

5. Stationäre Einrichtungen

5.1. Stationäre Altenhilfe - Heime für Ältere Menschen

5.1.1. Allgemeines

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe übernehmen die dauerhafte Versorgung älterer Menschen im Falle einer hohen Pflege- bzw. Hilfebedürftigkeit. Die stationäre Versorgung bedeutet eine Vollversorgung in dem Sinne, dass alle notwendigen Dienste und Hilfen von einer Einrichtung vorgehalten und ggf. eingesetzt werden können.

Der Anlass ist in der Regel, dass eine ausreichende Pflege und Betreuung innerhalb des selbstständigen Wohnens nicht mehr gewährleistet werden kann. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" ist weniger als Dualismus und Gegensatz, sondern als Ausdruck der Notwendigkeit eines vielfach abgestuften Systems zu begreifen. Dieses System richtet sich aus an den unterschiedlichen Bedarfen der älteren Menschen. Wenn die der stationären Pflege vorgelagerten Angebote letztlich an ihre Grenzen stoßen, wird die stationäre Unterbringung notwendig.

Am Anfang des abgestuften Systems stehen die Stärkung nachbarschaftlicher und familiärer Hilfen. Hauswirtschaftliche Hilfen und Pflegedienste bilden die nächsten Stufen. Bewohner/innen in ihrer eigenen Häuslichkeit bzw. ihre pflegenden Angehörigen benötigen ab einem bestimmten Pflegebedarf Tages- oder Kurzzeitpflegeplätze. Bei noch höherem Pflegebedarf wird der Zugang zu fachgerechten vollstationären Pflegeplätzen erforderlich.

Für viele schwer- und schwerstpflegebedürftige, demenzerkrankte, bettlägerige, hochaltrige Menschen, die ohne ausreichendes unterstützendes häusliches Umfeld leben, ist das Heim die angemessene Versorgungsform. Sie können durch vorgelagerte Systeme nicht adäquat versorgt werden.

→ Gute vorgelagerte Angebote helfen, unnötige oder vorzeitige vollstationäre Versorgung zu vermeiden. Sie können die quantitative Bedeutung der Pflegeheimplätze reduzieren. Sie machen Pflegeheime aber nicht gänzlich überflüssig.
Plädoyers für eine "Gesellschaft, die ohne Heime auskommt" sind für die Debatte um die Bedeutung und Zukunft der Pflegeheime reizvoll und sinnvoll. Aber sie bilden eher eine theoretische Maximalposition ab, als dass sie eine an den jeweiligen realen Bedarfen orientierte Entwicklung schrittweise gehen.

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sollten Unterstützung schnell und unbürokratisch, gleichzeitig auch niedrigschwellig in ihrem Lebensumfeld erhalten, abgestuft nach ihrem jeweiligen Hilfebedarf. Dieses Case-Management muss an der häuslichen Situation ansetzen, z.B. im DLZ, mit dem Hausarzt, im Zusammenspiel der ambulanten Pflege. Es soll dann im weiteren Verlauf die Koordination der weiteren teilstationären Angebote bis zum eventuellen Einzug in ein Heim leisten.

Rechtlich unterliegt der Bereich der stationären Versorgung dem seit 1976 bestehenden Heimgesetz. Im Heimgesetz sind wesentliche Belange, die die Heime betreffen, wie z.B. Mindestanforderungen an die bauliche Ausstattung und an die Qualifikation des Personals, aber auch der Inhalt von Heimverträgen und die Mitwirkungsrechte der Bewohnerinnen und Bewohnern geregelt. Es dient dem Schutz der Bewohner, deren Selbstbestimmungspotentiale teilweise aufgrund eingeschränkter körperlicher oder geistiger Kräfte verringert sind.

Folgende Einrichtungstypen werden in der stationären Altenhilfe unterschieden:

Altenwohnheim:

Zusammenfassung in sich abgeschlossener altengerechter Wohnungen mit grundsätzlich selbständiger Versorgung und Verpflegung der Bewohnerinnen und Bewohner, aber Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen.

Altenwohnheime haben keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

Altenheim:

Zimmer mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung und geringfügigen Betreuungsleistungen. Auch für Altenheime gibt es keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

Altenpflegeheim:

Zimmer mit unterschiedlicher Ausstattung, Vollversorgung sowie umfassende Pflege und Betreuung und Versorgungsvertrag nach dem SGB XI.

In Bremen waren bis zur Einführung der Pflegeversicherung mit Ausnahme einiger kleinerer Altenheime Mischformen wie z.B. Altenwohnheim / Altenpflegeheim oder Altenheim / Altenpflegeheim üblich.

Der Typ des Altenheims ist seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung stark rückläufig. Als Solitäreinrichtung besteht es in Bremen nicht mehr, in zwei Einrichtungen wird es noch in der Mischform Altenheim / Altenpflegeheim angeboten.

Gleichzeitig ist eine starke Zunahme an Altenwohnheimplätzen zu verzeichnen, die fast ausschließlich in baulichem Zusammenhang mit Pflegeheimplätzen angeboten werden. Dies entspricht dem immer stärker werdenden Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich ein selbständiges Leben zu führen, dabei aber je nach individuellem Bedarf aus einem differenzierten Hilfsangebot die jeweils notwendigen Bausteine freiwillig abrufen zu können – also größtmögliche Selbständigkeit und Sicherheit ohne die Gefahr der Überversorgung. Gefragt ist dabei auch durchaus die Verbindung mit einem Pflegeheim, die allerdings, solange nicht notwendig, möglichst wenig sichtbar und im Alltag erfahrbar sein soll.

In diese Richtung hat sich auch die Mitte der 80er Jahre begonnene Leitbilddiskussion in der stationären Altenhilfe weiterentwickelt, die die Wohnfunktion der Einrichtungen mehr betont.

Vorrangig ist es dabei, die negativen institutionellen Effekte abzumildern, zu denen Einrichtungen dieser Art tendieren, indem sie sowohl räumlich als auch organisatorisch zu einem geschlossenen System neigen, das der Selbstbestimmung und freien Entfaltung der Bewohner entgegensteht. Entgegen früherer Unterbringungsformen, in denen die Bewohner lediglich ein Bett zur Nutzung (Mehrbettzimmer) hatten und alle organisatorischen Abläufe nicht beeinflusst werden konnten, hat sich dies mit dem Leitbild „Wohnen“ erheblich geändert.

Räumlich zeigt sich das neue Leitbild in dem Angebot kleiner Appartements mit eigenen Sanitärbereichen und kleinen Küchenzeilen. Diese Appartements sollen weitgehend selbst möbliert werden, damit die eigenen Gegenstände und das Mobiliar den Bewohnern häusliche Geborgenheit und Erinnerungen vermitteln. Viele Einrichtungen sind dazu übergegangen, den Angehörigen Besucherzimmer anzubieten, damit diese auch in dem Heim übernachten können.

In der Weiterentwicklung ihrer Angebote haben sich die Bremer Träger schon weitgehend an diesem Leitbild orientiert. Damit ist eine große Zahl von Altenwohnheimangeboten geschaffen worden, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner auch mit einem mittelschweren Pflegebedarf bleiben und versorgt werden können. Der Umzug von dieser relativ selbstständigen Wohnform des Altenwohnheims in das Pflegeheim wird erst bei sehr intensiver Pflegebedürftigkeit notwendig. So hat sich der, unter dem Aspekt des Grades der Selbstständigkeit und der Versorgung als „Zwischenform“ einzustufende, Typ des Altenheims weitgehend erübrigt.

Die hier aufgezeigten strukturellen Änderungen im Bereich der stationären Altenhilfe haben sich im wesentlichen nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 vollzogen, wie die Zahlen zeigen.

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) 1996 haben sich die Finanzierungsbedingungen im gesamten Altenpflegebereich grundlegend geändert. Die Leistungen des PflegeVG versetzen weit mehr Pflegebedürftige in die Lage, aus eigenen Mitteln einen Aufenthalt in stationären Pflegeeinrichtungen zu finanzieren, als dies vorher der Fall war (hohe Sozialhilfeabhängigkeit).

Verändert hat sich auch der Prozess der Steuerung in das ambulante bzw. das stationäre Versorgungssystem. War vor der Pflegeversicherung die Gesamtschau der gesundheitlichen, persönlichen und sozialen Situation Grundlage der Befürwortung eines stationären Aufenthaltes seitens des Sozialhilfeträgers als Kostenträger, so ist nunmehr überwiegend die medizinische Bewertung der Einschränkung von Körperfunktionen für die tägliche Grundversorgung Begutachtungsgrundlage, aber auch das Fehlen einer Pflegeperson bzw. der Umfang des pflegerischen Hilfebedarfs.

Auch für die Einrichtungsträger hat das PflegeVG grundlegende Änderungen mit sich gebracht. Wurden vordem die Kosten der Unterbringung nur mit dem Sozialhilfeträger als sog. Pflegesätze vereinbart, so werden diese Vereinbarungen heute gemeinsam mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern getroffen.

Die Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen wurden seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) durch Landesmittel, die durch das Gesetz zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Land Bremen (BremAGPflegeVG) näher bestimmt wurden, bezuschusst.

Nach einer Änderung des Gesetzes Anfang 2006 wird die Investitionskostenförderung im Rahmen einer Übergangsregelung für den Bereich der vollstationären Pflege abgebaut und zum Ende des Jahres 2007 ganz eingestellt werden.

Die für die Investitionskostenförderung vorhandenen Mittel sollen zukünftig auf die Kurzzeit- und Tagespflege konzentriert werden.

Nachfolgend wird eine vergleichende Bestandsaufnahme zur Situation stationärer Einrichtungen abgebildet, um den Umbruch der Versorgungsstruktur in den letzten zwölf Jahren darzustellen. Die Bestandsaufnahme zeigt eine Entwicklung, die vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung anders eingeschätzt wurde. Vielfach wurde angenommen, dass die oben beschriebenen Veränderungen in Folge des Pflegeversicherungsgesetzes wenn nicht zu einer rückläufigen, dann doch zu einer eher stagnierenden Inanspruchnahme stationärer Pflege führen würden. In der Tat gehen jedoch weit mehr ältere Menschen zur Betreuung in ein Heim, als dies vor der Pflegeversicherung der Fall war.

5.1.2. Stationäre Einrichtungen

Platzkapazitäten

Eine stadtteilbezogene Übersicht zu Platzkapazitäten in stationären *Pflegeeinrichtungen* ist der Anlage "Versorgungsgrad in Bremen in der stationären Altenpflege" zu entnehmen.

Die Zahl aller Einrichtungen der stationären Altenhilfe in der Stadtgemeinde Bremen in den Jahren 1992, 1996 und 2006 zeigt folgende Übersicht:

Heime in Bremen 1992 – 2006

Einrichtungen	1992	1996	2006	2006 Land
	Stadt HB	Stadt HB	Stadt HB	
Altenwohnheime	1	1	2	2
Altenheime	8	6	0	0
Altenpflegeheime	21	21	57	68
Alten- und Pflegeheime	26	28	2	3
Altenwohn- und Pflegeheim			14	14
Gesamt	56	56	75	87

Blieb die Gesamtzahl der Einrichtungen mit 56 von 1992 bis 1996 noch konstant, so ist von 1996 bis 2006 eine Zunahme der Heime in der Stadtgemeinde Bremen von ca. 34 % zu verzeichnen. Die 1996 sich abzeichnende Zunahme der Alten- und Pflegeheime hat sich verändert in Richtung der schon erwähnten Zunahme der *Altenwohn-* und Pflegeheime.

Hintergrund der zahlenmäßig starken Zunahme der reinen Altenpflegeheime ist die Umwandlung vieler früherer Altenheimplätze in den Alten- und Pflegeheimen zu Pflegeheimplätzen.

Die beschriebene Zunahme der Altenwohn- und Pflegeheime wird auch unter fachlichen Aspekten begrüßt, da hier auch mit zunehmender Hilfebedürftigkeit/Pflegebedürftigkeit kein Wechsel der Einrichtung erforderlich ist, sondern lediglich ein Übergang vom Wohnheim zum Pflegebereich stattfindet.

Die Einrichtungen verteilen sich wie folgt auf gewerbliche und freigemeinnützige Träger:

Heime in Bremen nach Trägerart

	1992	1996	2006
Gemeinnützige	32	34	45
Gewerbliche	24	22	31

Kommunale Einrichtungen sind in Bremen nicht vorhanden.

Neu entstanden sind in den Jahren 1996 bis 2006 31 Heime; im selben Zeitraum haben neun Heime den Betrieb eingestellt.

Bei den Einrichtungsgrößen ist die deutlichste Entwicklung bzgl. der Einrichtungen mit weniger als 25 Plätzen festzustellen, ihr Anteil ist von 20 % in 1992 auf 7 % in 2006 gesunken. Es hat sich gezeigt, dass Einrichtungen mit derart geringen Platzzahlen nicht wirtschaftlich zu führen sind.

Die größte Zunahme ist zu verzeichnen bei den Einrichtungen mit 51 bis 100 Plätzen. Diese Einrichtungsgröße liegt oberhalb der unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten von den Betreibern oft als Minimalgröße bezeichneten und unterhalb der vom Fachreferat unter fachlichen Gesichtspunkten als Obergrenze betrachteten Größe von 100 Plätzen.

Heime nach Platzzahl, 1992 – 2006

Einrichtunggröße	1992		1996		2006	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 25	11	20%	8	14%	6	7
26 - 50	14	25%	13	23%	19	25
51 -100	12	21%	15	27%	29	38
101 -200	16	29%	17	30%	19	25
201 u.m.	3	5%	3	5%	3	3
Gesamt	56	100%	56	100%	76	100%

Neben der Zahl und Größe der Einrichtungen ist entscheidend, wie viele Plätze der verschiedenen Einrichtungstypen in Bremen angeboten werden. Dabei fällt wieder der starke Anstieg bei den Altenwohnheimplätzen und den Altenpflegeheimplätzen auf, während die Zahl der Altenheimplätze auf ein bald vernachlässigbares Niveau sinkt.

Diese Entwicklung ist u.a. auch durch die Einführung des PflegeVG im Jahre 1995 hervorgerufen worden. Träger, deren Einrichtungen die baulichen Voraussetzungen für eine Zuordnung zum Altenwohnheim hatten (abgeschlossene Wohneinheit), haben ihre Kapazitäten vom Altenheim zum Altenwohnheim umgewandelt, um auch ambulante Pflegeleistungen anbieten zu können.

Die Zahl der Plätze ist in den letzten zehn Jahren etwa im gleichen Maße wie die Zahl der Heime gestiegen.

Plätze in den verschiedenen Heimtypen, 1992 – 2006

Plätze im	1992	1996	2006	Zuwachs 1992 > 2006
Altenwohnheim	40	476	1.025	2.463%
Altenheim	1.717	1.145	67	-96%
Altenpflegeheim	3.077	3.318	5.105	66%
gesamt	4.834	4.939	6.179	28%

Der Blick auf die Verteilung dieser „Platztypen“ auf die „Einrichtungstypen“ macht wieder deutlich, dass die weit überwiegende Zahl der Altenwohnheimplätze im Rahmen von Altenwohn- und Pflegeheimen angeboten werden, während ca. 75 % der Pflegeheimplätze in reinen Pflegeheimen angeboten werden und die übrigen 25 % ebenfalls in Altenwohn- und Pflegeheimen.

Platztypen verteilt auf Heimtypen

	Altenwohnheimplätze	Altenheimplätze	Pflegeheimplätze
Altenwohnheime	133	--	--
Altenheime	--	67	--
Altenpflegeheime	--	--	4.046
Alten- und Pflegeheime	--	--	136
Altenwohn- und Pflegeheim	892	--	1.059
gesamt	1.025	67	5.241

Ein weiterer Teil der Altenheimplätze wurde zu Pflegeplätzen umgewandelt, da bereits im Vorfeld der Umsetzung der 2. Stufe des PflegeVG (07/96) erkennbar war, dass Altenheimplätze künftig keine finanzielle Investitionsabsicherung haben werden.

Als weitere Stufe in einem abgestuften System unterhalb der Altenheimunterbringung hat sich neben dem Altenwohnheim das Service-Wohnen (auch bekannt unter dem missverständlichen Begriff „Betreutes Wohnen“), in dem der eigenständige Haushalt beibehalten wird, herausgebildet. Im Service-Wohnen ist obligatorisch ein Notruf vorhanden (Grundservice), darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich hauswirtschaftliche Hilfen und Pflegedienste nach Bedarf (Wahlservice) vermitteln zu lassen.

Im Unterschied zum Altenwohnheim haben die NutzerInnen des Service-Wohnens hinsichtlich der Auswahl von Leistungsanbietern für die Bereiche Reinigung, Pflege, und Mahlzeitenversorgung eine größere Wahlfreiheit. U.a. aus diesem Grunde unterliegt das Service-Wohnen auch nicht den Vorgaben des Heimgesetzes.

5.1.3. Versorgungssituation mit stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Bremen

Um ein Bild der realen Versorgungssituation für ältere Menschen zu erhalten, wird die Anzahl der stationären Plätze in Bezug zur Altenbevölkerung (Anteil der 75jährigen u. m.) gesetzt. Betrug der städtische Versorgungsgrad im Jahr 1992 für 1.000 Personen im Alter von 75 Jahren u.m. 107 Plätze, so hat sich diese Relation im Jahr 2006 auf 126 Plätze (bzw. um 17 %) erhöht.

Betrachtet man den Teilbereich der *Pflegeheimplätze* gesondert, ergibt sich ein wesentlich stärkerer Zuwachs. Hier hat sich der Versorgungsgrad von 68 im Jahr 1992 auf 106 im Jahr 2006 (bzw. um 55 %) erhöht.

Diese Steigerungen sind vor dem Hintergrund eines im Vergleich geringen Zuwachses der Altenbevölkerung (7 %) zu sehen.

