedürftigen näher, fallen zwei Merkmale besonders auf: die Altersverteilung und der Anteil der Frauen. In der Gruppe der 75 - 79jährigen Frauen verdoppelt sich die Anzahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu der um fünf Jahre jüngeren Gruppe. Bei der Verteilung der Geschlechter insgesamt nimmt die Anzahl der Frauen ab dem 70. Lebensjahr kontinuierlich zu.

Stadt Bremen



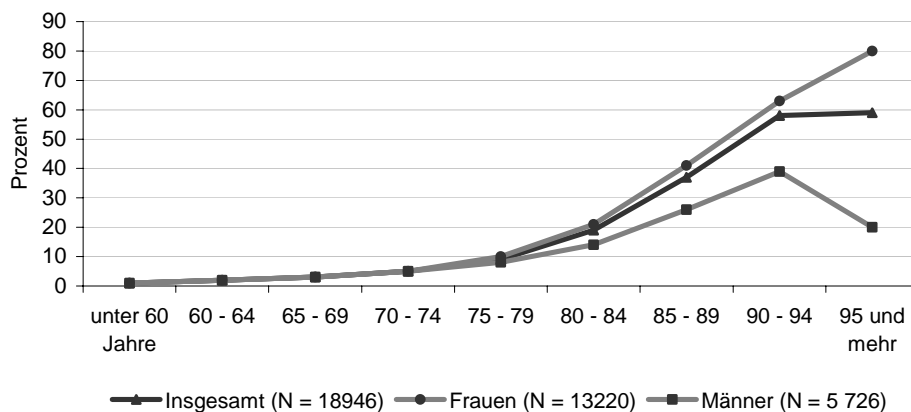
Die stetige Zunahme der Pflegebedürftigen zeigt sich ebenfalls bei der Betrachtung der einzelnen Pflegestufen. Dabei ist auffallend, dass in Stufe I eine kontinuierliche Zunahme zu verzeichnen ist, während in den Stufen II und III nach einem leichten Rückgang im Jahr 2003 für 2005 in etwa wieder die gleichen Zahlen wie 2001 erreicht werden.

Stadt Bremen



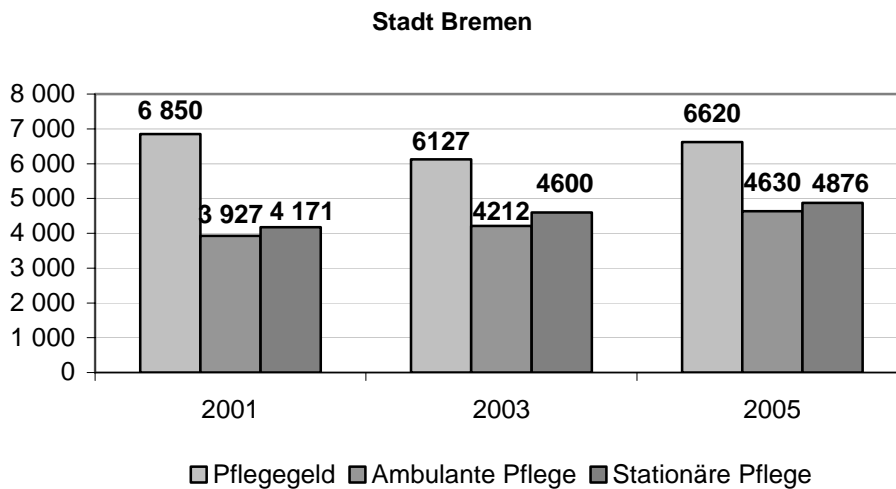
Die Wahrscheinlichkeit, in einer bestimmten Alterstufe pflegebedürftig zu werden, lässt sich an folgender Grafik ablesen. Während bei den Frauen die Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt, zeigt sich bei den Männern anfänglich ebenfalls eine stetige Zunahme, die aber in der 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 eingestufteten Pflegebedürftigen nimmt im Jahr 2005 der größte Teil Leistungen für die ambulante Versorgung in Anspruch. Die weitaus größte Teil, 6.620 Personen, bezieht „reines“ Pflegegeld ohne ergänzende ambulante Leistungen. Weitere 4.630 Pflegebedürftigen beziehen ambulante Sachleistungen, von denen jedoch diese nicht alle vollständig ausschöpfen sondern ergänzend Pflegegeld beziehen (Kombinationsleistung).

Insgesamt werden damit in der Stadt Bremen 11.250 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. Pflegenden Angehörige sind bereits heute ein wesentlicher Bestandteil in der Sicherung der ambulanten Pflege und leisten einen nicht unerheblichen Beitrag zur Vermeidung stationärer Unterbringung.



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.

→ Adressen von Ambulanten Pflegediensten erhalten Sie bei den Dienstleistungszentren, beim Sozialdienst Erwachsene des Amtes für Soziale Dienste und bei den Kranken- und Pflegekassen.

Im Internet

Pflegedienste finden Sie im Seniorenkompass unter Ambulante Hilfen / Ambulante Pflegedienste:
www.seniorenkompass.bremen.de

→ Demenz Informations- und Koordinationsstelle DIKS
 Auf den Häfen 29, 28203 Bremen
 Tel. 70 02 73
diks@sozialag.de
 Mo. - Do. 8.00 - 16.30 Uhr
 Fr. 8.00 - 15.00 Uhr

→ Unabhängige Patientenberatung und Pflegeberatung
 Richard-Wagner-Str. 1a, 28209 Bremen
 Tel. 34 77 374
www.patientenberatung-bremen.de

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 allerdings an die ambulante Pflege neue quantitative und qualitative Anforderungen.

Gegenwärtig leben in der Stadtgemeinde wahrscheinlich rund 15.000 regelmäßig Pflegebedürftige, die ambulant versorgt werden. Hiervon sind etwa 8.000 im Alter über 65 Jahren. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung wurden die meisten Pflegebedürftigen durch die Pflegedienste der Wohlfahrtsverbände betreut; seitdem haben die gewerblichen Träger ihre Versorgungsanteile erheblich ausbauen können.

Ambulante Pflegedienste tragen dazu bei, Krankenhausaufenthalte ebenso wie Unterbringungen in stationären Alteneinrichtungen zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Tatsache, dass die Aufnahme in Alten- und Pflegeheime durchschnittlich zwischen dem 83. und 84. Lebensjahr erfolgt, weist darauf hin, dass häusliche Pflege eine realistische Alternative darstellt.

In der IST-Beschreibung der organisierten Pflege wurde deutlich, dass nur Teilbereiche dieses Versorgungssystems erfasst und dargestellt werden können (SGB XI).

Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt die Forderung nach einem "Aufsichtsgesetz über ambulante Dienste und teilstationäre Einrichtungen". Durch eine bundesgesetzliche Regelung für den Bereich der ambulanten Pflege sollen Möglichkeiten der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle geschaffen werden, wie sie für die stationären Alteneinrichtungen 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, Ju-

Ambulantes Aufsichtsgesetz einführen und die Qualitätsstandards § 80 SGB XI beachten

Auskünfte für die Planung und Förderung ambulanter Pflegedienste gewährleisten

gend 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 niedrigschwelligen 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 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.

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

Vernetzung

Entwicklung von trägerübergreifenden Versorgungs- und Pflegestandards

Ausbildung / Qualifikation

Anlage 1

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 | 511 | 204 | 65 | 0 | 0 | 0 | 0 | 446 |
| 15 - 30 | 349 | 153 | 41 | 9 | 9 | 0 | 0 | 299 |
| 30 - 45 | 465 | 218 | 97 | 43 | 43 | 0 | 0 | 325 |
| 45 - 60 | 905 | 466 | 213 | 152 | 135 | 4 | 13 | 540 |
| 60 - 65 | 577 | 271 | 126 | 124 | 112 | 5 | 7 | 327 |
| 65 - 70 | 1.048 | 520 | 237 | 246 | 227 | 5 | 14 | 565 |
| 70 - 75 | 1.340 | 789 | 353 | 315 | 282 | 7 | 26 | 672 |
| 75 - 80 | 2.104 | 1.418 | 623 | 581 | 524 | 22 | 35 | 900 |
| 80 - 85 | 3.151 | 2.432 | 1.025 | 1.062 | 987 | 26 | 49 | 1.064 |
| 85 - 90 | 2.584 | 2.081 | 878 | 927 | 875 | 20 | 32 | 779 |
| 90 - 95 | 2.304 | 1.957 | 745 | 1.007 | 982 | 11 | 14 | 552 |
| 95 und älter | 788 | 700 | 227 | 410 | 400 | 6 | 4 | 151 |
| Gesamt | 16.126 | 11.209 | 4.630 | 4.876 | 4.576 | 106 | 194 | 6.620 |
| davon: | | | | | | | | |
| Pflegestufe I | 8.002 | 5.656 | 2.487 | 1.411 | 1.280 | 43 | 88 | 4.104 |
| Pflegestufe II | 5.816 | 3.944 | 1.629 | 2.176 | 2.072 | 23 | 81 | 2.011 |
| Pflegestufe III ² | 2.222 | 1.554 | 514 | 1.203 | 1.177 | 7 | 19 | 505 |
| bisher ohne Stufe ³ | 86 | 55 | 0 | 86 | 47 | 33 | 6 | 0 |

Statistisches Landesamt, Pflegestatistik am 15.12.2005

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 „Vorphaltung 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. Die Mittel werden dem Titel Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen entnommen.