Versorgungsgrad mit Heimplätzen 1992 – 2006

Versorgungsgrad Heime	1992	1996	2006	Steigerung 1992 > 2006
Bev. + 75	44.948	44.751	48.036	7%
Versorgungsgrad Heime für Ältere Menschen	107	110	126	17%
Versorgungsgrad Pflegeheime	68	74	106	55%

Der erhebliche Unterschied zwischen der Bevölkerungsentwicklung (+ 7) und der Angebotsentwicklung (+17 bzw. + 55) gibt Anlass, diese Entwicklung kritisch zu hinterfragen.

Bei dem starken Zuwachs an Platzangeboten ist die Auslastung der Heime relativ stabil.

Dies zeigt, dass ein ständig wachsender Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen stationäre Pflege in Anspruch nimmt. Das ist um so überraschender, als sich im gleichen Zeitraum durch die Einführung der Pflegeversicherung die Möglichkeiten der ambulanten Pflege ebenfalls qualitativ und quantitativ weiterentwickelt haben.

Für die stark ansteigende Inanspruchnahme stationärer Pflege werden folgende Gründe vermutet:

- Geringere finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und/oder ihrer Familien (die Leistungen der Pflegeversicherung haben dazu geführt, dass sich der Anteil der Sozialhilfempfänger unter den Pflegeheimbewohnern etwa halbiert hat; zur Zeit beziehen in Bremen ca. 40 % der Pflegeheimbewohner Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz.)
- Bei ambulanter Pflege und Inanspruchnahme der Geldleistungen werden nach dem Pflegeversicherungsgesetz verhältnismäßig geringere Leistungen erbracht, was die Entscheidung für viele Betroffene und Angehörige für die stationäre Pflege erleichtert.
- Die familiäre Versorgung in der ambulanten Pflege wird zu einem großen Teil von Frauen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren geleistet. Die Erwerbstätigkeit dieser Frauen hat zugenommen. Dies ist eine positive Entwicklung, die jedoch neben anderen Faktoren dazu beigetragen hat, die familiären Bedingungen für die ambulante Pflege zu verschlechtern.
- Die Qualität der Pflegeheime und ihr Ruf in der Bevölkerung haben sich verbessert, was die Schwelle zu einer Heimunterbringung gesenkt hat.
- Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte ohne einfach zu organisierende Unterstützungsmöglichkeit nimmt weiter zu.
- Der hohe Druck auf eine weitere Verkürzung der stationären Krankenhausbehandlungszeiten schränkt die Möglichkeiten einer rehabilitativen Behandlung älterer Patienten ein. *Rehabilitative* Kurzzeitpflegemöglichkeiten stehen unzureichend zur Verfügung. Die Krankenhausentlassungen bei hoher Pflegebedürftigkeit führen daher z.T. unnötig zur stationären Dauerpflege.

Ungeachtet dieser Gründe ist es ein Ziel bremischer Altenpolitik, eine quantitativ und qualitativ ausreichende, stadtteilbezogene Versorgungsstruktur zu gewährleisten. Darüber hinaus soll eine Angebotsvielfalt entwickelt werden, die den jeweiligen Bedarfen älterer Menschen im Stadtteil entspricht.

Betrachtet man die Entwicklung der Verteilung der stationären Plätze in den Bremer Stadtregionen, so war noch 1996 eine Ungleichverteilung zu verzeichnen, die durch die Schaffung neuer Häuser mit einer erheblichen Platzzahlerweiterungen weitgehend kompensiert werden konnte.

Versorgungsgrad mit Heimplätzen in den Bremer Regionen

Region	Versorgungsgrad	
	Heime für Ältere Menschen	Pflegeheime
Ost	151	90
Mitte	176	80
West	148	118
Süd	106	99
Nord	141	130
Stadt Bremen	141	104

Die Region **Ost** hat bei einer durchschnittlichen Versorgung von Heimplätzen insgesamt noch eine etwas geringere Versorgung mit Pflegeheimplätzen.

Der Bereich **Mitte** ist unter beiden Aspekten zahlenmäßig unterversorgt. Dies ist in der Struktur des Stadtteils begründet und wird durch relativ gute Versorgung der umliegenden Stadtteile (z.B. Neustadt und Schwachhausen) weitgehend kompensiert.

Der **Westen** hat sich in den letzten beiden Jahren von einer unterdurchschnittlichen zu einer überdurchschnittlichen Versorgung entwickelt.

Der **Süden** hat eine insgesamt ausreichende, allerdings unter den Stadtteilen links der Weser ungleich verteilte Versorgung – ein großer Teil der angebotenen Plätze konzentriert sich hier in der Neustadt.

Traditionell überversorgt mit Pflegeheimplätzen ist Bremen **Nord**. An der recht zögerlichen Belegung einer großen neuen Einrichtung wird auch deutlich, dass dieses Angebot über den regionalen Bedarf hinausgeht.

Ausstattung der Einrichtungen

Bei der Ausstattung stationärer Alteinrichtungen mit Einzel- und Mehrbettzimmern ist in den letzten zehn Jahren eine deutliche, jedoch noch unzureichende Tendenz zu Einzelzimmern zu Lasten der Doppelzimmer festzustellen.

Zielvorstellung ist es, jedem Menschen, der den entsprechenden Wunsch hat, ein Einzelzimmer anbieten zu können. Ein Einzelzimmeranteil von 80 % an der Gesamtplatzzahl wird dazu für erforderlich gehalten.

Während neue Angebote sich zunehmend an diesen Wünschen orientieren und überwiegend Einzelzimmer vorsehen, werden Sanierungsmaßnahmen in bestehenden Einrichtungen vielfach dazu genutzt, auf einen größeren Anteil an Einzelzimmern umzustellen.

Im Zuge der Umwandlung von Doppelzimmern zu Einzelzimmern wurden auch die den Bewohnern zur Verfügung stehenden Individualflächen erhöht, sowie die Sanitärausstattung verbessert – eine Ausstattung der Zimmer mit Dusche und WC ist bei neuen und sanierten Heimen Standard.

Der Trend zum Einzelzimmer ist jedoch nicht ungebrochen. Orientiert an neueren Ergebnissen der Forschung zur Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen werden auch wieder neue Einrichtungen geplant, die einen sehr kleinen Anteil an Einzelzimmern vorsehen. Die Forschungsergebnisse kommen zu der Einschätzung, dass bei Menschen mit Demenzerkrankung ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach Gemeinschaft besteht und daher der Bedarf an Gemeinschaftsflächen größer ist, als die Bedeutung des individuellen Wohnraumes. Umstritten ist in der Fachwelt noch, ob dies für alle Phasen der Demenzerkrankung gilt und auf einen individuellen Wohnraum ganz verzichtet werden sollte.

In zwei bis drei Jahren wird es in Bremen auswertbare Erfahrungen mit entsprechenden Heimkonzepten geben.

Der Anteil der Plätze in Drei- und Mehrbettzimmern ist auf weniger als 2 % gesunken und wird in absehbarer Zeit entfallen.

5.1.4 Die Bewohnerstruktur

Das Alter der Bewohnerinnen und Bewohnern:

Im Jahr 1991 wurde in den stationären Einrichtungen Bremens ein durchschnittliches Aufnahmealter von 81,5 Jahren ermittelt.

Nach Angaben aus 12 Bremer Altenpflegeeinrichtungen aus den Jahren 2002 -2006 ist festzustellen, dass sich das Durchschnittsalter, in dem ältere Menschen in ein Pflegeheim einziehen, seit Anfang der 90er Jahre um 2 Jahre erhöht hat. Dies geht einher mit der Beobachtung, dass die Menschen mit einer höheren Pflegebedürftigkeit in den Heimen aufgenommen werden.

Zur Verweildauer sagt der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation“ des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dass 1998 die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner von Altenpflegeheimen mehr als 3 Jahre im Heim verbrachten, während ca. 20 % länger als sieben Jahre im Heim lebten.

Nach Angaben aus Altenpflegeheimen der Bremer Heimstiftung beträgt die durchschnittliche Verweildauer knapp 30 Monate. Nach Angaben anderer Träger liegt die Verweildauer z.T. deutlich darunter.

Die Angaben des „Vierten Berichtes zur Lage der älteren Generation“ und die Angaben aus den Bremer Häusern machen deutlich, dass die Verweildauer unter den Bewohnern keineswegs gleichmäßig verteilt ist: es werden hauptsächlich zwei Gruppen unterschieden, nämlich ein Teil der aus den Krankenhäusern kommenden Bewohner, die nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von ca. 6 Monaten versterben und eine weitere Gruppe von Bewohnern, die mehrere Jahre im Heim lebt.

Die Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner auf die Pflegestufen:

1996 waren auch von den Bewohnern der Pflegeeinrichtungen noch 16 % nach den Kriterien des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) nicht pflegebedürftig. Die als pflegebedürftig eingestuft wurden damals zu 20 % der Stufe I, zu 38 % der Stufe II und zu 25 % der Stufe III zugeordnet.

Diese Verteilung unterschied sich nicht grundlegend vom Bundesdurchschnitt:

Zur Verteilung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen auf die Pflegestufen nach dem SGB XI liegen die letzten statistischen Erhebungen vom 15.12.2002 vor, nach denen sich das Bild gegenüber 1996 schon deutlich verändert hat. Erwartungsgemäß stark zurückgegangen ist der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, der nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, also ohne Pflegestufe, ist. Da der Versorgungsauftrag in den Pflegebereichen der Heime sich auf Pflegebedürftige erstreckt, können keine weiteren nicht pflegebedürftigen Menschen dort aufgenommen werden

Zahlenmäßig zugenommen hat dagegen in erster Linie die Gruppe der Bewohner in Stufe II.

Die Entwicklung in Zahlen:

Verteilung der Bewohner auf Pflegestufen 1996 bis 2005

	1996	2002	2005	Veränderung 1996 – 2005
ohne Stufe	16%	2%	2%	-89%
Stufe I	20%	25%	29%	42%
Stufe II	38%	47%	45%	18%
Stufe III	26%	28%	25%	-3%
Stufe III Härte		1%	2%	50 %

Heimbewohner mit Demenz

Das erhöhte Aufnahmealter und die damit einhergehende erhöhte Pflegebedürftigkeit bedeuten auch, dass der Anteil der demenzkranken Heimbewohner immer weiter zunimmt. Diese Krankheitsform stellt die Heime vor neue Anforderungen.

„Eine adäquate Betreuung demenziell erkrankter Menschen kann nur durch Anpassung der räumlichen und sozialen Umgebung (des Milieus) an die – sich unterschiedlich schnell verändernden – Bedürfnisse, Fähigkeiten und Defizite der Kranken erreicht werden. Benötigt wird somit nicht eine Wohn- und Versorgungsform, in der die Kranken aller Schweregrade bis zu ihrem Tod verbleiben, sondern ein Kontinuum der Betreuungsangebote von der Unterstützung der leicht Demenzkranken durch informelle und/oder professionelle Helfer in der Häuslichkeit bis zu spezialisierten stationären Einrichtungen für schwer Demenzkranke mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten und besondere Pflegebereiche für bettlägerige, schwerst demenzkranke Menschen“¹

Im Kapitel 6.3 dieses Altenplanes ist beschrieben, wie die Altenhilfe in Bremen sich diesen Anforderungen stellt. Für den Bereich der Heime kann festgestellt werden, dass bereits erste Einrichtungen betrieben werden, die sich sowohl in ihrer baulichen Struktur als auch in ihrem Betreuungskonzept an den neuen Erkenntnissen und Forderungen der Demenz-Forschung orientieren. Für weitere Einrichtungen liegen umsetzungsreife Planungen vor.

5.1.5. Heimaufsicht

Die Heimaufsicht für Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes ist beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales dem Referat Ältere Menschen zugeordnet. Außer für die hier beschriebenen 75 Alteneinrichtungen der Stadt Bremen ist die Heimaufsicht zuständig für 11 weitere Altenpflegeheime in Bremerhaven und alle (ca. 70) stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Bremen und Bremerhaven.

Das Heimgesetz bildet die gesetzliche Grundlage zur Beratung und Prüfung von Heimträgern mit der Zielsetzung, die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen.

¹ Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002

→ Heimaufsicht:

Haben Sie Nachfragen oder Hinweise? Dann wenden Sie sich bitte an:

Martin Stöver

Leiter der Heimaufsicht

Tel. 361- 89 545

Fax: 361- 22 75

Email: Martin.Stoever@soziales.bremen.de

Das HeimG wurde Anfang 2001 mit Wirkung zum 1.01.2002 zuletzt geändert. Wesentliche Aspekte der Änderung sind

- Erweiterung des Geltungsbereiches
 - Zukünftig werden Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege dem Geltungsbereich des Heimgesetzes zugeordnet.
 - Die Abgrenzung zwischen Heimen und Formen sogenannten Betreuten Wohnens oder Service – Wohnens wurde präzisiert
- Erhöhung der Transparenz von Heimverträgen
 - Der Heimvertrag muss eine differenzierte Leistungsbeschreibung enthalten
 - Entgelte für Betreuung einschließlich Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für weitere Leistungen müssen gesondert angegeben werden. Damit ist ein besserer Vergleich zwischen verschiedenen Heimen möglich.
 - Das Heimgesetz sieht ein präzisiertes Beschwerderecht und die Möglichkeit der Entgeltkürzung bei Minderleistung vor.
 - Entgelterhöhungen müssen vier Wochen vor ihrem Wirksamwerden mitgeteilt und begründet werden. Erst dann ist das Erhöhungsverlangen wirksam.
 - Eine Differenzierung der Entgelte nach Kostenträgern ist unzulässig. Von einer selbstzahlenden Heimbewohnerin oder einem selbstzahlenden Heimbewohner darf für die gleiche Leistung kein höheres Entgelt als von anderen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verlangt werden.
- Weiterentwicklung der Heimmitwirkung
 - Die Mitwirkungsrechte des Heimbeirats beziehen sich zukünftig auch auf die Qualität der Pflege und auf die Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen.
 - Der Heimbeirat soll für Angehörige und andere Vertrauenspersonen (z. B. auch Mitglieder örtlicher Seniorenvertretungen und Behindertenvertretungen) geöffnet werden, sofern diese Personen von BewohnerInnen des Heimes zur Wahl vorgeschlagen werden. Der Anteil dieser Personen am Heimbeirat soll nicht größer als 40 % sein.
 - Beteiligung des Heimbeirats an Vergütungsverhandlungen sowie an Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen.
- Anforderungen an den Betrieb eines Heimes

Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung

 1. die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner schützen

2. die Wahrung der Selbständigkeit, Selbstbestimmung Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner fördern
 3. bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse praktizieren
 4. eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen
 5. die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,
 6. Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI abgeschlossen haben mit Aussagen über Struktur (Klientel), Art und Inhalt der Leistungen sowie die personelle und sächliche Ausstattung
- Stärkung der Heimaufsicht
 - Die externen Prüfrechte des MDK und der Heimaufsicht werden spezifiziert (Zutritt zu den Pflegeeinrichtungen, auch ohne Anmeldung.) Unter besonderen Voraussetzungen sind nächtliche Kontrollen möglich. Grundsätzlich werden Heime durch die Heimaufsicht jährlich geprüft.
 - Die Heimaufsicht soll jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens einmal prüfen. Sie kann in größeren Abständen prüfen, wenn durch Zertifikate unabhängiger Sachverständiger nachgewiesen wird, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heims im Sinne des Heimgesetzes erfüllt werden.
 - Präzisiert und ergänzt werden die Regelungen über
 - die Verpflichtung der Leistungsbeschreibung und Vorstellung der Konzeption des Heimes bei Betriebsaufnahme
 - Erhöhung des Stellenwertes der Beratung durch die Heimaufsicht
 - Die Heimaufsicht kann eine kommissarische Heimleitung einsetzen, wenn dies zur Sicherung der Anforderungen nach § 11 erforderlich ist
 - Intensivierung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht und Pflegekassen.
 - Die Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen, Trägern der Sozialhilfe, MDK und Heimaufsicht wird durch die Schaffung gemeinsamer Arbeitsgemeinschaften (sog. "AG20", benannt nach §20 des Heimgesetzes) in Bezug auf gegenseitige Information, Beratung und arbeitsteilige Überprüfung der Heime institutionalisiert und aufeinander abgestimmt.²
 - Herstellung von mehr Öffentlichkeit
 - Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend berichtet alle vier Jahre über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner.
 - Die Heimaufsichten erstellen alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht.

Zum Heimgesetz wurden vier Bundesverordnungen erlassen, diese sind im einzelnen:

² Eine arbeitsteilige oder gemeinsame Überprüfung der Heime kann - bedingt durch unterschiedliche Prüffrequenzen und Zuständigkeiten – nur teilweise erfolgen. Den verständlichen Wünschen der Träger nach vollständiger Synchronisierung kann daher nicht vollständig entsprochen werden. Die Beteiligung von Trägervertretern an der AG20 ist gesetzlich nicht vorgesehen. Diese können jedoch themenbezogen hinzugezogen werden.

1. **Heimmitwirkungsverordnung**

(HeimMitwirkungsV) vom 19. Juli 1976, ebenfalls novelliert mit Wirkung vom 01.08.2002

Die HeimMitwirkungsV regelt die Beteiligung von Heimbewohnern an der Gestaltung des Heimbetriebes. Mitwirkungsgremium ist dabei ein Heimbeirat bzw. bei Nichtzustandekommen des Heimbeirates ein Heimförsprecher.

Je nach GröÖe eines Heimes sollen im Turnus von zwei Jahren bis zu neun Vertreter gewöhlt werden. Nach der novellierten Verordnung können bis zu 40 % der Heimbeiratsmitglieder Externe sein, d.h. Personen, die nicht selber im Heim leben, sondern als Vertrauenspersonen von den Heimbewohnern gewöhlt werden. Die auf der Grundlage der HeimMitwirkungsV zu bildenden Heimbeiräte sind aufgrund der hohen Pflegebedürftigkeit der Bewohner zunehmend schwieriger zu gewinnen. Die Chancen hierzu werden durch die Möglichkeit der Beteiligung Externer erheblich verbessert. Die Neuwahl der Heimbeiräte nach dem neuen Recht und die Beratung der Heimbewohner/innen dazu ist gleichzeitig mit einem großen Aufwand für die Heimbeiräte, die Träger und die Heimaufsichtsbehörde verbunden.