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 2 / 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.

→ Innovationsfonds

Im Rahmen der geplanten Umstrukturierung der Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen nach dem BremAGPflegeVG wird derzeit eine Veränderung der Projektförderung erörtert. Angesichts einer flächendeckenden, differenzierten Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich soll eine Förderung in noch zu definierenden Schwerpunkten eingerichtet werden, die sich an zentralen Fragen orientieren wird, insbesondere am demografischen Wandel und neuen Wohnformen im Alter. In der Öffentlichkeit ist diese geplante neue Förderung unter dem Titel "Innovationsfonds" bekannt geworden.

Von 1997 bis 2006 wurden insgesamt 72 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 € 2.47 Mio. Fördermittel zur Verfügung gestellt.

Im Laufe der Förderungspraxis ergab sich eine Verschiebung der Schwerpunkte. Zunächst handelte es sich vorwiegend um Anträge, die auf die praktische Versorgung zielten. Später nahm der Anteil der Anträge zu, die sich mit der Begleitung und Beratung von Angehörigen befassten. Parallel vergrößerte sich das Segment Information und Beratung.

Thematisch hat mittlerweile der Bereich Demenz eindeutig Vorrang. Die Förderpraxis antwortet damit auf das sich als zunehmend brisant darstellende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Problem der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz. Von den bisher geförderten 72 Projekten befassen sich 14 mit diesem Thema. Beim Förderungsvolumen ist der Anteil noch ausgeprägter: 32 % der bisher bewilligten Mittel wurden Projekten zur Verfügung gestellt, die sich in ganz unterschiedlicher Form und Methode mit der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz befassen. Ein Hauptaspekt dabei ist die Unterstützung der pflegenden Angehörigen.

Die geförderten Projekte lassen sich unter verschiedenen Kategorien zusammenfassen:

- Projekte im Bereich der Versorgung
- Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen
- Information und Beratung
- Ambulante Hospizarbeit
- Qualitätssicherung und Qualifizierung

Nähere Beschreibungen dieser Kategorien und Projekte können Sie der Anlage 1 entnehmen.

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.

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.

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. In der Praxis haben sich Laufzeiten der Projekte von 4 bis 5 Jahren ergeben. Für diese kofinanzierten Projekte wurde das sonst nach der Richtlinie Projektförderung geltende Limit von 3 Jahren aufgehoben, um den Projekten einen angemessenen Erprobungszeitraum zu ermöglichen, bei gleichzeitiger Inanspruchnahme des gesetzlich gegebenen Finanzierungsanteils der Pflegekassenverbände.

Pflege durch Angehörige

Die Pflegestatistik 2005 ergab für Bremen einen überraschend hohen Anteil der Pflege durch Angehörige. Demnach stellen die 6.620 nur durch Angehörige versorgten pflegebedürftigen Menschen 59% der ambulant Pflegebedürftigen (11.250) oder 41% aller Pflegebedürftigen (16.126) dar. Wird die ambulante Pflege durch Angehörige bei Unterstützung durch Pflegedienste hinzugerechnet (Kombinationsleistungen: 1.903), so ergibt sich ein Anteil von 76% (8.523) an den ambulant Pflegebedürftigen bzw. 53% aller Pflegebedürftigen.

Die Bedeutung der Information, Beratung und Entlastung der pflegenden Angehörigen wird dadurch hervorgehoben. Die Absicherung dieser unterstützenden Maßnahmen gehört zu den Zukunftsaufgaben der bremischen Altenpolitik.

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 32 % 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

Projektförderung als Instrument zur qualitativen Ergänzung des Pflegenetzes

Weiterentwicklung der Versorgungsmodelle für Menschen mit Demenz

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 ist eine Änderung der Richtlinie Projektförderung erforderlich, um die Förderung begrenzter baulicher Maßnahmen zu ermöglichen. Weitere Erfahrungen mit neuen Wohnformen sind dafür erst abzuwarten.

Aus der Pflegestatistik lässt sich daher der Bedarf einer weitgehenden unterstützenden und kostengünstigen Begleitung zur Absicherung dieses Versorgungssegmentes ableiten, insbesondere zur Information, Beratung und Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Unterstützung neuer Wohnformen für ältere Menschen

Erweiterung der Unterstützung pflegender Angehöriger

Anlage 1

Projektförderung nach dem BremAGPflegeVG 1997-2006

| Projekthalte | Zielgruppen | Förderung | in % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|
| Schwerpunkt Versorgung (18 Projekte) | | | |
| <p>Pflegenotrufbereitschaft für behinderte Menschen; ambulante psychiatrische Krankenpflege; Begleitung Krebskranker; Tagesbetreuung für psychisch veränderte ältere Menschen; Wochenendversorgung für Demenzerkrankte; begleitende Angebote im Pflegebereich; Betreuungsangebote für ältere Migranten/innen; Hausnotruf und Schlüsseldienst, bzw. mit Wohnraumberatung; Hausnotrufzentrale; Optimierung der Versorgung Demenzerkrankter; Validation im ambulanten Bereich; Vorbereitung häuslicher Integration nach akuter KH-Behandlung; gerontopsychiatrische Pflegeergänzung</p> | <p>Behinderte Menschen mit ambulantem Pflegebedarf; gerontopsychiatrische Patienten/innen in ambulanter Versorgungssituation; ambulant versorgte Krebspatienten/innen mit zunehmendem stationären Behandlungsbedarf; Menschen mit Demenz; Entlastung der pflegenden Angehörigen; Pflegebedürftige und ihre Angehörigen; Schwerstkranken und Sterbende; ältere Migranten/innen; allein lebende Menschen mit Unterstützungs- oder Pflegebedarf; ältere Patienten/innen mit vorübergehendem oder bleibendem Versorgungsbedarf nach stationärer Behandlung</p> | 637.507,-- | 25,8 |
| Schwerpunkt Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen (12 Projekte) | | | |
| <p>Angehörigengruppen für Alzheimererkrankte; betreute Gruppen für pflegende Angehörige; Selbsthilfegruppen Angehöriger von Demenzerkrankten; psychosoziale Gruppenarbeit mit Angehörigen; Kriseninterventions- und Beratungsstelle; Beratung für pflegende Angehörige von Migranten/innen; Schnittstellenkoordination in der Tagespflege; Beratungsstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz; Psychosoziale Beratung von pflegenden Angehörigen</p> | <p>Angehörige von Menschen mit Demenz; Pflegende Angehörige; pflegende Angehörige in besonders schwierigen Pflegesituationen; Angehörige von pflegebedürftigen Migranten/innen; Angehörige von Menschen mit Demenz mit besonders hohem Betreuungsaufwand; Angehörige in Entscheidungssituationen bzgl. Pflegeübernahme</p> | 736.833,-- | 29,8 |

| Schwerpunkt Information und Beratung (20 Projekte) | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| Wegweiser; Beratungsführer zu Pflege und Versorgung; Videofilm zur Pflegeversicherung; Informationsbüro Pflege und Pflegebeschwerdestelle; Anlauf- und Koordinationsstelle für soziale Beratung; Stadtteilorientierte Planung mit älteren Menschen; Handbuch Demenz und Demenz- Informationsblatt; Informationsangebote / Informationsreihen für ältere Migranten/innen; Internetauftritt der Altenhilfe; Schulung im Bereich Assistenz für körperbehinderte Menschen; Externe Beschwerde-Management-Unterstützung für körperbehinderte Menschen; Pflegeberatung im Krankenhaus für Migranten/innen; Info- und Beratungsführer im Internet zum Thema Pflege; Unabhängige Beratung für Pflege und Pflegebeschwerde; Musterwohnung und Beratung für Wohnraum- und Wohnumfeldanpassung | Ältere Menschen, deren Angehörige; Fachöffentlichkeit; Pflegebedürftige; Angehörige von Menschen mit Demenz; ältere Migranten/innen in verschiedenen Stadtteilen; ältere Migranten/innen in stationärer Krankenbehandlung und deren Angehörige; körperbehinderte Menschen; Menschen mit Mobilitätseinschränkung | 535.645,-- | 21,7 |
| Schwerpunkt ambulante Hospizarbeit (5 Projekte) | | | |
| Allgemeine Förderung der ambulanten Hospizarbeit in Bremen; Begleitung Sterbender in der Kurzzeitpflege; Ausbildung in ambulanter Hospizarbeit und Palliativ-Pflege; Koordination zur Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen | Schwerstkranke und Sterbende und ihre Angehörigen; Fachkräfte der ambulanten Pflege; Ehrenamtliche im Bereich der Begleitung Schwerstkranker und Sterbender | 304.630,-- | 12,3 |
| Schwerpunkt Qualitätssicherung (10 Projekte) | | | |
| Pflege-Qualitätssicherung / Zertifikat; Kundenbefragung Pflege; Servicevertrag organisierte Nachbarschaftshilfe; Qualitätssicherung in der Angehörigenpflege; Untersuchung zur Strukturveränderung der Inanspruchnahme in der Kurzzeitpflege; Konzept „Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe“; Pflege in Migrantenfamilien; Soziale Arbeitskreise der Altenhilfe; Curriculumentwicklung in der Altenpflegeausbildung; Qualifizierung in der Sturzprophylaxe | Ambulante Pflegeeinrichtungen; Nutzer von ambulanten Pflegeeinrichtungen; Mitarbeiter/innen von Dienstleistungszentren; pflegende Angehörige; Pflegebedürftige in der Übergangspflege; Träger der Altenhilfe und Altenpflege; Ehrenamtliche; Personal der in der Region vertretenen Einrichtungen; Lehrkräfte der Altenpflegesschulen; Fachkräfte der Altenpflege | 118.352,-- | 4,8 |
| Schwerpunkt Statistiken, Erhebungen; sonstige Projekte (7 Projekte) | | | |
| Pflegestatistik für ambulante Pflegeeinrichtungen; Bedarfsanalyse für ein stationäres Hospiz; Umstellung der Altenpflege-Umlage auf EDV-Basis; Werbeaktionen an Bremer Schulen für Berufe der Altenpflege; Erhebung zur Wohnbedarfssituation von älter werdenden Migranten/innen; Erhebung zum Wohn- und Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz; Tanzcafé für Demenzerkrankte und deren Angehörige | Ambulante Pflegeeinrichtungen; Schwerstkranke und Sterbende; Pflegeeinrichtungen; Bremer Schüler/innen; ältere Migranten/innen; Menschen mit Demenz und deren Angehörige | 139.191,-- | 5,6 |
| 72 Projekte | | 2.472.158,-- | 100 |