Kann ein Heimbeirat auch mit der Unterstützung Externer nicht gebildet werden, so ist die Sozialbehörde verpflichtet, einen Heimförsprecher einzusetzen. Heimförsprecher können sozial engagierte Personen werden, die von der Heimaufsicht als geeignet eingeschätzt werden.

Die Heimaufsicht Bremen hat eine Gruppe von Ehrenamtlichen aufgebaut, deren Mitglieder als Heimförsprecher/innen oder Unterstützer/innen bestehender Heimbeiräte eingesetzt werden können, im Einzelfall aber auch als externe Mitglieder in einen Heimbeirat gewöhlt werden können.

→ Ehrenamtliche in der Heimmitwirkung:

Sie finden die Ehrenamtlichen in der Heimmitwirkung im Internet unter www.heimmitwirkung.de

Weiteres Informationsmaterial können Sie anfordern bei:

Martin Stöver

Tel. 361- 89 545

Fax: 361- 22 75

Email: Martin.Stoever@soziales.bremen.de

2. **Heimsicherungsverordnung**

(HeimsicherungsV) vom 24. April 1978

Die HeimsicherungsV regelt den Umgang von Einrichtungsträgern mit Geld oder geldwerten Leistungen als Darlehen, Kautions oder Vorauszahlung. Sie beschreibt auch Kriterien, nach denen die wirtschaftliche Zuverlässigkeit eines Heimträgers zu beurteilen ist.

Die Bestimmungen der HeimsicherungsV kommen in Bremen selten zur Anwendung, da es hier bei Heimträgern nicht üblich ist, sich Geld von Heimbewohnern zu leihen bzw. anzunehmen

3. **Heimindestbauverordnung**

(HeimMindBauV) vom 3. Mai 1983

Die HeimMindBauV regelt die bauliche Gestaltung und beschreibt die Anforderungen an Zimmergrößen, Sanitärstandards und andere Aspekte der Bauausstattung.

Sie kommt in allen Einrichtungen zur Anwendung. Durch die Einführung der Pflegeversicherung hat sich in diesem Bereich ein erheblicher Prüfbedarf ergeben, da viele Einrichtungsträger ihre ehemaligen Altenheimplätze in Altenpflegeplätze umgewandelt haben. Für den Betrieb von Altenpflegeplätzen bestehen heimmindestbaurechtlich jedoch höhere Anforderungen, die seitens der Einrichtungen für umgewidmete Plätze umgesetzt werden müssen.

Die Heimmindestbauverordnung wird zur Zeit in einer Arbeitsgruppe der Länderreferenten überarbeitet, mit einer Neufassung ist in 2005 zu rechnen. Die neue Heimmindestbauverordnung viele Standards, die über die bisherige Verordnung hinaus gehen und sich am Markt als Standards durchgesetzt haben, festschreiben. Sie wird darüber hinaus zusätzlich zu Vorschriften über Zimmergrößen differenziertere Aussagen über Gemeinschaftsflächen, insbesondere bei Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Demenz, machen.

4. **Heimpersonalverordnung**

(HeimPersV) vom 19. Juli 1993

Die HeimPersV legt die persönlichen und fachlichen Mindestanforderungen an die Heimleitung, die Pflegedienstleitung sowie das Betreuungspersonal einer Einrichtung fest.

Vorbereitung eines Landesheimgesetzes

Im Zuge der Föderalismusreform im Jahr 2006 wurde die Gesetzgebungskompetenz vom Bund an die Länder übertragen. Das bisherige Bundes-Heimgesetz bleibt gültig, bis die Länder eigene gesetzliche Regelungen schaffen.

In der Vorbereitung eines bremischen Landesheimgesetzes engagiert sich der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales gemeinsam mit anderen Bundesländern dafür, möglichst weitgehende gemeinsame Standards mit anderen Ländern zu verabreden.

5.1.6. Alten- und Altenpflegeheime im Bremer Umland

Zu der Versorgung mit Plätzen der stationären Altenhilfe liegen für die um Bremen herum liegenden Landkreise die Zahlen für Pflegeheimplätze bis zum Jahr 2004 vor. Aussagen über die Versorgung speziell mit Altenwohnheimplätzen können daher nicht gemacht werden.

Die Zahl der Pflegeheimplätze für ältere Menschen in den Umland-Landkreisen hat - allerdings von einem niedrigeren Niveau aus - bis 2004 stärker zugenommen als in der Stadt Bremen. Alle umliegenden Landkreise haben den Bremer Versorgungsgrad (auch den von 2006) überschritten. Der Ausbau und die Entwicklung in den umliegenden Landkreisen ist auch für die Entwicklung der Bremer Versorgungsstruktur von Bedeutung. Insbesondere wenn Leistungsangebote, Standards und Kosten gegenüber Bremer Einrichtungen vergleichbar sind, stellt dieses Angebot eine Alternative dar, die mit der Abwanderung von Pflegebedürftigen verbunden ist.

Folgende Aspekte können für die Entscheidung für einen Heimplatz im Umland relevant sein:

- Stadtteilbezogenes Platzangebot in Bremen

Ältere Menschen bzw. deren Angehörige versuchen in der Regel zunächst, eine stadtteilbezogene Heimversorgung zu erhalten. Bei der Suche nach einer Alternative sind die Wege für die Angehörigen ein wesentlicher Aspekt. Dabei ist der Weg zu einem Heim im Umland oft nicht länger, als der Weg in einen anderen Stadtteil.

- Heimentgelte

Die landesspezifischen Investitionsförderungen hatten hier eine hohe Steuerungsfunktion. Ältere Menschen und ihre Angehörigen achten bei der Auswahl von Einrich-

tungen verstärkt auf das Preis/Leistungsverhältnis, insbesondere nach Einführung des PflegeVG.

Obwohl die Kosten der Heimversorgung im Bremer Umland sich in den letzten Jahren den Preisen in der Stadtgemeinde Bremen angenähert haben, gibt es immer noch eine Anzahl von Einrichtungen in den Landkreisen, die bei vergleichbarer Leistung einen günstigeren Pflegesatz anbieten können.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Platzkapazitäten im Umland bis zum Jahr 2004:

Heimplätze und Versorgungsgrad in den umliegenden Landkreisen

Landkreis	1992	2004	Zuwachs 1992 > 2004	Vers.-Grad
Verden	1.436	1.588	11%	169
Osterholz	803	1.284	60%	166
Rotenburg	1.008	1.400	39%	117
Diepholz	1.069	2.011	88%	123
Oldenburg	627	1.098	75%	134
Bremen-Stadt ³	3.077	4.584	49%	97

Diese Tabelle bezieht sich ausschließlich auf Pflegeheimplätze und lässt zunächst im Vergleich zu Bremen einen quantitativ höheren Versorgungsgrad der Landkreise erkennen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach den Erhebungen des BAW-Gutachtens⁴ derzeit ca. 1.500 ältere pflegebedürftige Menschen aus dem Land Bremen in den Einrichtungen des Umlandes versorgt werden. Der Anteil der Bremerhavener, die in den umliegenden Landkreisen stationär versorgt werden, ist dabei höher, als es dem Bremerhavener Bevölkerungsanteil entspricht. Es ist daher von höchstens 1.200 älteren pflegebedürftigen Menschen aus der Stadt Bremen auszugehen, die in den Landkreisen stationär betreut werden.

Das stark angewachsene Angebot an Pflegeheimplätzen in Bremen hat sich vermindert auf die Abwanderung in die Heime des Landkreises ausgewirkt. Daten liegen dazu noch nicht vor, niedersächsische Heimträger klagen jedoch über die rückläufige Belegung aus Bremen.

Zu der Versorgung mit Wohnheimplätzen liegen für die Landkreise derzeit keine aktuellen Daten vor. Es gilt jedoch als sicher, dass Bremen hier eine deutlich bessere Versorgung als die Landkreise hat. Je länger ein älterer Mensch die Möglichkeit hat, in einem Wohnheim angemessen versorgt zu werden und ggf. Pflegeleistungen im nötigen Umfang in Anspruch nehmen zu können, desto später stellt sich die Notwendigkeit, in ein Pflegeheim umzuziehen.

Die Entwicklung der einzelnen Landkreise und deren Auswirkungen auf Bremen:

³ Da für die Landkreise bisher nur die Daten bis 2004 vorliegen, sind hier auch die Bremer Daten von 2004 genannt. Aktuelle Bremer Daten: siehe Seite 212

⁴ Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales hat in Abstimmung mit dem Senat 2002 das „BAW Institut für Wirtschaftsforschung GmbH“ mit einem Gutachten zu der Frage „Regionalökonomische Effekte von Investitionen im Pflegeheimsektor“ beauftragt.

- **Landkreis Verden**

Mit relativ vielen Schließungen kleinerer Heime und gleichzeitig vielen neu geschaffenen Heimplätzen hat es hier einen großen Wechsel, jedoch insgesamt nur eine moderate Steigerung gegeben.

Neu geschaffene Plätze in Bremen-Ost haben sich reduzierend auf die Nachfrage im Landkreis Verden ausgewirkt, die Zahl der Plätze konnte auf hohem Niveau gehalten werden.

- **Landkreis Osterholz**

Die Erhöhung der Platzzahl im Landkreis Osterholz von 1992 bis 2004 um 60 % wirkt sich insbesondere auf die Stadtgebiete Bremen-West und Bremen-Nord aus, weil attraktive, preisgünstige Platzangebote von Altenpflegeheimen im Landkreis Osterholz eine ernsthafte Konkurrenz zu Bremer Einrichtungen in den Stadtgebieten darstellen.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die betroffenen Bremer Alteneinrichtungen ihren Qualitätsstandard nicht erhöht haben und/oder die Einrichtungen im Landkreis Osterholz Leistungen kostengünstiger anbieten können.

Die große Zahl neuer Plätze im Bremer Westen hat auch hier sicher die Abwanderung vermindert.

- **Landkreis Diepholz**

Die größte prozentuale Zunahme von Heimplätzen gab es von 1992 bis 2004 mit 88 % im Landkreis Diepholz.

Erwähnenswert sind dabei besonders zwei neue Alteneinrichtungen in Kirchweyhe und eine in Brinkum, die als konkurrierende Angebote zu Einrichtungen im Stadtgebiet Bremen-Süd zu sehen sind.

Seit Bestehen der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die kommunalen Sozialdienste nicht mehr in jedem Fall an der Vermittlung von Heimplätzen für ältere Menschen beteiligt. Damit haben sich die Einflussmöglichkeiten darauf verringert, ob Menschen mit einem stationären Betreuungsbedarf Bremer oder auswärtige Angebote in Anspruch nehmen.

→ Heimverzeichnis:

Das Heimverzeichnis finden Sie in der Anlage zu diesem Kapitel.

→ Broschüre:

Die Heime finden Sie auch in der Broschüre "Wohnen im Alter" rostfrei-Sonderausgabe in Kooperation mit kom.fort, 2006, kostenlos

→ Im Internet:

Die Broschüre "Wohnen im Alter" bekommen Sie auch als Download von der Website des Sozialsenators unter Soziales / Aktuelle Infos / Ratgeber Wohnen im Alter:

www.bremen.de/sozialsenator

Die Heime finden Sie im Seniorenkompass unter Wohnen in Heimen:

www.seniorenkompass.bremen.de

B - Bewertung und Maßnahmevorschläge

Ältere Menschen haben gleichzeitig den Wunsch nach möglichst weitgehender und lang andauernder Autonomie in der Lebensführung und ein Sicherheitsbedürfnis in Bezug auf eine umfassende Versorgung. Die Wichtigkeit dieser unterschiedlichen Bedürfnisse hat sich in den letzten Jahren verschoben. Entsprechend haben sich Aufgabe und Funktion von Heimen im System der Altenhilfe gewandelt.

Mit dem Ausbau der so genannten mehrgliedrigen Einrichtungen erschien bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters, bei Eintreten bestimmter Lebensumstände, z.B. bei Verlust des Lebenspartners oder bei gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Mobilität der Umzug in ein Altenheim oder Altenwohnheim – je nach Versorgungsbedarf – vielen älteren Menschen als eine attraktive Lösung. Sie kam für einige ältere Menschen auch in Betracht, bevor eine Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne eingetreten war.

Heute hat der Wunsch nach möglichst lang andauernder Autonomie in der Lebensführung gegenüber dem Sicherheitsbedürfnis zugenommen. Die Menschen wollen in der Regel auch im Alter und bei zunehmendem Hilfebedarf so lange wie möglich selbständig in einer eigenen Häuslichkeit leben. Außerdem entspricht das Altenheim mit seinen starren Tagesstrukturen, seinem Konzept der Vollversorgung für Menschen, die diese oft noch gar nicht brauchen und mit seinem noch bescheidenen Komfort nicht den Erwartungen der älteren Menschen an ihre Lebensqualität.

Die Bremer Heimträger haben sich auf diese veränderten Bedürfnisse älterer Menschen weitgehend eingestellt. Dies zeigt sich in einem bedarfsgerechten quantitativen Ausbau der Heimplätze ebenso wie in einer qualitätsverbessernden Sanierung bestehender Heime und insbesondere auch in einem starken Ausbau der Altenwohnheimplätze. Auch die Unterschiede in der Versorgung der Bremer Regionen mit Heimplätzen konnten weitgehend kompensiert werden.

Diese Entwicklung konnte mit den Mitteln der Investitionsförderung positiv beeinflusst werden.

Für den inzwischen relativ geringen verbliebenen Anteil an Altenheimplätzen wird weiterhin ein Bedarf gesehen, denn auch im Bereich der so genannten „Pflegestufe 0“ kann es auf der Grundlage der §§ 61 ff. SGB XII „die Notwendigkeit stationärer Versorgung u. Betreuung“ geben - sowohl für Selbstzahler wie auch für Sozialhilfebezieher - so z.B. für demenziell oder psychisch erkrankte Menschen. Dabei geht

**Heimplätze mit umfassendem
Betreuungsangebot auch für
Menschen ohne somatischen
Pflegebedarf sind in einem
Mindestumfang zu erhalten**

es um Menschen, die in einem Altenwohnheim unzureichend betreut bzw. beaufsichtigt sind, jedoch keinen ausgeprägten körperlichen Pflegebedarf haben.

Bestimmend für den Bedarf und die Ausdifferenzierung von Altenpflegeeinrichtungen sind vor allem:

- a) die demografische Entwicklung,
- b) die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit,
- c) die materiellen Voraussetzungen der Pflegebedürftigen
- d) sowie Voraussetzungen der Familienangehörigen, wie z.B. Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Zu a) demografische Entwicklung

Demografisch wird eine erhebliche Zunahme der über 80-jährigen Bevölkerung prognostiziert. Allein aus diesem Grund werden ungeachtet weiterer Aspekte der Bedarfsentwicklung in den nächsten zehn Jahren ca. 250 neue Pflegeheimplätze erforderlich sein, wenn man von gleich bleibenden Aufnahmebedingungen ausgeht.

Zu b) Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Bezüglich der Pflegedürftigkeit ist bei weiter sich erhöhendem Einzugsalter mit einem erhöhten Anteil der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner zu rechnen. Diese sind nicht so sehr auf körperliche Pflege angewiesen, wie auf eine umfassende Betreuung, Tagesstrukturierung und Beaufsichtigung. Das erfordert sowohl andere, erweiterte Qualifikationen des Betreuungspersonals als auch eine der Demenzerkrankung angepasste Struktur der Einrichtungen.

In den Bremer Heimen leben ca. 2.500 Menschen mit Demenz. Sie sollen und können nicht grundsätzlich in Sondereinrichtungen oder gesonderten Bereichen der Heime betreut werden. Bei einer bestimmten Ausprägung der Demenzerkrankung sind sie jedoch in die regulären Wohngruppen nicht mehr integrierbar, weil sie einer besonderen Betreuung und Beaufsichtigung bedürfen und ihre besonderen Ansprüche den Heimbewohnern ohne Demenzerkrankung nicht ausreichend vermittelbar sind.

Für sie sind in den Heimen besondere Wohngruppen zu schaffen. Eine große Zahl Bremer Heime hat ihre Wohngruppen bereits in diesem Sinne umstrukturiert, weitere Planungen in diese Richtung bestehen.

Für einen kleinen Teil der Menschen mit Demenz, die sich z.B. durch besonders hohen Mobilitätsdrang und teilweise aggressive Verhaltensformen

Platzangebot in Heimen für ältere Menschen der demografischen Entwicklung anpassen

In den Heimen differenzierte Bereiche schaffen für Menschen mit unterschiedlichen Betreuungsbedarfen

auszeichnen, sind spezielle Einrichtungen zu schaffen. Der Bedarf an Plätzen in gesonderten Einrichtungen wird derzeit auf kapp 200 geschätzt. Da entsprechende Heime aus konzeptionellen Gründen nicht mehr als 45 Plätze haben sollten, entspricht dies in etwa je einem Haus in vier Bremer Regionen. Für Betreiber können niedrige Platzzahlen allerdings die Wirtschaftlichkeit einschränken.

Die Häuser sollten mehrgliedrig strukturiert sein, d.h. über mehrere Wohngruppen mit zentralem Gemeinschaftsraum (Wohnküche) und eine Pflegestation für Demenzkranke verfügen, bei denen nach fortgeschrittenem körperlichen Abbau die körperliche Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht.

Angegliedert an eine derartige Dementeneinrichtung und als Vorstufe zur vollstationären Betreuung ist eine Hausgemeinschaft vorstellbar, die in erster Linie geeignete Wohnstrukturen und einen Grund-Service anbietet. Die Pflege wäre hier je nach individuellem Bedarf durch ambulante Hilfen sicherzustellen.

Für eine weitere besondere Gruppe von Pflegebedürftigen, die Wachkomapatienten, sind ebenfalls die Bedingungen ihrer Versorgung zu klären.