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 besetzt 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, Zuwendungszweck

- 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

| → Telefonnummern von Hausnotrufdiensten | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|------------|
| Anbieter: | Telefon: | Anbieter: | Telefon: |
| ASB | 38 98 202 | Die Johanniter | 69 76 10 |
| DRK | 38 98 201 | Zentrale für Private Fürsorge | 70 00 55 |
| DRK | 38 98 207 | Malteser -Service | 42 74 91 4 |
| Paritätischer | 38 98 203 | Service Call Bremen | 70 00 55 |
| Im Internet Hausnotrufdienste finden Sie im Seniorenkompass unter Ambulante Hilfen / Hausnotruf: www.seniorenkompass.bremen.de | | | |

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 Pfl-

gedienste 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 Schlüsselerhaltung

3.5.4.1 Rufmerkmale und Rufverteilung

Das Jahresrufaufkommen einer exemplarischen Hausnotrufzentrale bei einer Teilnehmerzahl 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 Kosten 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 an 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.

→ "Älter werden in Bremen - ein Ratgeber nicht nur für ältere Menschen"
Hrsg.: Seniorenvertretung Bremen und Seniorenbüro Bremen
4. Auflage 2006, kostenlos

"Wohnen im Alter"
rostfrei-Sonderausgabe in Kooperation mit kom.fort, 2006, kostenlos

"rostfrei - das Bremer Seniorenmagazin"
erscheint halbjährlich, kostenlos

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 und Seniorinnen 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.

Gegenüber dem Vorjahr stieg die Internetnutzung 2006 in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen um 3,6 Prozentpunkte auf 56,8 Prozent. Auch bei den 60- bis 69-Jährigen nahm die Internetnutzung um 3,6 Prozentpunkte auf 32,7 Prozent zu. In der ältesten Altersgruppe 70plus stieg die Zahl der Onliner nicht so stark (+ 2,4 Prozentpunkte auf 12,2 Prozent).

Damit liegen die Älteren in der Internetnutzung leicht hinter den jüngeren Bundesbürger/innen zurück: 58 Prozent der Gesamtbevölkerung nutzt das Internet. 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.

Unter den Älteren haben die 60-69-jährigen Männer die stärksten Zuwachsraten, insgesamt betrachtet die Frauen.

(Zahlen vom Statistischen Bundesamt, www.destatis.de, 18.04.2005 und von Infratest, (N)Onliner-Atlas 2006, www.nonliner-atlas.de)

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 Wissenswertes 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.

| | |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| → Altenhilfedatei: | www.seniorenkompass.bremen.de |
| Portal für Ältere: | www.seniorenlotse.bremen.de |

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 Altenhilfdatei "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 Menschen 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.

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

Sinnvolle Verknüpfungen mit anderen Internetangeboten für ältere Menschen herstellen

Aktuelle Druckversionen erstellen