Pflegebedürftige im Wachkoma der sog. Phase F haben überwiegend neurologische Schädigungen aufgrund

- zerebraler Gefäßerkrankungen
- von Schädigungen durch akuten Sauerstoffmangel (z.B. nach Reanimation)
- traumatischer Ereignisse (Unfallfolgen)
- entzündlicher Prozesse
- von Tumor- und anderen Erkrankungen des ZNS

Für einen Teil der Einrichtungen, die Plätze für diese Zielgruppe anbieten, besteht noch Klärungsbedarf in einigen Aspekten des Versorgungsvertrages.

Zu c) materielle Voraussetzungen der Pflegebedürftigen

Die materiellen Voraussetzungen der Pflegebedürftigen werden von stagnierenden bis sinkenden Realeinkommen und höheren Kosten der stationären Pflege bestimmt sein. Daraus folgt nicht zwangsläufig eine geringere Inanspruchnahme stationärer Pflege. Es wird jedoch ein höherer Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sein, solange die Leistungen des SGB XI nicht entsprechend angepasst werden.

Spezielle Heime für Menschen mit sehr ausgeprägten Demenzerkrankungen

Stationen für Wachkomapatienten weiter entwickeln, Versorgungsverträge klären

Zu d) Voraussetzungen der Familienangehörigen, wie z.B. Erwerbstätigkeit beider Ehepartner, Familienangehörige an anderen Orten, Frauenerwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

Trotz der auf hohem Niveau stabilen Arbeitslosenquote ist ein steigender Anteil der Frauenerwerbstätigkeit festzustellen, was die Bedingungen ambulanter Pflege zusätzlich verschlechtert.

Seit Bestehen der Pflegeversicherung im stationären Bereich ist der kommunale Sozialdienst nur noch unsystematisch in die Beratung älterer Menschen und ihrer Familien bei der Frage der ambulanten oder stationären Pflege beteiligt. Denn der MDK der Pflegekassen begutachtet im Einzelfall die „Notwendigkeit der stationären Versorgung“. Dabei sind die sozialen Kriterien, wie z.B. Vorhandensein einer Pflegeperson oder Überforderung einer Pflegeperson, von erheblicher Bedeutung

Gestützt auf die positiven Erfahrungen mit dem früheren Sozialdienst „Ältere Menschen“, sowie auf ausländische Modelle mit entsprechenden kommunalen Steuerungsstellen (Dänemark, Italien), ist der Versuch sinnvoll, durch zusätzliche Beratung und Unterstützung i.S. eines Case Managements des Sozialdienstes im Einzelfall die Notwendigkeit der stationären Versorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern. Eine solche Steuerungsstelle sollte baldmöglichst geschaffen werden.

Zusätzliche Beratung und Unterstützung, Schaffung einer Steuerungsstelle

Folgende Maßnahmen sind u.a. vorgesehen:

- flächendeckendes systematisches Case Management,
- enge Kooperation des Sozialdienstes, des Gesundheitsamtes, der Wirtschaftlichen Hilfen und des Sozialdienstes im Krankenhaus,
- Systematische Beratung u. Unterstützung bei Übergang vom Krankenhaus in die Kurzzeitpflege und vor Übergang von der häuslichen zur stationären Versorgung.

In der Stadtgemeinde Bremen betragen die Ausgaben für alle pflegebedürftigen Menschen insgesamt im Jahre 2004 38,3 Mio. Euro und zwar für rd. 1.050 pflegebedürftige Personen in häuslicher und rd. 2.100 Personen in stationärer Versorgung.

Auf der Angebotsseite ist ein ausreichendes, ineinandergreifendes System vorstationärer Versorgungsformen erforderlich, um keine unechten Bedarfseffekte hervorzurufen.

Die kaum rückläufige Auslastung der stationären Pflegeplätze bei stark erhöhtem Versorgungsgrad verbessert die Bedingungen für die stationäre Versorgung der Bremer in Bremen.

Wegen des Preisgefälles zwischen den niedersächsischen und bremischen Heimen werden sich jedoch weiterhin ältere Menschen entgegen ihrem eigentlichen Wunsch nach einer wohnortnahen Unterbringung für einen Heimplatz im Umland entscheiden.

Das „baw-Gutachten“ geht von ca. 1.500 älteren Menschen aus dem Land Bremen aus, die in stationären Einrichtungen der umliegenden Landkreise versorgt werden.

Dies ist altenpolitisch und finanz- und wirtschaftspolitisch aufgrund der Einwohner- und Arbeitsplatzeffekte negativ zu bewerten. Die Möglichkeit einer Reduzierung dieser „Abwanderung“ um 50 % durch die Schaffung entsprechender Angebote in Bremen könnte als realistisch angenommen werden. Die in den letzten Jahren entstandenen und die im Bau bzw. in Planung befindlichen Angebote sind unter diesem Aspekt zu begrüßen.

Die stadtteilbezogenen Unterschiede in der Versorgung mit stationären Pflegeplätzen konnten im Zeitraum seit dem letzten Altenplan zunehmend kompensiert werden. Dies wurde durch die Steuerung mit den jetzt auslaufenden Investitionsfördermitteln unterstützt.

In der Beratung von Initiatoren neuer Projekte spielen in erster Linie konzeptionelle Fragen (besondere Strukturen für die Dementenbetreuung) eine Rolle. Fehlende Investitionsmittelförderung reduziert auf der Angebotsebene die Steuerungsmöglichkeiten. Die Entwicklung neuer baulicher Standards (mehr Einzelzimmer) wird in der stationären Altenpflege weitgehend über den Markt geregelt.

Weiterhin notwendig ist die Beratung in Richtung einer besseren Überschaubarkeit und damit begrenzten Platzzahl neuer Heime. Die neuen Plätze müssen in Preis und Qualität konkurrenzfähig zu Angeboten aus dem bremischen Umland sein. Bei wegfallenden Steuerungsmöglichkeiten durch Investitionsfördermitteln kommt der fachlichen Beratung der Initiatoren mehr Bedeutung zu.

Die Übertragung des Heimrechts auf die Länder ist im Zuge der Föderalismusreform gegen den vielfachen Rat von Fachleuten 2006 beschlossen worden. Bremen wird ebenso wie andere Bundesländer ein eigenes Heimrecht entwickeln. Gesichtspunkte der Entbürokratisierung und Aktualisierung sind bei der Erstellung eines neuen Heimrechts für das Bundesland Bremen aufzunehmen.

Attraktivität der stadtbremischen Angebote verbessern

Angebotssteuerung weiterentwickeln

Trägerberatung qualifizieren

Landes-Heimrecht für Bremen entwickeln

In diesem Zusammenhang ist auch dem dringenden Reformbedarf der heimrechtlichen Verordnungen (Heimpersonalverordnung, Heimmindestbauverordnung, Heimmitwirkungsverordnung) Rechnung zu tragen. Die bisherigen Verordnungen entsprechen nicht mehr den Markt entstandenen Standards und den veränderten fachlichen Anforderungen.

Standortkonkurrenzen um die Ansiedlung neuer Heime sollten auf dem qualitativen und wirtschaftlichen Wettbewerb der Betreiber beruhen. Nach dem Übergang des Heimrechts in Länderkompetenz werden daher mit den anderen Ländern und dem Bund abgestimmte Standards angestrebt.

Demenz- und anderen Wohngemeinschaften entstehen auch in Bremen. Diese sind bisher im Heimrecht unberücksichtigt geblieben. Ein Landesheimrecht soll hier angemessene Regelungen einführen.

Nach der vor zwei Jahren noch bestehenden Fachkräfteknappheit auf dem Arbeitsmarkt stehen gegenwärtig ausreichend ausgebildete Kräfte zur Verfügung.

Für die einheitliche und verbindliche Bemessung einer Personalausstattung ist inzwischen eine Länderregelung nach § 75 SGB XI geschaffen worden. Auf dieser Grundlage sind jetzt die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den einzelnen Heimen abzuschließen.

In neuen Einrichtungen, die in der Betreuung von Menschen mit Demenz nach dem Konzept der Wohnküchen arbeiten, spielen hauswirtschaftlich qualifizierte Mitarbeiterinnen eine zunehmende Rolle. Sie werden noch unter verschiedenen Bezeichnungen wie „Präsenzkraft“ oder „Alltagsmanagerin“ eingesetzt. Ihre Ausbildung und ihre Tätigkeitsbeschreibung sind zu konkretisieren und möglichst zu vereinheitlichen, um sie in der Personalbemessung klarer berücksichtigen zu können.

Fehlendes Fachpersonal kann durch Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen nicht ersetzt werden, diese können jedoch in bestimmten Bereichen eine sinnvolle Ergänzung der professionellen Betreuung darstellen.

Die Träger sollten Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Ehrenamtlichen festlegen und ihren Einsatz durch Aufwandsentschädigungen und klare Versicherungsregelungen fördern

Altenpflegeeinrichtungen sollen lebendige Einrichtungen sein, was u.a. durch eine möglichst heterogene Bewohnerstruktur gefördert wird. Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen und Defiziten sollen hier zusammenleben. Es wird daher empfo-

Anpassung der heimrechtlichen Verordnungen

Demenz-Wohngemeinschaften im Heimrecht berücksichtigen

Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abschließen

Einheitliches Qualifikationsprofil für hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen schaffen

Förderung von Angehörigen-Engagement

Abgestufte Betreuungseinrichtungen weiter entwickeln

len, das Angebot stationärer Plätze um vorstationäre Angebotsbausteine zu erweitern (Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulanter Pflegedienst).

Damit wird eine Verzahnung mit dem Stadtteilumfeld erleichtert, die den Bewohnern neue Impulse geben kann.

Die Sozialen Arbeitskreise, die zurzeit in Bremen-Nord und Bremen-Süd bestehen, sind ein geeignetes Forum, eine Verzahnung und abgestimmte Vernetzung der Angebote im Stadtteil zu fördern.

Es ist daher wünschenswert, ihre Arbeit auf eine verbindlichere Grundlage zu stellen und die verschiedenen Angebotsträger in höherem Maße zu einer Mitarbeit in den Sozialen Arbeitskreisen zu verpflichten. Eine Möglichkeit wird in einer entsprechenden Verpflichtung in den Versorgungsverträgen gesehen.

Weitere Impulse zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Wohnumfeldes können die Bewohner unmittelbar erhalten, indem sie angeregt werden, sich in den Heimen zu engagieren.

Hierzu werden drei Ansatzpunkte empfohlen:

- Der Senator für Soziales veranstaltet regelmäßig Treffen für Heimbeiräte im Sinne einer Informationsveranstaltung, die gleichzeitig einen motivierenden und das Engagement würdigenden Charakter hat.
- Interessierten Heimbeiräten soll außerdem die Gelegenheit zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gegeben werden.
- Die begleitenden Veranstaltungen mit den Ehrenamtlichen in der Heimmitwirkung in Bremen sind ein Schritt in diese Richtung.

Integration der Heime in den Stadtteil fördern

Aufgaben der Sozialen Arbeitskreise verbindlich regeln

Mitwirkung der Bewohner erweitern

Anlage 1

Versorgungsgrad in Bremen in der stationären Altenpflege

Erläuterungen:

Die erste Spalte zeigt die Zahl der Einwohner im Alter von mehr als 75 Jahren¹, die zweite Spalte die Zahl der zur Zeit verfügbaren Pflegeheimplätze.²

Die dritte Spalte zeigt die Zahl der geplanten Pflegeheimplätze³, mit deren Fertigstellung in den nächsten zwei Jahren zu rechnen ist.

Die vierte Spalte gibt den derzeitigen Versorgungsgrad an. D.h., sie zeigt, wie viele Plätze der stationären Pflege für 1.000 Bewohnerinnen und Bewohner des jeweiligen Stadtteils im Alter von mehr als 75 Jahren zur Verfügung stehen. Die fünfte Spalte zeigt schließlich den Versorgungsgrad, der nach Fertigstellung der geplanten Plätze erreicht sein wird.

Auf die Stadt Bremen bezogen besteht ein Versorgungsgrad von ca. 105.

Die Werte für die Regionen Süd, West und Ost konnten im Laufe der letzten Jahre relativ stark angenähert werden. Die scheinbare Unterversorgung des Bezirks Mitte wird durch Planungen mehr als kompensiert.

Dabei ist auch die relativ gute Versorgung der Neustadt zu berücksichtigen, die durch unmittelbar an den Bezirk Mitte angrenzende Einrichtungen zustande kommt.

Die Werte für die Ortsteile Strom und Seehausen (die keinem Stadtteil zugeordnet sind), sind hier wie die Werte eines Stadtteiles dargestellt. Das gleiche gilt für die Werte der Ortsteile Borgfeld und Oberneuland. Die Daten für den Ortsteil Blockland wurden den Findorffer Daten hinzugerechnet.

¹ Quelle: Daten des statistischen Landesamtes

² Quelle: eigene Erhebungen

³ soweit die Planungen hier bekannt sind

	<i>75 u.älter</i>	<i>PH Plätze Ist</i>	<i>PH Plätze geplant</i>	<i>V Grad Ist</i>	<i>V Grad mit Planung</i>
Neustadt	3525	488	0	138	138
Obervieland	2351	242	0	103	103
Huchting	2467	188	3	76	77
Woltmershausen	1051	62	0	59	59
Seehausen/Strom	96	0	0	0	0
Süd	9490	980	3	103	104
Mitte	1019	97	100	95	193
Häfen	6		0	0	0
Östl. Vorstadt	1974	129	120	65	126
Mitte	2999	226	220	75	149
Findorff	2566	338	0	132	132
Gröpelingen	2471	412	40	167	183
Walle	2362	116	100	49	91
West	7399	866	140	117	136
Burglesum	3344	701	39	210	221
Vegesack	3361	373	0	111	111
Blumenthal	2705	167	0	62	62
Nord	9410	1241	39	132	136
Schwachhausen	4500	364	0	81	81
Vahr	3202	183	30	57	67
Horn-Lehe	2691	191	0	71	71
Borgfeld/Oberneuland	1446	193	0	133	133
Osterholz	2998	529	175	176	235
Hemelingen	3213	193	65	60	80
Ost	18050	1653	270	92	107
Gesamt Bremen	47.348	4.966	672	105	119

Stand: September 2005



Verzeichnis

der
Altenwohnheime, Altenheime und Altenpflegeheime
im Land Bremen

Stand: 10.01.2007

PWP: Zahl der Pflegewohnplätze
AWP: Zahl der Altenwohnheimplätze

eine zusätzliche Liste mit den Pflegesätzen
der Heime ist in Arbeit

Bremen - Mitte

DKV DKV-Residenz in der Contrescarpe Am Wandrahm 40-43 29195 Bremen	Tel. 0421-3229 0 Fax 0 E Mail c.allnoch@dkv-rc.de Stadtteil: Mitte	PWP 28	AWP 0
Heimleitung: Frau Allnoch			
Bremer Heimpflege gGmbH Stadtteilhaus St. Remberti Hoppenbank 2-3 28203 Bremen	Tel. 0421-36 02-0 Fax 3602 119 E Mail jutta.dunker@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Mitte	PWP 62	AWP 55
Heimleitung: Frau Dunker			
Alten- und Pflegeheim Haus am Dobben GmbH Haus am Dobben Am Dobben 67/68 28203 Bremen	Tel. 0421-7 80 89 Fax 702433 E Mail haus-am-dobben@t-online.de Stadtteil: Mitte	PWP 34	AWP 0
Heimleitung: Frau Pape-Raschen			
Diakonie Freistatt-Bremen gGmbH Pflegezentrum "Am Doventor" Doventorsdeich 3-15 28195 Bremen	Tel. 47 88 4 - 0 Fax 0 E Mail 0 Stadtteil: Mitte	PWP 100	AWP 0
Heimleitung: Frau Scholten			
ASB Altenwohn- und Pflegeheim GmbH Altenpflegeheim Herderstraße Herderstraße 25-27 28203 Bremen	Tel. 0421-793 50 Fax 7935 10 E Mail Pdlh@asb-bremen-altenpflegeheime.de Stadtteil: Östliche Vorstadt	PWP 37	AWP 0
Heimleitung: Frau Hülsemeyer			
AHB Mobilé Gesundheitszentrum Bremen-Mitte Friedrich-Karl-Str. 22 28205 Bremen	Tel. 0421- 4 37 72-0 Fax 4 37 72- 101 E Mail v.tebelmann@ahb-bremen.de Stadtteil: Östliche Vorstadt	PWP 46	AWP 0
Heimleitung: Frau Tebelmann			
ASB Altenwohn- und Pflegeheim GmbH Haus am Osterdeich Osterdeich 136 28205 Bremen	Tel. 0421-4996 100 Fax 4996 107 E Mail feuerstraeter@asb-bremen-altenpflegeheime.de Stadtteil: Östliche Vorstadt	PWP 102	AWP 3
Heimleitung: Frau Feuersträter			
Wohnanlagen Betriebsgesellschaft Seniorenresidenz Schierker Straße Schierker Straße 36 28205 Bremen	Tel. 0421-49 89 242 Fax 0 E Mail 0 Stadtteil: Östliche Vorstadt	PWP 0	AWP 40
Heimleitung: Frau Schmeelk-Weber			
Caritas-Pflege gGmbH St. Franziskus Georg-Gröning-Str. 55 28209 Bremen	Tel. 0421-33573 205 Fax 33573 180 E Mail k.neugebauer@caritas-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen	PWP 42	AWP 0
Heimleitung: Frau Neugebauer			

Krohne Hanseaten-Residenz Schwachhauser Herrstr. 157 28211 Bremen	Tel. 0421-43 09 100 Fax 43 98 101 E Mail info@krohne-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen		
Heimleitung: Herr Krohne		PWP 20	AWP 0

Bremen - Ost

Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsresidenz Ichonpark Oberneulander Landstraße 70 28355 Bremen	Tel. 0421-25 77 - 0 Fax 2577 119 E Mail sabine.bonjer@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Borgfeld/Oberneuland	PWP	37	AWP	65
Heimleitung: Frau Bonjer					
Convivo Seniorenpflegeheim Rockwinkeler Park Rockwinkeler Landstr. 3 28355 Bremen	Tel. 0421-2781 0 Fax 2781 1905 E Mail 0 Stadtteil: Borgfeld/Oberneuland	PWP	42	AWP	0
Heimleitung: Frau Matthias					
Seniorenresidenz Am Mühlenfeld GmbH Seniorenresidenz Am Mühlenfeld Mühlenfeldstr. 38 28355 Bremen	Tel. 0421-33 014 Fax 3301 999 E Mail oberneuland@ks-sozialbau.de Stadtteil: Borgfeld/Oberneuland	PWP	86	AWP	28
Heimleitung: Frau Zornow					
Arbeiterwohlfahrt Sozialzentrum Arbergen Hermann-Osterloh-Straße 117 28307 Bremen	Tel. 0421-48 908-0 Fax 48908 144 E Mail d.kutschker@awoambulant-bremen.de Stadtteil: Hemelingen	PWP	96	AWP	0
Heimleitung: Frau Kutschker					
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Hemelingen Dietrich-Wilkens-Straße 18 28309 Bremen	Tel. 0421-41 04 0 Fax 4104 119 E Mail raviola.perkovic@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Hemelingen	PWP	68	AWP	26
Heimleitung: Frau Perkovic					
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsresidenz Marcusallee Marcusallee 39 28359 Bremen	Tel. 0421-23 85 - 0 Fax 2385 619 E Mail klaus.Rademacher@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Horn-Lehe	PWP	61	AWP	73
Heimleitung: Herr Rademacher					
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsresidenz Luisenthal Brucknerstraße 15 28359 Bremen	Tel. 0421-23 82 -0 Fax 2382 119 E Mail Egon.Krieger@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Horn-Lehe	PWP	30	AWP	97
Heimleitung: Frau Hillmann					
Hannoversche Genossenschaft Johanniter-Haus Seiffertstraße 95 28359 Bremen	Tel. 0421-20 40 0 Fax 2449314 E Mail g.engeler.hb@johanniter-stifte-nord.de Stadtteil: Horn-Lehe	PWP	50	AWP	48
Heimleitung: Herr Engeler					
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Holler Grund Im Holler Grund 61 28357 Bremen	Tel. 0421-27 85-0 Fax 2785 119 E Mail Eva-Christina.Thomke@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Horn-Lehe	PWP	50	AWP	0
Heimleitung: Frau Thomke					

Forum Ellener Hof gGmbH Pflegezentrum an der Ludwig-Roselius-Allee Ludwig-Roselius-Allee 183 28327 Bremen	Tel. 0421-42 72 3 Fax 4272 400 E Mail hl.forum@seniorenheime-hansa.de Stadtteil: Osterholz		PWP 137	AWP 0
Heimleitung: Frau Baune				

Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Osterholz Ellener Dorfstraße 3 28325 Bremen	Tel. 0421-42 88 0 Fax 4288 119 E Mail Bjoern.Klattenhoff@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Osterholz		PWP 82	AWP 18
Heimleitung: Herr Klattenhoff				

Krohne Haus am Siek Am Siek 33 28325 Bremen	Tel. 0421-40 43 30 Fax 0 E Mail info@krohne-bremen.de Stadtteil: Osterholz		PWP 21	AWP 0
Heimleitung: Herr Krohne				

Blindenverein Bremen e.V. Haus der Blinden Am Hahnenkamp 6 c 28325 Bremen	Tel. 0421-42 11 66 Fax 429852 E Mail info@haus-der-blinden.de Stadtteil: Osterholz		PWP 52	AWP 0
Heimleitung: Herr Willenberg				

Egestorff-Stiftung Altenheim gemeinnützige Egestorff-Stiftung Stiftungsweg 2 28325 Bremen	Tel. 0421-42 72 0 Fax 4272 188 E Mail wobbe-kallus@egestorff-stiftung.de Stadtteil: Osterholz		PWP 237	AWP 0
Heimleitung: Herr Wobbe-Kallus				

Prolog GmbH Convivo Seniorenpflegeheim Gabriel-Seidl-Straße 8-10 28209 Bremen	Tel. 0421-163 09 22 Fax 1630923 E Mail gabriel-seidl@convivo-online.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 38	AWP 0
Heimleitung: Herr Gehle				

Krohne Hanseatenburg Straßburger Straße 20 28211 Bremen	Tel. 0421-34 57 55 Fax 345790 E Mail info@krohne-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 21	AWP 0
Heimleitung: Herr Krohne				

Krohne Hanseatenhaus Lothringer Straße 49 28211 Bremen	Tel. 0421-34 57 43 Fax 345790 E Mail info@krohne-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 22	AWP 0
Heimleitung: Herr Krohne				

Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsresidenz Riensberg Riekestraße 2 28359 Bremen	Tel. 0421-23 86 0 Fax 2386 119 E Mail doerte.diekmann@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 113	AWP 154
Heimleitung: Frau Diekmann				

AWO Ambulant gGmbH Haus Sparer Dank Kuhlenkampallee 142 a 28213 Bremen	Tel. 0421-22 07 0 Fax 2207 106 E Mail a.ackermann@awoambulant-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 68	AWP 0
Heimleitung: Frau Ackermann				
Bremer Heimstiftung Stiftungsresidenz Landhaus Horn Schwachhauser Heerstraße 264 28213 Bremen	Tel. 0421-2468 0 Fax 2468 119 E Mail brigitte.scherping@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 0	AWP 93
Heimleitung: Frau Scherping				
St. Elisabeth gGmbH Haus St. Elisabeth Reinthaler Straße 17 28213 Bremen	Tel. 0421-210010 0 Fax 210010 22 E Mail a.schwiebert@caritas-bremen.de Stadtteil: Schwachhausen		PWP 55	AWP 0
Heimleitung: Frau Schwiebert				
Caritas-Pflege gGmbH St. Laurentius Stellichter Straße 8 28329 Bremen	Tel. 0421-42 78 0 Fax 4278 130 E Mail j.schaefer@caritas-bremen.de Stadtteil: Vahr		PWP 80	AWP 0
Heimleitung: Herr Baro				
AWO Pflege gGmbH Heinrich-Albertz-Haus Kurt-Schumacher Allee 5a 28329 Bremen	Tel. 0421-2772-101 Fax 2772 111 E Mail K.Seidel@awopflege-bremen.de Stadtteil: Vahr		PWP 107	AWP 0
Heimleitung: Frau Seidel				

Bremen-Süd

Bremer Heimpflege gGmbH Haus Huchting Tegeler Plate 23 28259 Bremen	Tel. 0421-57 22 0 Fax 5722 119 E Mail BHS-Huchting@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Huchting		PWP 46	AWP 9
Heimleitung: Herr Ralle-Sanders				

Senioren-Wohnpark Weser GmbH Residenz am Sodenmattsee, Haus I Delfter Str. 25 28259 Bremen	Tel. 0421-579536 Fax 5795385 E Mail engeler@wohnpark-weser.de Stadtteil: Huchting		PWP 86	AWP 0
Heimleitung: Frau Detzkeit				

Senioren-Wohnpark Weser GmbH Residenz am Sodenmattsee, Haus II Zwischen Dorpen 1 28259 Bremen	Tel. 0 Fax 0 E Mail 0 Stadtteil: Huchting		PWP 56	AWP 0
Heimleitung: Frau Detzkeit				

Bremische Schwesternschaft vom Roten Kreuz e.V. Haus der Schwesternschaft St. Pauli-Deich 26 28199 Bremen	Tel. 0421-55 99-392 Fax 5599 851 E Mail f.juchter@schwesternschaft-bremen.drk.de Stadtteil: Neustadt		PWP 67	AWP 0
Heimleitung: Frau Juchter				

Pension Horn GmbH & Co KG Alfred-Horn-Haus Westerstraße 19-31 28199 Bremen	Tel. 0421-50 97 0 Fax 5079 93 E Mail alfred-horn-haus@nord-com.net Stadtteil: Neustadt		PWP 120	AWP 0
Heimleitung: Herr Fiegert				

Pension Horn GmbH & Co KG Haus Kleine Weser Heinrich-Bierbaum-Straße 9 28279 Bremen	Tel. 0421-277110 Fax 27711 29 E Mail pension-horn@nord-com.net Stadtteil: Neustadt		PWP 44	AWP 0
Heimleitung: Frau Moore-Fiegert				

Caritas-Pflege gGmbH St. Michael Kornstraße 383 28201 Bremen	Tel. 0421-8779 313 Fax 0421-8779 345 E Mail r.hoffmann@caritas-bremen.de Stadtteil: Neustadt		PWP 100	AWP 0
Heimleitung: Frau Hoffmann				

Verein für Innere Mission Altenpflegeheim Kirchweg Kirchweg 124-128 28201 Bremen	Tel. 0421-52 55 0 Fax 5579244 E Mail aph-kirchweg@inneremission-bremen.de Stadtteil: Neustadt		PWP 112	AWP 0
Heimleitung: Frau Töpke				

Christliches Reha-Haus e.V. Christliches RehaHaus Kattenturmer Heerstraße 156 28277 Bremen	Tel. 0421-87 37 37 Fax 876227 E Mail chr.reha-haus@tb-systems.net Stadtteil: Neustadt		PWP 36	AWP 0
Heimleitung: Frau Schmitt				

Senioren-Wohnpark Weser GmbH Seniorenresidenz Rotbuche Hinter dem Vorwerk 32 28279 Bremen	Tel. 0421-898979 0 Fax 824626 E Mail rotbuche@wohnpark-weser.de Stadtteil: Obervieland		PWP 60	AWP 0
Heimleitung: Frau Detzkeit				

Bremer Heimpflege gGmbH Haus Kattenesch Alfred-Faust-Straße 115 28277 Bremen	Tel. 0421-84 02 0 Fax 8402 119 E Mail Ursula.Nabor@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Obervieland		PWP 86	AWP 64
Heimleitung: Frau Nabor				

Seniorenpflegeheim im viamiko GmbH & Co Haus O'land Alfred Faust Straße 1 28277 Bremen	Tel. 0421-333 258 10 Fax 333 258 88 E Mail hausoland@nord-com.net Stadtteil: Obervieland		PWP 82	AWP 0
Heimleitung: Herr Nat				

Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Rablinghausen Rablinghauser Landstraße 51a 28197 Bremen	Tel. 0421-52 07 0 Fax 5707 119 E Mail ulrike.scheer@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Woltmershausen		PWP 62	AWP 0
Heimleitung: Frau Scheer				

Bremen-West

Bremer Wohnstifte gGmbH Bremer Wohnstift Walsroder Straße 1 28215 Bremen	Tel. 0421-35 07 0 Fax 353931 E Mail Frauке.Gutzeit@bremer-wohnstift.de Stadtteil: Findorff	PWP	96	AWP	31
Heimleitung: Frau Gutzeit					
Pflegeheim Ansacher Straße GbR Seniorenpflegeheim Ansbacher Straße Ansbacher Str. 18 28215 Bremen	Tel. 0421-3768 0 Fax 3768 1099 E Mail 0 Stadtteil: Findorff	PWP	33	AWP	0
Heimleitung: Frau Meißner					
AHB Kurzzeitpflege GmbH Gesundheitszentrum Findorff Hemmstraße 345 28215 Bremen	Tel. 0421-437 43-0 Fax 43743 299 E Mail info@ahb-kurzzeitpflege.de Stadtteil: Findorff	PWP	28	AWP	0
Heimleitung: Frau Österle					
Bremer Wohnstifte gGmbH Seniorenzentrum im Weidedamm Ricarda-Huch-Straße 1 28215 Bremen	Tel. 0421-3788 0 Fax 3788 500 E Mail Elke.Thoben@bremer-wohnstift.de Stadtteil: Findorff	PWP	70	AWP	55
Heimleitung: Frau Thoben					
Dr. Krantz Sozialbau K & S Seniorenresidenz Bremen-Findorff Rudolf-Alexander-Schröder-Straße 2 28215 Bremen	Tel. 0421-27 63 0 Fax 27 63 100 E Mail findorff@ks-sozialbau.de Stadtteil: Findorff	PWP	138	AWP	0
Heimleitung: Frau Walter					
Seniorenpflegeheim Haus Seewenje GmbH & Co. KG Haus Seewenje Gnesener Straße 6 28237 Bremen	Tel. 0421-222580 Fax 222 58 88 E Mail hausseewenje@nord-com.net Stadtteil: Gröpelingen	PWP	69	AWP	0
Heimleitung: Frau Pape-Raschen					
AWO Ambulant gGmbH Sozialzentrum Bremer Westen Ella-Ehlers-Haus Dockstraße 20 28237 Bremen	Tel. 0421-61 87 0 Fax 6187 103 E Mail h.arnecke@awoambulant-bremen.de Stadtteil: Gröpelingen	PWP	157	AWP	0
Heimleitung: Frau Arnecke					
Ev. Diakonissenmutterhaus Haus Emmaus Adelenstraße 68 28239 Bremen	Tel. 0421-6102-3600 Fax 6102 3699 E Mail info@diakonissenmutterhaus.de Stadtteil: Gröpelingen	PWP	85	AWP	0
Heimleitung: Herr von Hahn					
Sozialwerk der freien Christengemeinde Heimstätte Ohlenhof Schwarzer Weg 98 28239 Bremen	Tel. 0421-6190-250 Fax 61902 99 E Mail heim-ohlenhof@sozialwerk-bremen.de Stadtteil: Gröpelingen	PWP	65	AWP	0
Heimleitung: Herr Schmilgies					

Sozialwerk der freien Christengemeinde Heimstätte am Oslebshäuser Park Oslebshäuser Landstraße 20 28239 Bremen	Tel.	0	
	Fax	0	
	E Mail	heimstaette-oslebshausen@sozialwerk-brem	
	Stadtteil:	Gröpelingen	
Heimleitung: Frau Tschentlin-Bohn		PWP 70	AWP 0

Friedehorst gGmbH Almatastift Almatastraße 1-9 28219 Bremen	Tel.	0421-6381 9060	
	Fax	6381 9066	
	E Mail	almatastift@friedehorst.de	
	Stadtteil:	Walle	
Heimleitung: Frau Löwemann		PWP 60	AWP 0

AWO Ambulant gGmbH Pflegeheim Walle Reuterstraße 23-27 28217 Bremen	Tel.	0421-39 02 0	
	Fax	3902 191	
	E Mail	g.becker@awoambulant-bremen.de	
	Stadtteil:	Walle	
Heimleitung: Frau Becker-Khoshnoud		PWP 51	AWP 0

Bremen-Nord

Pension Horn GmbH & Co KG Haus Flethe Kapitän-Dallmann-Straße 24 28779 Bremen	Tel. 0421-60 00 16 Fax 609 9255 E Mail pension-horn@nord-com.net Stadtteil: Blumenthal	PWP 70	AWP 0
Heimleitung: Frau Wattenberg			
Pension Horn GmbH & Co KG Haus Kapitän-Dallmann Georg-Albrecht-Straße 5/6 28779 Bremen	Tel. 0421-60 98 011 Fax 0 E Mail 0 Stadtteil: Blumenthal	PWP 62	AWP 0
Heimleitung: Frau Wattenberg			
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Rönnebeck Dillener Straße 69 28777 Bremen	Tel. 0421-60 94-0 Fax 6094 119 E Mail vera.borchardt@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Blumenthal	PWP 35	AWP 69
Heimleitung: Frau Borchardt			
Caritas-Pflege gGmbH St. Birgitta Göteborger Straße 34 28719 Bremen	Tel. 0421-66 08 0 Fax 6608 181 E Mail i.jagusch@caritas-bremen.de Stadtteil: Burglesum	PWP 72	AWP 0
Heimleitung: Frau Breden			
Sozialwerk der freien Christengemeinde Heimstätte am Grambker See Hinterm Grambker Dorfe 3 28719 Bremen	Tel. 0421-64 900-0 Fax 64900 399 E Mail heimstaette-grambke@sozialwerk-bremen.de Stadtteil: Burglesum	PWP 40	AWP 0
Heimleitung: Herr Rohde			
Friedehorst gGmbH Friedehorst Rotdornallee 64 28717 Bremen	Tel. 0421-6381-205 Fax 6381 650 E Mail info@friedehorst.de Stadtteil: Burglesum	PWP 326	AWP 0
Heimleitung: Frau Löwemann			
Seniorenwohnpark an der Lesum gGmbH Seniorenwohnpark Lesum Am Burgplatz 2 28719 Bremen	Tel. 0421-64 35 5 Fax 6435 499 E Mail swp.burglesum@seniorenheime-hansa.de Stadtteil: Burglesum	PWP 35	AWP 0
Heimleitung: Frau Winiarski			
Wohn- und Pflegegeheim Lesmona GmbH Haus Lesmona Blauholzmühle 32 28717 Bremen	Tel. 0421-69 38 2-0 Fax 69382 23 E Mail info@lesmona.com Stadtteil: Burglesum	PWP 52	AWP 0
Heimleitung: Frau Lohse			
Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsdorf Blumenkamp Billungstraße 21 28759 Bremen	Tel. 0421-62 68-0 Fax 6268 119 E Mail barbara.tebruck@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Burglesum	PWP 96	AWP 0
Heimleitung: Frau Tebruck			

Bremer Heimpflege gGmbH Stiftungsresidenz St. Ihsabeen Billungstraße 31-33 28759 Bremen	Tel. 0421-62 64 - 0 Fax 6264 119 E Mail anna.harbusch@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Burglesum		PWP 35	AWP 97
Heimleitung: Frau Harbusch				

Bremer Heimpflege gGmbH Haus Fichtenhof Schönebecker Kirchweg 33 28757 Bremen	Tel. 0421-62 69 0 Fax 6269 119 E Mail lutz.gornik@bremer-heimstiftung.de Stadtteil: Vegesack		PWP 100	AWP 0
Heimleitung: Kriege Krieger				

Hildegard Meyer Haus Flathmann Lesumbroker Landstraße 128 28719 Bremen	Tel. 0421-69 28 40 Fax 627501 E Mail HildegardMeyer@t-online.de Stadtteil: Burglesum		PWP 27	AWP 0
Heimleitung: NN				

Seniorenwohnpark An der Lesum gGmbH Seniorenwohnpark "An der Ihle" Hindenburgstr. 7 28717 Bremen	Tel. 0421-4787 5 Fax 47 87 499 E Mail 0 Stadtteil: Burglesum		PWP 38	AWP 0
Heimleitung: Frau Winiarski				

Deutscher Christopher-Haus II Hammersbecker Straße 203/205 28755 Bremen	Tel. 0421-66 70 14 Fax 664990 E Mail heimleitung@christopher-haus.de Stadtteil: Vegesack		PWP 34	AWP 0
Heimleitung: Herr Deutscher				

Kursana Domizil Bremen Haus Raphael Löhstraße 44 28755 Bremen	Tel. 0421-65950 0 Fax 65950 104 E Mail kursana-bremen@dusmann.de Stadtteil: Vegesack		PWP 136	AWP 0
Heimleitung: Frau Dettmer- Rentzmann				

Taurat Altenpflegeheim "Leeßem Barg" Lesumstraße 1 a 28759 Bremen	Tel. 0421-62 79 85 Fax 0 E Mail leessembarg@aol.com Stadtteil: Vegesack		PWP 44	AWP 0
Heimleitung: Frau Taurat				

Bremerhaven

Christliche Heimstiftung Christliche Heimstiftung Walther-Rathenau-Platz 6 27570 Bremerhaven	Tel. 0471/9 24 55 0 Fax 9 24 55-14 E Mail info@chr-heimstiftung.de Stadtteil: Geestemünde	PWP 56	AWP 0
Heimleitung: Herr Schweigert			
Diakonisches Werk Elisabethheim Schillerstr. 113 27570 Bremerhaven	Tel. 0471/ 931 33 80 Fax 931 33 82 E Mail d.seidlitz@diakonie-bremerhaven.de Stadtteil: Geestemünde	PWP 62	AWP 0
Heimleitung: Frau Seidlitz			
Seniorenheime Seestadt Bremerhaven GmbH Seniorenheim am Bürgerpark Hartwigstr. 8, 27574 Bremerhaven	Tel. 0471/147-0 Fax 0 E Mail 0 Stadtteil: Geestemünde	PWP 107	AWP 0
Heimleitung: Herr Brinkmeyer			
AWO Pflegedienste GmbH Villa Schocken Wurster Str.47 27580 Bremerhaven	Tel. 0471/892-0 Fax 892 288 E Mail personal@pflegedienste-bremerhaven.de Stadtteil: Lehe	PWP 53	AWP 0
Heimleitung: Herr Gschlössl			
AWO Pflegedienste GmbH Lotte-Lemke-Haus Eckernfeldstraße 2a 27580 Bremerhaven	Tel. 0471/89 00 0 Fax 89 00 411 E Mail Eilers-awo-brhv@t-online.de Stadtteil: Lehe	PWP 126	AWP 0
Heimleitung: Frau Eilers			
Diakonische Dienste für Menschen im Alter gGmbH Jacobi-Haus Jacobistraße 1 27576 Bremerhaven	Tel. 0471-800700 Fax 0471-80070 152 E Mail menschen.im.alter@nord-com.net Stadtteil: Lehe	PWP 49	AWP 0
Heimleitung: Herr Intemann			
Seniorenheime Seestadt Bremerhaven GmbH Marie von Seggern-Heim Wurster Str. 106 27580 Bremerhaven	Tel. 0471/ 8 97 0 Fax 897 497 E Mail info-villa@t-online.de Stadtteil: Lehe	PWP 118	AWP 0
Heimleitung: Herr Alferts			
Dr. Amer GBR Altenpflegeheim Amer August-Bebel-Straße 14 27578 Bremerhaven	Tel. 0471/930120 Fax 0471 / 1638 E Mail Pflegeheim-Amer@t-online.de Stadtteil: Leherheide	PWP 60	AWP 0
Heimleitung: Frau Amer			
AWO Pflegedienste GmbH Gerhard van Heukelum-Haus Fichtestraße 2 27568 Bremerhaven	Tel. 0471/94 78 0 Fax 459 65 E Mail info-gvh@t-online.de Stadtteil: Lehe	PWP 59	AWP 0
Heimleitung: Frau Beekhuis			

Betreuungs- und Pflegedienstleistungsgesellschaft n Pflegezentrum am Bürgerpark Hartwigstr. 8 27574 Bremerhaven	Tel.	(0471) 147-117		
	Fax	(0471) 147-160		
	E Mail	sh.buergerpark@seniorenheime-hansa.de		
	Stadtteil:	Geestemünde		
Heimleitung: Herr Oltrop		PWP	96	AWP 0

Dr. Martina Reide Haus im Park Johann-Wichels-Weg 2 27574 Bremerhaven	Tel.	0471-80018 0		
	Fax	0471-80018 11		
	E Mail	info@haus-im-park.net		
	Stadtteil:	Geestemünde		
Heimleitung: Frau Sauerwald		PWP	60	AWP 0

5.2. Sozialdienst im Krankenhaus

A - IST Beschreibung

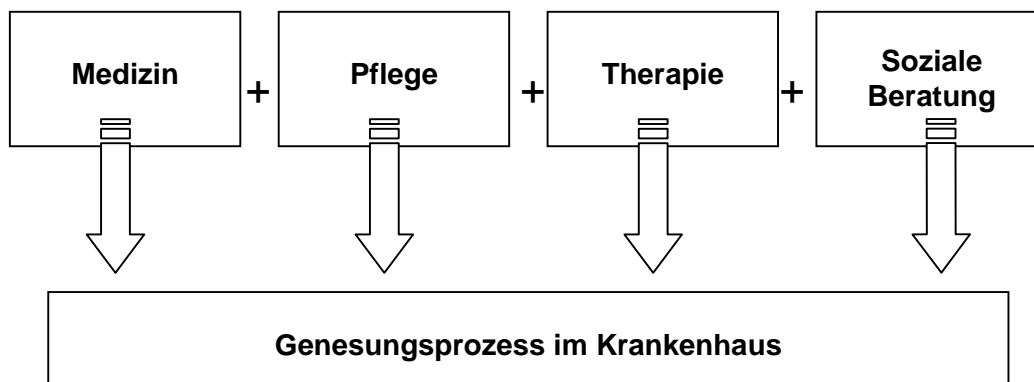
Der Sozialdienst als notwendige Ergänzung von medizinischer und pflegerischer Behandlung im Krankenhaus:

“Krankenhäuser erfüllen für die Bevölkerung unverzichtbare öffentliche Aufgaben zur Verbesserung und Sicherung der Gesundheit (sie) sind Orte zur und Zentren der Heilbehandlung. Als letztes Glied der Kette eines gestuften Systems von Behandlungsangeboten sind sie die gesellschaftlich organisierte Antwort auf besonders schwerwiegende gesundheitliche Risiken.”¹

Die Bewältigung dieser gesundheitlichen Probleme erfordert hochentwickelte medizinische Leistungen: durch ärztliches Personal, durch Geräte, durch Medikamente. In den vergangenen Jahren ist darüber hinaus aber auch der hohe Stellenwert der pflegerischen Versorgung für die Patientenzufriedenheit und damit den Heilungserfolg deutlich geworden. Die eigentliche pflegerische Leistung, die Kommunikation zwischen Patienten/innen und Pflegepersonal, aber auch die äußeren Faktoren wie Essens- und Unterbringungsqualität haben einen höheren Stellenwert erhalten.

“Die Krankenhausbehandlung muss von einer zu stark apparate-medizinorientierten Behandlung zurückfinden zur kommunikativen, menschlichen Patientenbehandlung. In jeder Phase einer Behandlung sollte der Patient wissen und erfahren, dass nicht seine ‘erkrankten Organe’, sondern er als kranker Mensch diagnostiziert und therapiert wird”.²

In einem langsamen Prozess setzt sich zunehmend das Bewusstsein dafür durch, dass der Sozialdienst im Krankenhaus zur sozialen Komponente eines erfolgreichen Genesungsprozesses mehr beitragen kann, als die schnelle Versorgungsregelung für pflegebedürftige alte Menschen.



Patienten/innen befinden sich im Krankenhaus in einer Sondersituation, die von vielen als krisenhafte Grenzsituation erlebt wird. Unsicherheiten über die eigene Zukunft und die Versorgung von Familienmitgliedern, Unsicherheit über die eigene Rolle in den fremden Routineabläufen des Krankenhauses, Schwierigkeiten bei der subjektiven Verarbeitung des Krankseins und seiner eventuell einschränkenden Folgewirkungen können den Genesungsprozess auch bereits im Krankenhaus erheblich belasten und verlängern. Hier setzt der Sozialdienst im Krankenhaus an: mit Beratung und Hilfen während des Krankenhausaufenthaltes, mit der Klärung der Situation nach der Entlassung.

¹ Der Senator für Gesundheit, Jugend und Soziales, Leitsätze zur Krankenhauspolitik in Bremen (Diskussionsentwurf), Bremen 1995, S. 1

² Ebd., S. 5

5.2.1. Das fachliche Selbstverständnis

Die heutige Medizin erlaubt, parallel zu den verbesserten Wohn-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen, mit ihrem diagnostisch-therapeutischen Instrumentarium ein Überleben und eine günstige Prognose selbst bei schwersten Krankheiten. Sie verringerte die Kindersterblichkeit im Vergleich zum vorigen Jahrhundert und verlängerte das durchschnittliche Lebensalter erheblich.³

Allerdings beinhalten schwere Erkrankungen für den heutigen Patienten/innen auch immer häufiger soziale und psychische Konflikte. Eine langandauernde Krankheit und die entsprechende Genesungs- und Rehabilitationszeit wirft bei der Rückkehr in die vertraute Lebenswelt bei körperlichen Einschränkungen komplexe Fragestellungen auf. Die Auseinandersetzung mit unbekanntem administrativen Verfahrensweisen sowie die unbequeme und ungewohnte Umstellung auf die neue Lebenssituation machen eine Beratung und Hilfe unerlässlich. Die Beratung kann sich dabei nicht mehr im Rückgriff auf die tradierten Lebensnormen auf das Erteilen von Ratschlägen im Sinne von "wir wissen, was für den Patienten/innen gut ist" beschränken. Es sind vielmehr mit dem Patienten/innen Perspektiven zu erarbeiten, die für ihn tragfähig und akzeptabel sind, und die geeignet sind, den bisherigen Behandlungserfolg zu sichern. Dies erfordert unter Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und Gewohnheiten ein kommunikatives Aushandeln mit Fachleuten über vorhandene Entscheidungsalternativen.

Krankenhaus-Sozialarbeit will in einer die Individualität und Mündigkeit des Klientels achtenden Kommunikation eine Orientierung und Unterstützung von Lebensperspektiven bieten. "Die wichtige Frage, welche materiellen Hilfen gegebenenfalls in Anspruch genommen werden können, ist in diesen Prozess eingeschlossen."⁴ Die Arbeit der Sozialarbeiterinnen setzt auf der Ebene der direkten Verständigung an und initiiert für bzw. mit den Einzelnen Verknüpfungen in dessen sozialen Umfeldern, aktiviert Unterstützungspotentiale und trägt bei der Bewältigung der durch die Krankheit ausgelösten Krise bei. Dabei ist es immer das Ziel, dass der Betroffene eine Lösungsmöglichkeit qua Einsicht akzeptiert und mitträgt.

"Die Entscheidung zum Beispiel für einen bestimmten Heimplatz wird immer wieder unter dem Druck der Ereignisse hingenommen. In diesen Fällen wird sie aber nicht mitgetragen, weil keine Einsicht erfolgt ist. Vor dem Hintergrund derartiger Pseudo-Entscheidungen lässt sich der rasche körperliche und geistige Abbau mancher Betroffener als stiller Protest gegen fremde Verfügung interpretieren."⁵

Die eigene Einsicht in notwendige Behandlungswege und veränderte Lebensstrukturen beeinflusst dagegen den Heilungsprozess positiv.

Grundsätzlich hat der Sozialdienst im Krankenhaus daher den Anspruch, die Berücksichtigung der sozialen Dimension von Krankheit im Krankenhaus zu fördern, indem er

- die Lebensgeschichte der Patienten/innen
- die Lebensplanung der Patienten/innen
- das soziale Umfeld
- und die personellen Ressourcen der Patienten/innen

eruiert und versucht, diese Aspekte in Absprache mit den im Krankenhaus Behandelnden in den Behandlungsplan einzubringen. Der Sozialdienst hat damit im Unterschied zu den *behandelnden* Berufen im Krankenhaus dem Patienten gegenüber eine eher *verhandelnde*

³ Die demografische Entwicklung in Bremen zeigt für das Jahr 1992 22,7% der Gesamtbevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr. Für das Jahr 2030 wird mit einem Anstieg auf 34,9% dieser Altersgruppe gerechnet.

⁴ Thomas van den Boogaart: Sozialdienst im Krankenhaus, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Landessozialamt Hamburg, 1991, S. 12

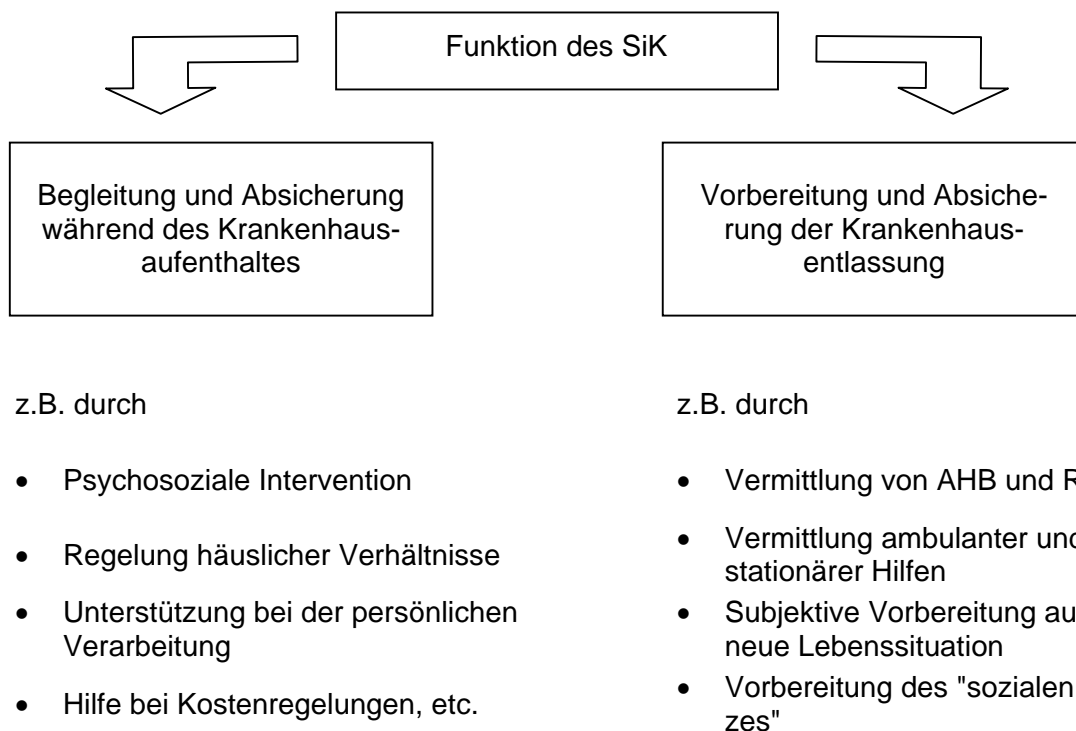
⁵ ebd.

Rolle, indem er sich mit ihm über seine Lebensplanung auseinandersetzt und ihn in seiner individuellen Krankheitsbewältigung zu fördern versucht. Die Inhalte der Beratung orientieren sich dabei weniger an Krankheitsbildern als an der individuellen Lebenssituation des Patienten/Klienten.⁶

Im Krankenhaus sieht sich der Sozialdienst als erforderliche Ergänzung der medizinischen und pflegerischen Behandlung,

- zu deren Zielbestimmung er durch Erhebung der Sozialanamnese beiträgt
- die er unterstützt, indem er persönliche Probleme des Patienten mindert, die einer Behandlung im Wege stehen könnten
- deren Erfolg er schließlich absichert durch eine adäquate poststationäre Versorgung, Betreuung oder Rehabilitationsmaßnahme
- die er nötigenfalls durch entsprechende Kostenregelungen absichert.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Funktion des Sozialdienstes als Teil der Krankenhausversorgung wie folgt dar:



Patienten/innen, die durch persönliche oder soziale Probleme belastet sind, können sich häufig nicht in angemessener Art auf die Behandlung einlassen und daran mitwirken. In vielen Fällen ergeben sich dadurch Komplikationen in der Behandlung und noch häufiger zeitliche Verzögerungen.

So wird eine Mutter möglicherweise nicht in eine Operation einwilligen, wenn sie nicht sicher sein kann, dass ihre Kinder zu Hause bis zu ihrer Entlassung ausreichend versorgt sind. Auch die Versorgung alter, pflegebedürftiger Angehöriger ist oft eine Hinderung für eine notwendige stationäre Behandlung. Andere Patienten/innen können einer Behandlung nicht in Ruhe entgegensehen, solange ungeklärt ist, ob eventuell Wohnung oder Arbeitsplatz durch einen längeren Krankenhausaufenthalt gefährdet sind.

⁶ S. Metzger-Paratsch: Methoden von Sozialarbeit im Krankenhaus in "Sozialdienst im Krankenhaus", Heft 1/93

Schließlich ist in einer Reihe von Fällen auch die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung zu klären. Dies betrifft nicht nur nicht-versicherte Sozialhilfeempfänger, sondern auch unzureichend privatversicherte Patienten/innen.

Indem der Sozialdienst hier Unterstützung leistet, schafft er mit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche medizinische Behandlung und vermeidet unnötige Verzögerungen.

Die Genesung wird nicht zuletzt davon positiv beeinflusst, dass der Patient möglichst früh eine klare Perspektive für die Zeit nach der Entlassung hat. Hierzu gehören eine rechtzeitige und qualifizierte Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Möglichkeiten der poststationären pflegerischen Versorgung. Häufig hat die Krankheit dauerhafte Beeinträchtigungen zur Folge hat, wie z.B. bei Amputationen, schweren Schlaganfällen und unheilbaren Krebserkrankungen. Hier ist eine Beratung zu dem Umgang mit den sozialen Folgen der Krankheit (familiäre Probleme, Berufsunfähigkeit) notwendig zur Vorbereitung auf die Entlassung, bzw. auf die Rückkehr in das soziale Umfeld.

Schließlich sind konkrete Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungserfolges zu treffen. So ist z. B. bei bleibender Immobilität eine entsprechende Anpassung des Wohnumfeldes vorzunehmen oder bei einem Diabetiker in Absprache mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen zu klären, wie eine angemessene Ernährung unterstützt und kontrolliert werden kann.

Konkrete Aufgabenbeschreibungen für den Sozialdienst im Krankenhaus in Bremen sind zu finden

- im Geschäftsverteilungsplan (GVP) des SFGJSU (gültig bis Ende 1996),
- "Leistung von Hilfen zur Überwindung oder Minderung der durch Krankheit oder Unfall bedingten persönlichen (und sozialen) Probleme/Belastungen und deren Auswirkungen auf das Leben und soziale Bezugsfeld für PatientInnen aller Altersgruppen" (Punkt 1 des GVP),
- im "Zukunftskonzept für den Sozialdienst im Krankenhaus", vorgelegt vom SFGJSU im Mai 1996
- und in den Kooperationsverträgen der Krankenhäuser mit dem SFGJSU.

5.2.2. Gesetzliche Grundlagen

Die Notwendigkeit von Sozialarbeit im Krankenhaus ergibt sich jedoch nicht nur aus den Anforderungen an einen erfolgreichen Genesungsprozess. Sie ist auch - wenn auch erst spät - gesetzlich festgeschrieben worden. Nach einem Votum des Bundesgesundheitsrates 1971 wurde der SiK in den Landeskrankenhausgesetzen von 6 Bundesländern festgeschrieben. Die alte Vorschrift am § 372 RVO wurde erweitert und in § 112 SGB V wie folgt neu gefasst:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuches entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1.
2.
3.
4. Die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation und Pflege.

5.2.3. Die Entwicklung

In Bremen wurde der SiK seit seiner Gründung vor etwas mehr als 50 Jahren als freiwillige Leistung von der Stadt finanziell getragen und vom Amt für Familienhilfe und Sozialdienst (später Amt für Soziale Dienste) wahrgenommen - die Bestimmungen des SGB V bzw. der RVO, die die Krankenhäuser zur sozialen Beratung der Patienten/innen verpflichten, wurde in Bremen bis 1989 durch eine andere Organisationsform des Krankenhaussozialdienstes, d.h. die behördliche Anbindung, sichergestellt.

1989 wurden von der Sozialbehörde Kooperationsvereinbarungen mit den Krankenhäusern über den SiK abgeschlossen, die die Krankenhäuser verpflichteten, in Anlehnung an die bundesweit üblichen Regelungen die Personalkosten für den SiK zu übernehmen. Nachdem das Krankenhaus St. Joseph-Stift, das Rote-Kreuz-Krankenhaus und die Roland-Klinik inzwischen Sozialdienste in eigener Trägerschaft eingerichtet haben, galten diese Vereinbarungen noch für die vier kommunalen Zentralkrankenhäuser, die Evangelische Diakonissenanstalt und die Paracelsus Kurfürstenklinik bis Ende 1996.

Entsprechend dieser Vereinbarung wurden von diesen Krankenhäusern die Personalkosten für die in den Krankenhäusern tätigen Sozialarbeiter/innen vergütet. Die Kosten für den ebenfalls in der Behörde des SGJS angesiedelten Schreibdienst für den SiK wurden den Krankenhäusern, anteilmäßig der einzelfallbezogenen Tätigkeit, in Rechnung gestellt. Die Personalkosten für die Leitung des SiK wurden vollständig von der Behörde getragen.

Auf Grundlage des "Zukunftskonzeptes für den Sozialdienst im Krankenhaus", das beim SFGJSU erarbeitet wurde, hatte in den 90er Jahren eine intensive Diskussion innerhalb des Dienstes, aber auch zwischen dem SFGJSU und den Krankenhäusern, stattgefunden über fachliche Weiterqualifizierungsmaßnahmen, aber auch über Fragen der Struktur und der Trägerschaft des Dienstes.

Ergebnis dieser Diskussion war u.a., dass die Trägerschaft des Dienstes beim SFGJSU nicht geeignet war, den Dienst und seine Integration in den Krankenhausablauf in dem Sinne weiterzuentwickeln, wie es erforderlich war. Die Tatsache, dass der SFGJSU zwar Träger des Dienstes war, die Personalkosten jedoch mit den Krankenhäusern abgerechnet wurden, implizierte einen hohen laufenden Abstimmungsbedarf zwischen der zuständigen Stelle beim SFGJSU und den Krankenhäusern, der einer fachlichen Weiterentwicklung eher im Wege stand, als dass er sie förderte.

Nach Auswertung dieser Diskussion hat der SFGJSU daher den Krankenhäusern vorgeschlagen, den Sozialdienst im Krankenhaus in eigene Verantwortung und Trägerschaft zu übernehmen. Anfang 1996 fanden zwischen den sechs Krankenhäusern und dem SFGJSU Verhandlungen über die Übernahme des Sozialdienstes in die einzelnen Krankenhäuser statt. Im Laufe des Jahres übernahmen alle Krankenhäuser den Sozialdienst in Eigenregie, die letzten zum 01.01.1997. Die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen wollte weiterhin im bekannten Arbeitsfeld tätig sein und wurde von den Krankenhäusern als Personal übernommen.

Während des Umstellungsprozesses frei gewordene Stellen wurden zum Teil nicht wieder besetzt, so dass es insgesamt zu einer Reduzierung des Personalbestandes um 1 1/7 Stellen kam.

Überleitungsstellen

Bereits 1995/96 waren in mehreren Krankenhäusern Überleitungsstellen zur Organisation von ambulanter Pflege nach der Entlassung eingerichtet worden. Diese sollten den Sozialdienst spürbar entlasten, wurden jedoch ohne seine Einbeziehung installiert. Dabei wurde vereinbart, dass Pflegedienste der freien Wohlfahrtsverbände dem Krankenhaus Personal zur Verfügung stellen, um eine schnelle und reibungslose Anschlussversorgung der Patien-

ten/innen zu gewährleisten. Die in der AGH organisierten privaten Pflegedienste haben daraufhin Klage eingereicht, da sie sich durch diese Einrichtung bei der Vergabe von Pflegeaufträgen benachteiligt fühlten. Nach außergerichtlicher Einigung erfolgte im März 1997 eine öffentliche Ausschreibung durch die Krankenhäuser, die einen Pflegedienst zur Betreuung eines Vermittlungsbüros für die Organisation von ambulanter Pflege suchten.

Durch die Einführung des GMG sind inzwischen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen worden, dass Krankenhäuser Kooperationsbeziehungen mit ambulanten Pflegediensten eingehen können. Krankenhäuser können demnach eigene Kriterien definieren, die ein Pflegedienst für einen Kooperationsvertrag zur optimalen Anschlussversorgung erfüllen muss. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten/innen bleibt davon unberührt; sie haben weiterhin die Möglichkeit, den Pflegedienst ihrer Wahl vermittelt zu bekommen.

Zentrale Fachkoordinationsstelle

Gleichzeitig wurden mit allen Krankenhäusern Verhandlungen über die Einrichtung einer zentralen Fachkoordinationsstelle geführt. Diese beinhaltet neben der Qualitätssicherung der Sozialarbeit im Krankenhaus auch die Optimierung der Patientenbetreuung sowie der reibungslosen Anschlussversorgung. Zu den Aufgabenbereichen gehören u.a. die Fachberatung, Sicherung der Fortbildung, Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, Leistungsträgern, Sozialverwaltung und Kostenträgern.

Im Rahmen der Entwicklungen im Gesundheitswesen (Budgetierung, Einführung der DRGs, siehe 5.2.5.) verfügen die Krankenhäuser über einen geringer werdenden Spielraum in ihren finanziellen Ressourcen. Eine langfristige Absicherung durch Drittmittel konnte für die Zentrale Koordinationsstelle nicht erreicht werden. Teile der Aufgaben der Koordinationsstelle sind heute im Geschäftsverteilungsplan des Referates Ältere Menschen beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales verankert.

In Ihrer heutigen Funktion übernimmt die Zentrale Koordinationsstelle neben der Qualitätsentwicklung insbesondere eine Mittlerfunktion zwischen den Sozialdiensten der Krankenhäuser und externen Diensten und Einrichtungen.

Sozialdienst Erwachsene des AfSD

Ein wichtiger Kooperationspartner ist dabei das Amt für Soziale Dienste, mit dem z.B. Verfahrensweisen in der Fallbearbeitung und Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

Die Überleitung von Patienten und Patientinnen in nachstationäre Versorgungsformen macht in vielen Fällen eine Weiterbearbeitung durch den Sozialdienst Erwachsene des AfSD erforderlich, insbesondere dann, wenn es sich um Verlegungen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen handelt. Hier gilt es sicher zu stellen, dass Patienten/innen und Angehörige übergangslos weiter beraten und unterstützt werden um die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen und zu organisieren. Nur die strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Diensten kann dieses gewährleisten und einer stetigen Zunahme von dauerhaften stationären Unterbringung entgegen wirken, die auch Auswirkungen auf das Budget des Sozialhilfeträgers haben. Im Rahmen der Steuerung der Hilfe zur Pflege leistet ist die Zentrale Koordinationsstelle damit auch Ihren Beitrag zur Entwicklung von Steuerungsinstrumenten.

Berücksichtigung sozialer Komponenten

Die Notwendigkeit einer qualifizierten Sozialberatung in den Krankenhäusern ist nach wie vor unumstritten. Die neuen Gesetze im Gesundheitswesen schränken mit dem Druck auf die Verkürzung der stationären Behandlungszeiten den Raum, den Krankenhäuser und ihre Beschäftigten für die Wahrung der sozialen Belange ihrer Patienten/innen haben, erheblich ein.

Durch den Sicherstellungsauftrag wird ein eigens für diesen Bereich qualifizierter Dienst im Krankenhaus immer bedeutender.

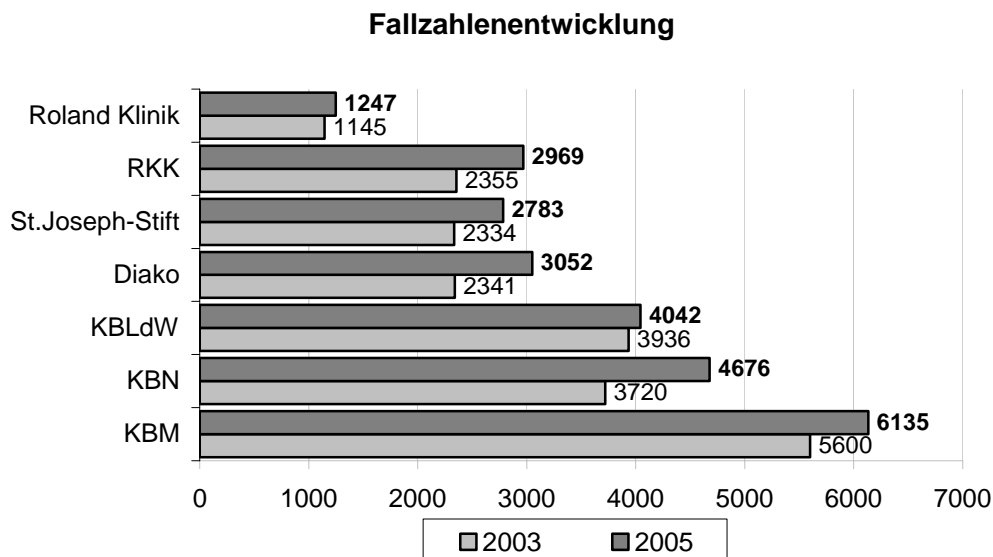
Neben den strukturellen Veränderungen fand durch die Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung auch eine Veränderung der inhaltlichen Arbeit statt. Entscheidungen zur Kostenübernahme einer vollstationären Unterbringung nach einer Krankenhausbehandlung werden derzeit nur von Kriterien der Pflegekassen bestimmt. Ausschlaggebend ist dabei die vorhandene körperliche Pflegebedürftigkeit, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen bestätigt werden muss. Eine Berücksichtigung sozialer Komponenten findet nur unzureichend statt, da sich auch der Sozialhilfeträger nach den Kriterien der Pflegekassen richtet. Die erforderliche fachliche Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus wird durch dieses Verfahren maßgeblich eingeschränkt.

Zur verzögerungsfreien Organisation einer Pflegeheimunterbringung wurde zwischen den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Bremer Krankenhausgesellschaft ein Eilverfahren vereinbart, das sich nach anfänglichen Schwierigkeiten bewährt hat.

5.2.4. Statistik

Zuständig ist der SiK in Bremen für alle Patienten/innen in Bremer Krankenhäusern und deren Angehörige bzw. Bezugspersonen. Die Zuständigkeit besteht unabhängig vom Alter, Geschlecht, der Zielgruppenzugehörigkeit und des Wohnortes. In die Gesamtzahl gehen daher auch Klienten aus anderen Bundesländern ein, die in eine Fachklinik überwiesen wurden und die Klienten, die aus dem niedersächsischen Umland stammen.

2005 wurden mehr als 27.000 Klienten in allen Bremer Krankenhäusern vom Sozialdienst betreut. Damit haben sich die Fallzahlen innerhalb der letzten beiden Jahre deutlich erhöht. Die Grafik verdeutlicht die Entwicklung der Fallzahlen an ausgewählten Beispielen.



Die vom Sozialdienst erbrachten Leistungen setzen sich zusammen aus den Bereichen Psychosoziale Intervention (PSI), Soziale Intervention (SoSi), Wirtschaftliche Intervention (WiSi), ambulante Nachsorge (AmNa), stationäre Nachsorge (StaNa) sowie medizinische Rehabilitation (MedRe) und berufliche Rehabilitation (TA = Teilhabe am Arbeitsleben).

Die **Psychosoziale Intervention** umfasst schwerpunktmäßig das Thema Krankheitsbewältigung, aber auch Probleme im Bereich der Familie und Partnerschaft, am Arbeitsplatz und im sozialen Umfeld oder Suchtberatung gehören zu diesem Komplex dazu.

Zur **Ambulanten Nachsorge** gehören alle Fälle, in denen der Patient nach dem Krankenhaus mit einer oder mehreren Hilfen nach Hause entlassen wurden. Dazu gehören die häusliche Krankenpflege nach SGB V und SGB XI, die Versorgung mit Hilfsmitteln, Essen-auf-Rädern, Nachbarschaftshilfe, Hausnotruf u.a..

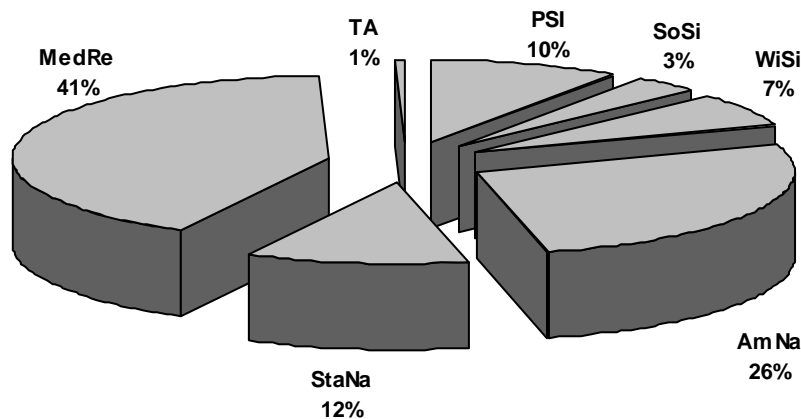
Die **Stationäre Nachsorge** umfasst die Vermittlung von stationärer Dauerpflege und Kurzzeitpflege, unabhängig davon, ob die vermittelte Kurzzeitpflege in eine Dauerpflege nach der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung umgewandelt wurde.

Die **Soziale Sicherung** umfasst insbesondere die Einrichtung von rechtlichen Betreuungen, die Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen, Wohnungsangelegenheiten und praktische Hilfen.

Die Aufgabeninhalte bei der **Wirtschaftlichen Sicherung** liegen in der Absicherung der finanziellen Situation der Patienten/innen. Angefangen bei Lohnersatzleistungen über Leistungen nach dem SGB IX bis zu Anträgen nach SGB XII.

Bei der **Medizinischen Rehabilitation** handelt es sich überwiegend um die Vermittlung in nachstationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Die geringe Zahl aus dem Bereich *Teilhabe am Arbeitsleben* bezieht sich in den Akutkrankenhäusern auf allgemeine Hinweise zu Fragen der beruflichen Rehabilitation; schwerpunktmäßig werden diese Fragen in der Maßnahme selbst geklärt.

In der Tendenz⁷ zeigt sich die Verteilung nach Aufgabenschwerpunkten wie folgt:



5.2.5. Einführung der DRGs

Mit Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2004 als neues Abrechnungssystem veränderte sich die Situation in den Krankenhäusern. DRGs sind ein leistungsbezogenes, auf Diagnosen aufgebautes Patientenklassifikationssystem. Ähnlich kostenaufwendige Behandlungsfälle werden anhand der medizinischen Zusammengehörigkeit (identische oder ähnliche Diagnosen und/oder Eingriffe) in gemeinsame kostenhomogene Fallgruppen eingeordnet. Das Krankenhaus erhält pro Fall ein pauschaliertes Entgelt, entsprechend der

⁷ Quelle: DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Mainz 2006

Diagnose und des vorliegenden Schweregrades, egal wie lange sich der Patient im Krankenhaus befindet oder wie er behandelt wird. Das DRG-System basiert auf rein medizinischen Inhalten, es ist nicht prozeduren- und funktionsbezogen, sondern diagnose- und einzelfallbezogen. Andere, ebenfalls behandlungsrelevante Inhalte, wie z.B. die Beteiligung der Pflege, der Therapeuten oder des Sozialdienstes, werden nicht berücksichtigt.

Im DRG-System lassen sich der unterschiedliche Aufwand, die verbrauchten Ressourcen und die Ressourcenintensität differenziert nach den Einzelfällen erfassen. Es ermöglicht dadurch die vollständige Abbildung der im Krankenhaus behandelten Patienten/innen bzw. der Behandlungen. Mit einem einzigen Patientenklassifikationssystem kann das gesamte Leistungsgeschehen widerspiegelt werden.

Im Rahmen der Zielsetzung des GMG und der Forderung nach mehr Transparenz und Wettbewerb im Gesundheitswesen ermöglicht das neue Abrechnungssystem auch, dass Krankenhäuser hinsichtlich ihrer Qualität und Kosten miteinander verglichen werden können.

Die DRGs als neues Abrechnungssystem für die medizinischen Leistungen im Krankenhaus sind jetzt Realität. Die Geschwindigkeit der Entlassung erhöht sich rasant, denn jeder eingesparte Liegetag bedeutet einen finanziellen Gewinn für das Krankenhaus. Die Qualität der Behandlung soll dabei erhalten, wenn möglich sogar verbessert werden. Außerdem soll der erreichte Gesundheitsstatus des Patienten/innen über die Entlassung hinaus Bestand haben: Drehtüreffekte und Rehospitalisierung sind weniger erwünscht denn je. Krankenhäuser analysieren im Rahmen der Qualitätssicherung ihre internen Behandlungsprozesse und -abläufe um diese zu optimieren. Dabei stehen die Leistungen aller beteiligter Abteilungen und Berufsgruppen auf dem Prüfstand.

Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten

Für die meisten Patientinnen und Patienten haben diese Veränderungen positive Auswirkungen - wenn es gelingt, krankenhausintern eine optimale Prozessorientierung erreichen damit der Patient zufrieden ist mit der Krankenhaus-Gesamtleistung. Dann profitieren die Patienten/innen von der

- Effektiveren Behandlung,
- Vermeidung unnötiger Wartezeiten und
- Schnelleren Entlassung nach Hause.

Problematisch wird es für die Gruppe von Patienten/innen, die mit einer relativ hohen Pflegebedürftigkeit bereits eingewiesen oder aber entlassen werden müssen, d.h., in der Regel für die älteren, multimorbiden und die chronisch kranken Patienten/innen. Diese Patienten/innen benötigen in der Regel eine längere Zeit der Rekonvaleszenz, müssen jedoch nach Einführung der DRGs vom Krankenhaus zügig entlassen werden.

Für diesen Personenkreis kann zu Versorgungslücken kommen, insbesondere dann, wenn die bestehende Pflegebedürftigkeit erheblich, aber vorübergehend ist. Wer weniger als sechs Monate von krankheitsbedingter Pflegebedürftigkeit betroffen ist hat keine Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Krankenversicherung gewährt weder Leistungen der Kurzzeitpflege noch umfangreiche ambulante Grundpflege. Patienten/innen, die nach ihrer Entlassung einen erhöhten, vielleicht sogar stationären, Pflegebedarf haben müssen die erforderlichen Leistungen selbst finanzieren.

Da die Einführung der DRGs kostenneutral erfolgen soll, wird das Budget der ambulanten Leistungen der Krankenversicherung nicht erhöht. Die Krankenkassen werden also nicht mehr Geld für ambulante Pflege oder Therapien ausgeben. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung wird deutlich, dass die Anzahl dieser Patienten/innen (immer älter und pflegebedürftiger) zukünftig weiter steigen wird.

Langfristig gilt es, die vorhandenen nachstationären Versorgungsformen optimal auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe abzustimmen. Dazu zählt die Sicherung der häuslichen Krankenpflege, auch in erheblich größerem Umfang als bisher, die Überprüfung der Angebote von Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege sowie die Entwicklung von Angeboten, die nach feststellbaren Versorgungslücken ganz neu konzipiert werden müssen.

Weiterhin ist die Frage der Finanzierungsmöglichkeiten zu klären. Ohne sozialrechtlich gesicherte Ansprüche für derartige Angebote besteht die Gefahr, dass nur Patienten/innen mit höherem Einkommen entsprechende Angebote in Anspruch nehmen. Die gesundheitlichen Folgen für die übrigen betroffenen Patienten/innen (z.B. Wiedereinweisung aufgrund unzureichender Versorgung, Erhalt der Pflegebedürftigkeit aufgrund fehlender Mobilisation oder therapeutischer Behandlungen, Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. Chronifizierung der Erkrankung) sind derzeit nicht absehbar.

5.2.6. Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement pflege- und hilfebedürftiger Patienten/innen war und ist eine originäre Aufgabe des Sozialdienstes. Die Forderungen der Sozialdienste nach rechtzeitiger Information über versorgungsbedürftige Patienten/innen, nach strukturierten Kooperationsformen mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus und die gut geplante Übergabe in nachstationäre Versorgungsformen sind nicht neu. Aber erst die Bemühungen der Krankenhäuser um Kostenersparnis haben die Entlassung und die damit verbundenen Tätigkeiten in das allgemeine Blickfeld gerückt. Insbesondere die Berufsgruppe der Pflege sieht das Entlassungsmanagement als Teil ihrer Aufgabe und tritt damit in Konkurrenz zu den Sozialdiensten. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat 2002 den *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege* herausgegeben, der bundesweit als Richtlinie gelten soll. Die Diskussionen um Aufgaben und Verantwortung im Rahmen des Entlassungsprozesses werden auch in den Bremer Krankenhäusern geführt.

Der Sozialdienst sieht das Entlassungsmanagement weiterhin in seiner Verantwortung, denn nicht der Grad der Pflegebedürftigkeit entscheidet über die angemessene Form der nachstationären Versorgung, sondern die Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes.

Gerade unter den veränderten strukturellen Bedingungen in den Krankenhäusern wird die Verantwortung des Sozialdienstes im Entlassungsprozess stärker betont. Aufgrund seiner fachlichen Qualifikation kann er wesentlich zur Weiterentwicklung von Strukturen beitragen, die ein interprofessionelles und patientenorientiertes Vorgehen standardisieren. Ein erfolgreiches Entlassungsmanagement minimiert die Schnittstellenprobleme zwischen dem Krankenhaus und der nachstationären Versorgung. Jeder Patient hat Anspruch auf eine gut vorbereitete und optimal koordinierte Überleitung. Die klinische Sozialarbeit leistet hier einen Beitrag zur Sicherung des Behandlungserfolges, der auch in der Lebenswirklichkeit des Patienten Bestand haben wird.

Das Entlassungsmanagement der Sozialdienste basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Die Fachgruppe der Sozialdienste der Bremer Krankenhäuser haben gemeinsam eine fachliche Stellungnahme zum Entlassungsmanagement verabschiedet. Sie ist hinterlegt mit einer Beschreibung des Prozessablaufs in schriftlicher und grafischer Form; parallel dazu wird eine umfassende Leistungsbeschreibung für alle Aufgaben des Sozialdienstes erarbeitet.

Der Sozialdienst trägt durch ein gutes Entlassungsmanagement nicht nur zum wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser bei, sondern ist im Rahmen von Patientenorientierung und Patientenfreundlichkeit ein wichtiger Faktor im Wettbewerb. Einige Aspekte des Entlassungsmanagements sollen nachfolgend kurz erläutert werden.

Einbindung des Patienten, der Angehörigen und Bezugspersonen

Ein qualifiziertes Entlassungsmanagement für pflegebedürftige Patienten/innen zur Sicherung der weiteren Versorgung erfordert im Einzelfall die Berücksichtigung verschiedener individueller Aspekte. Der Sozialdienst ermittelt auf Basis der Sozialanamnese und sozialen Situationsanalyse den individuellen Bedarf an Beratung und Unterstützung hinsichtlich psychosozialer Interventionen sowie sozialer und wirtschaftlicher Sicherung. Er berät zu allen Aspekten der nachstationären Versorgung, der Rehabilitation und Reintegration auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung. Damit manifestiert sich auch seine Verantwortung im Behandlungskontext.

Die Berücksichtigung der persönlichen und sozialen Faktoren sind bei der Planung des Übergangs in die Nachsorge unverzichtbar wenn eine langfristige Stabilität des Behandlungserfolges erzielt werden soll. Das erfordert von Anfang an die konsequente Einbindung des Patienten, seiner Angehörigen und Bezugspersonen in die Entlassungsplanung. Als "Experte in eigener Sache" ist der Patient der wichtigste Kooperationspartner. In der akuten Situation des Krankenhausaufenthaltes geben seine Ängste, Ressourcen, Hoffnungen und Wünsche Hinweise auf die zu erbringenden Leistungen des Sozialdienstes, die das Spektrum von der psychosozialen Intervention über soziale und wirtschaftliche Interventionen bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation umfassen.

Die Entlassung in ein stabiles soziales Netz kann in vielen Fällen nur mit Unterstützung vorhandener Angehöriger und Bezugspersonen erfolgen. Sie sind daher ebenfalls im Vorfeld der Entlassung verbindlich in die Planungen einzubeziehen. Ihre Ressourcen entscheiden über die Tragfähigkeit der erarbeiteten Lösung, insbesondere bei multiplen Problemlagen, und damit auch über einen langfristigen Erfolg der Behandlung.

Voraussetzung zur Erarbeitung einer qualitativen Entlassungsplanung ist vor allem die psychosoziale Beratung zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und angemessenen Einschätzung der akuten Lebenssituation. Nur wenn die vorhandenen Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen / Bezugspersonen mit Abklärung der individuellen Belastungsgrenzen entsprechend berücksichtigt werden, kann die Umsetzung im Alltag für alle Beteiligten zufriedenstellend gelingen. Das Wissen und die Fähigkeiten der Patienten/innen und seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen sind daher ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Entlassungsmanagements.

Einbindung interner und externer Kooperationspartner

Um eine qualitative Lebensperspektive mit dem Patienten, seinen Angehörigen und Bezugspersonen erarbeiten und umsetzen zu können, müssen neben den individuellen Bedingungen des sozialen Umfeldes des Patienten auch die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Faktoren des Einzelfalls berücksichtigt werden. Der Sozialdienst arbeitet daher eng mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen im Krankenhaus zusammen um alle Aspekte der zukünftigen Lebensgestaltung einzubeziehen, damit auch nach der Entlassung die Lebensqualität des Patienten erhalten bleibt bzw. wieder hergestellt wird.

Zu einer optimalen Vorbereitung des Übergangs in die nachstationäre Versorgung ist gleichzeitig eine verbindliche Einbindung der externen Kooperationspartner erforderlich. Die eingesetzten nachsorgenden Dienste und Einrichtungen sind ein wesentlicher Faktor in der Umsetzung des vereinbarten Entlassungsarrangements. Bei Patienten/innen ohne oder nicht verfügbaren Angehörigen und Bezugspersonen entscheidet ihre Qualität über den Erfolg oder Misserfolg der angestrebten Lösung.

Der Sozialdienst verfügt über die erforderlichen Kenntnisse der Strukturen, der regionalen Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Gesundheits- und Sozialbereich sowie über deren Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten auf Grundlage der bestehenden

Sozialgesetzgebung. Die Beratung des Patienten/innen zur Auswahl der benötigten Dienste und Einrichtungen bezieht daher insbesondere qualitative Kriterien ein.

Strukturelle Bedingungen

Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement muss in die Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser, wie Behandlungspfade und Verfahrensanweisungen, fest verankert sein. Von Anfang müssen die Patientengruppen systematisch identifiziert werden, die eines gezielten Entlassungsmanagements bedürfen um rechtzeitig mit der zielgenauen und häufig zeitintensiven Planung beginnen zu können. Obligatorische Meldungen an den Sozialdienst nach der Erfassung qualitativer Kriterien ausgewählter Patientengruppen zum Pflege- und Hilfebedarf sind dazu unerlässlich.

Ein solches Verfahren muss auch während der Behandlungsdauer Anwendung finden um sicher zu stellen, dass auch Patienten/innen erfasst werden, bei denen sich erst während der Behandlung ein entsprechender Bedarf abzeichnet. Dazu sind verbindliche Kommunikationsstrukturen zwischen allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen zu entwickeln, die eine solche Erfassung gewährleisten müssen.

Standardisierte Formulare, vom Anforderungskonsil, über Checklisten und Rückmeldungen bis zum Abschlussbericht, und eine strukturierte Informationsübermittlung unter Einsatz moderner Kommunikationstechniken fördert die Transparenz zwischen allen Bereichen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und externen Kooperationspartnern muss ebenfalls verbindlich geregelt werden. Das betrifft neben der Übermittlung von Daten und Informationen zum Einzelfall insbesondere den Austausch zu den Angeboten der einzelnen Anbieter, denn nur die umfassende Kenntnis über deren Leistungen und die Qualität ermöglichen die gezielte Beratung zur Auswahl der benötigten Einrichtungen, Dienste und Hilfsangebote.

Darüber hinaus muss sich der Sozialdienst auch beteiligen an der Weiterentwicklung nachstationärer Angebote. Nur so kann sichergestellt werden, dass aktuelle und sich neu entwickelnde Bedarfe aus den Krankenhäusern im Versorgungsnetz adäquat abgedeckt werden können.

B - Bewertung und Maßnahmen

Auch nach Einführung der DRGs und unter veränderten Behandlungsbedingungen in den Krankenhäusern muss der Patient als Abnehmer von Gesundheitsleistungen im Mittelpunkt stehen. Die berufsethische Ausrichtung der im Gesundheitsbereich Beschäftigten darf es nicht anders zulassen. Doch ökonomische Gesichtspunkte müssen ebenfalls beachtet werden - ohne jedoch diese Prinzipien zu vernachlässigen. Die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen, die Veränderung von Strukturen und die Optimierung von Prozessen darf nicht überwiegend unter dem Aspekt der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus betrachtet werden.

Entlassungsmanagement als qualitatives Element der Patientenversorgung dient dabei nicht nur der

Entlassungsmanagement verbessern

Einsparung von Kosten, sondern bedeutet für die Patienten/innen mehr Lebensqualität und einen verbesserten Gesundheitsstatus. Eine gute Entlassungsplanung verkürzt Krankenhausaufenthalte und trägt zur Vermeidung von Wiedereinweisungen bei oder verzögert diese.

Durch adäquate Nutzung der Leistungen des Sozial- und Gesundheitsbereiches können Patienten/innen, trotz vorhandener Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit, in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren und dauerhafte Pflegeheimunterbringungen vermieden werden. Insbesondere für chronisch Kranke, Alte, Pflegebedürftige und Multimorbide sowie für Multiproblempatienten muss nach einem stationären Aufenthalt eine langfristige Perspektive erarbeitet werden, um wiederholten, medizinisch nicht gerechtfertigten Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen vorzubeugen.

Neben den strukturellen krankenhausesinternen Veränderungen befasst sich der Krankenhaussozialdienst auch mit den neuen gesundheitspolitischen Programmen, wie sie 2003 im GMG festgelegt wurden. Dazu zählt die Entwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP; SGB V, §§ 137f, 137g) und Formen der Integrierten Versorgung (IV; SGB V §§ 140a - 140d). Verschiedene Krankenhäuser in Bremen haben bereits mit unterschiedlichen Kostenträgern Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme abgeschlossen. In den Verträgen ist nicht explizit geregelt, wie der Sozialdienst im Krankenhaus in den Behandlungsprozess integriert ist, die betroffenen Kollegen/innen sind im einzelnen jedoch verbindlich in die Beratung eingebunden. Die Teilnahme eines Patienten/innen zur Teilnahme an den strukturierten Behandlungsprogrammen ist freiwillig. Da es sich in der Regel um geplante Behandlungen handelt (z.B. Einsatz eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks), können begleitende und vorsorgende Hilfen für den Patienten und seine Angehörigen rechtzeitig vom Sozialdienst eingeleitet werden (z.B. Organisation eines Kurzzeitpflegeplatzes für den pflegebedürftigen Ehepartner).

Mit der Zunahme strukturierter Behandlungsprogramme ist zu rechnen. Damit wird sich auch die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes verändern. Da diese Entwicklung noch ganz am Anfang steht, müssen die Erfahrungen mit den bisherigen Programmen abgewartet und ausgewertet werden. Langfristig muss sich der Sozialdienst sektorenübergreifend entwickeln, denn die Zeit im Krankenhaus wird für den Patienten immer kürzer, die Bedarfe für Beratung und Organisation von begleiten-

Unnötige Pflegeheimunterbringungen vermeiden

SiK in Integrierte Versorgung und Strukturierte Behandlungsprogramme integrieren

Sektorübergreifende Entwicklung des Sozialdienstes

den und nachsorgenden Hilfen, insbesondere bei alten, chronisch kranken und multimorbiden Patienten, bleiben jedoch bestehen.

Gesundheitliche Leistungen müssen sich daran messen lassen, ob diese bedarfsgerecht den Menschen erreichen und nachhaltig wirken. Um dies zu erreichen, sind soziale und psychische Dimensionen mit einzubeziehen und Behandlungsziele neu zu definieren. Durch integrationsorientierte Ausrichtung steigt die Chance der Teilhabe und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben für Menschen, die aufgrund einer Erkrankung dauerhaft oder vorübergehend an gesundheitlichen Einschränkungen leiden.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderung besteht für den SiK ein erhöhter Bedarf an Qualifizierung und zentraler Koordination. Die Absicherung der zentralen fachlichen Koordination für Sozialarbeit im Krankenhaus ist für die Weiterentwicklung des Sozialdienstes unerlässlich.

Zentrale fachliche Koordination